



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

---

LISBOA·PORTO

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

**AS EXPERIÊNCIAS DE SONO DA PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA: UM CONTRIBUTO PARA O CUIDADO DE  
ENFERMAGEM ESPECIALIZADO**

THE SLEEP EXPERIENCES OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION:  
A CONTRIBUTION TO SPECIALIZED NURSING CARE

Por

Ana Rita Correia

Lisboa, 2021



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

---

LISBOA · PORTO

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

**AS EXPERIÊNCIAS DE SONO DA PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA: UM CONTRIBUTO PARA O CUIDADO DE  
ENFERMAGEM ESPECIALIZADO**

THE SLEEP EXPERIENCES OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION:  
A CONTRIBUTION TO SPECIALIZED NURSING CARE

Por

Ana Rita Correia

Sob a orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Rita Marques

Lisboa, 2021

“Não saber quem somos, e quem somos agora,  
porá seriamente em perigo o que nós queremos vir a ser.”

Benner (2001, p.24)

*A ti, meu pai.*

## AGRADECIMENTOS

Um agradecimento profundo à Professora Doutora Rita Marques pelo seu olhar cuidado, pela partilha da sua sabedoria, pela sua incansável disponibilidade e por todas as horas de motivação para o sucesso deste desafio.

Outro agradecimento à Professora Doutora Filipa Veludo pela partilha dos seus conhecimentos na investigação e por acompanhar atenciosa e pacientemente os nossos inexperientes passos.

Um agradecimento particular aos enfermeiros orientadores dos percursos de estágio, Enf.º RM. e a Enf.ª LM. Grata pelos seus ensinamentos e exímia competência, por continuarem todos os dias a fazer a mesma Enfermagem que eu quero ver no futuro.

Um agradecimento especial á minha companheira nesta viagem, Andreia Almeida. Continuarás a ser uma inspiração de força, de resiliência e companheirismo. Nada disto teria o mesmo valor sem ti, minha amiga.

A todas as pessoas e famílias que me honra pela confiança depositada nos meus cuidados e decisões, agradeço o enorme contributo dado na construção da minha identidade como ser humano e como enfermeira.

Agradecimento à equipa de enfermagem da qual faço parte, pelo apoio e incentivo constantes neste percurso desde o primeiro dia.

E o meu mais sentido agradecimento a todos aqueles que acreditaram em mim e me deram o suporte mais importante de todos, o amor.

## **RESUMO**

Este relatório enquadra-se no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, proposto com o objetivo de avaliar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem pela reflexão sobre a responsabilidade científica, técnica, ética e relacional do enfermeiro especialista na prática profissional de excelência.

O presente trabalho adota uma metodologia descritiva/expositiva através da descrição, análise e reflexão acerca das experiências e atividades desenvolvidas em estágio final que permitiram a aquisição de competências da área de especialização.

O estágio final concretizou-se em dois contextos clínicos que, embora distintos, se complementaram enquanto áreas idóneas para desenvolvimento de competências de especialidade: um Serviço de Urgência Geral de um hospital da periferia de Lisboa; e uma Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica de uma unidade hospitalar integrada num centro hospitalar de Lisboa. Os objetivos específicos que orientaram as experiências em estágio consistiam em desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica em cada um dos contextos e contribuir para a promoção da qualidade do sono da pessoa em situação crítica.

Este relatório contempla ainda uma Revisão Sistemática de Literatura de evidência de significado, realizada sobre uma temática de interesse transversal aos projetos de estágio e matéria sensível à intervenção de Enfermagem: “o significado da experiência do sono na perspetiva da pessoa em situação crítica e dos enfermeiros”. Esta investigação fundamenta a escolha da temática acerca da promoção da qualidade do sono enquanto cuidado especializado de enfermagem desenvolvido neste percurso.

*Palavras-chave:* Enfermagem, competências, especialização, sono, pessoa em situação crítica.

## **ABSTRACT**

This report is part of the Master's course in Medical-Surgical Nursing with an area of specialization in Nursing to the Person in Critical Situation, proposed with the objective of evaluating the process of acquisition and development of specialized competencies in nursing by reflecting on the scientific, technical, ethical and relational responsibility of the nurse specialized in professional practice of excellence. The present work adopts a descriptive/expositive methodology through the description, analysis and reflection about the experiences and activities developed in the final stage that allowed the acquisition of competencies in the area of specialization.

The final stage took place in two clinical contexts that, although distinct, complemented themselves as suitable areas for the development of specialty skills: a General Emergency Service of a hospital on the outskirts of Lisbon; and an Intensive Care Unit of Cardiothoracic Surgery of a hospital unit integrated in a hospital center in Lisbon. The specific objectives that guided the internship experiences were to develop competencies in specialized care to the person in critical situation in each of the contexts and contribute to the promotion of the quality of sleep of the person in critical situation.

This report also includes a Systematic Literature Review of evidence of meaning conducted on a theme of cross-sectional interest to internship and matter projects sensitive to nursing intervention: “the meaning of the sleep experience from the perspective of the critically located person and nurses”. This investigation bases the choice of the theme about the promotion of sleep quality as specialized nursing care developed in this course.

*Keywords:* Nursing, competencies, specialization, sleep, person in critical care.

## **LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABCDE – Via aérea, Ventilação, Circulação e controlo Hemorragia, Disfunção Neurológica, Exposição [do inglês *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*]

BIA – Balão Intra-Aórtico

CoViD-19 – Corona Virus Disease 2019

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporeal [do inglês *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*]

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

JBI – Joanna Briggs Institute

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAVM – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

Prof.<sup>a</sup> – Professora

Reg. - Regulamento

SO – Sala de Observações

SR – Sala de Reanimação

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICCT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia CardioTorácica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1. O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DO SONO NA PERSPETIVA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DOS ENFERMEIROS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO</b> .....	15
1.1 RESUMO.....	15
1.2 INTRODUÇÃO.....	16
1.3 MÉTODO.....	18
1.4 RESULTADOS.....	20
1.5 DISCUSSÃO.....	27
1.6 CONCLUSÕES.....	31
<b>2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA</b> .....	33
2.1 CONTEXTO DE ESTÁGIO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	34
2.2 CONTEXTO DE ESTÁGIO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	47
2.3 CREDITAÇÃO DO ESTÁGIO “VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA”.....	54
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	i
APÊNDICE I: Proposta de Norma de Procedimento: Promoção da Qualidade de Sono na UCICCT.....	ii

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Critérios de elegibilidade .....	19
<b>Tabela 2</b> - Resumo da extração de dados .....	21

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Diagrama PRISMA Flow da estratégia de pesquisa.....	20
---	----

## **INTRODUÇÃO**

A presente produção escrita surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” contemplada no 3º semestre do plano de estudos do 13º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pelo Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

A elaboração deste relatório final enquadra-se cronologicamente no período compreendido entre Setembro e Dezembro de 2020 onde foram vividas experiências de estágio em contextos de prática clínica da área de especialização promotores de um nível adequado de desenvolvimento de competências específicas da área de especialidade de Enfermagem, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº429/2018), com vista à finalização do ciclo de estudos para obtenção de grau de mestre e titularidade de enfermeiro especialista (Decreto-Lei nº115/2013; Lei nº156/2015).

Este é, sobretudo, um momento de consciencialização de um percurso académico pautado pela capacitação e refinamento de competências técnicas, científicas e relacionais, e pela capacidade reflexiva sobre os valores éticos e deontológicos que regem uma prática profissional especializada de excelência. Influenciado pela experiência profissional adquirida, e simultaneamente influenciador na medida em que promoveu mudança nas esferas pessoais e profissionais, este caminho de construção de uma identidade especializada tenta ser partilhado neste documento de forma reflexiva.

Este relatório adota uma metodologia descritiva/reflexiva, conjugando as experiências vividas e competências desenvolvidas durante este processo com património teórico sustentador da minha prática. Assim, o objetivo central deste trabalho é avaliar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem pela apresentação dos contributos da investigação levada a cabo, e também, pela reflexão das atividades desenvolvidas em ambiente clínico que propiciaram a maturação dessas mesmas competências próprias do enfermeiro especialista.

Lembrando a referência que a deontologia reguladora da profissão faz a um dos valores universais a que os enfermeiros estão jurídica e eticamente vinculados, o da competência e aperfeiçoamento profissional pelo Art. 99º do Estatuto da OE (Lei nº156/2015), fica explícita a pertinência do investimento neste ciclo de estudos. Não se esgotando somente no dever jurídico profissional, a força motriz que impulsionou a realização deste mestrado deve-se à motivação pessoal em validar competências no domínio da responsabilidade profissional; permitir atualização de conhecimentos que fundamentem práticas baseadas na melhor evidência científica; necessidade de melhor responder às exigências de cuidados cada vez mais especializados numa sociedade em permanente mudança; reforçar a humanização nos cuidados de saúde; refletir criticamente sobre a identidade profissional construída; capacitar para processos de gestão e liderança; e finalmente, promover a dignificação da Enfermagem.

Neste sentido, o propósito deste percurso académico é o de edificar o papel de enfermeiro especialista uma vez que contribuiu largamente para o reconhecimento de um perfil de competências comuns de especialista que assenta nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão de cuidados; e, finalmente, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

Para a aquisição e desenvolvimento de competências de especialidade foi proposta a realização de um estágio final em ambientes clínicos da área de especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica que decorreram num período de 15 semanas, compreendidas entre Setembro e Dezembro de 2020, e que ao longo deste relatório serão retratadas como duas realidades distintas ainda que complementares: a experiência em contexto de Urgência Geral e em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos. O objetivo central na realização deste estágio foi o de *desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica* ao qual este relatório vem dar visibilidade. A concretização do estágio nos seus dois contextos foi planeada pela elaboração de um Projeto de Estágio para cada uma das unidades clínicas.

No planeamento de estudos deste curso de mestrado encontra-se também contemplada uma unidade curricular que promove a realização de um estágio com vista ao desenvolvimento de habilidades de avaliação e diagnóstico em ambientes da área de especialização denominada de “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”.

Esta experiência foi suprimida pela conferência de um grau de equivalência, nos termos da regulamentação da instituição acadêmica, pelo percurso profissional adquirido até então que comprovadamente habilitou competências da área de especialidade (Art. 45º Decreto-Lei nº74/2006).

Transversalmente a todo o percurso de estágio foi acompanhando uma temática de interesse ao cuidado especializado em Enfermagem e que demonstrou ser matéria na qual tem sido apostado um crescente interesse em investigação. A decisão, em coautoria, pela escolha da promoção do sono na pessoa em situação crítica como área de estudo na especialização do cuidar, particularmente a percepção da experiência do sono da pessoa em situação crítica e dos profissionais, recaiu no facto de tanto a literatura quanto os contextos de prática clínica evidenciarem a insuficiência de informação por parte dos profissionais de saúde sobre o sono da pessoa em situação crítica (Nesbitt & Goode, 2014). Assim, a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura de Significado desta temática em muito contribuiu para o enriquecimento das experiências em estágio, permitindo o desejável processo de translação do conhecimento teórico à prática assistencial, ação contribuinte para a evolução da Enfermagem enquanto ciência (Benner, 2001).

Lembrando a finalidade dos cuidados de enfermagem especializados, estes surgem

“(…) em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.” (Regulamento nº429/2018, p.19360).

Não obstante, são precisamente estes mesmos ambientes de cuidados que, pela sua complexidade e exigência, se tornam em meios hostis no que se refere ao conforto de quem deles necessita e particularmente disruptivos do padrão de sono e repouso (Kamdar, Needham & Collop, 2012<sup>a</sup>; Beltrami et al., 2015). A viver processos de instabilidade e vulnerabilidade, a pessoa sob processo de doença crítica, e/ou de falência orgânica, em condição ameaçadora da sua própria vida, torna-se totalmente dependente da satisfação das suas mais elementares necessidades, até mesmo a de sono e repouso.

São sobejamente conhecidas as implicações da má qualidade do sono, nomeadamente no que se refere à recuperação de doentes hospitalizados. A evidência sugere que as

consequências desta problemática parecem ter um atingimento multisistêmico, desde a disfunção dos sistemas cardiovascular, respiratório, metabólico, imunológico e neurológico até às perturbações do sono consequentes pós-hospitalização (Carskadon & Dement, 2005; Kamdar et al. 2012a).

Neste sentido, é premente a intervenção de Enfermagem num âmbito de cuidados especializados assentes numa cultura promotora de sono de qualidade em ambientes de criticidade, como são exemplo as unidades de medicina intensiva, pois, na verdade, são muitos os contributos teóricos que sustentam a pertinência da ação do enfermeiro enquanto cuidado confortador. Tal como nos descreve João Apóstolo na sua revisão, “a literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua origem e tem vindo a assumir, ao longo da história, diferentes significados que se prendem com a evolução (...)” (Apóstolo, 2009, p.62). Atentando na evolução histórica e nos contributos das teorias de Enfermagem que forneceram um entendimento sobre o conforto enquanto conceito sensível aos cuidados de enfermagem, foi na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003) que se encontrou sustentação teórica para a prática neste percurso. A fundamentação das práticas nesta teoria de médio alcance da autora conferiu uma visão sobre o cuidado confortador não apenas como um processo de ações confortadoras mas também a compreensão do conforto enquanto resultado esperado na pessoa (Kolcaba, 1995). Assim, poderemos entender o sono de qualidade enquanto *outcome* de uma prática de ações confortantes, isto é o sono como um resultado de intervenções confortadoras que vieram suprimir necessidades de conforto nos domínios físico, psicoespiritual, ambiental, e social da pessoa (Kolcaba, 2003).

Este relatório está organizado de forma a que no primeiro capítulo está contemplada a Revisão Sistemática de Literatura de Significado realizada sobre a temática de interesse transversal aos projetos de estágio e matéria sensível ao olhar da Enfermagem: “o significado da experiência do sono na perspetiva da pessoa em situação crítica e dos enfermeiros”.

Num segundo capítulo “Percurso de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Especialidade” apresenta-se a descrição, análise e reflexão acerca das experiências e atividades desenvolvidas em estágio que permitiram a aquisição de competências da área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este capítulo encontra-se subdividido em três subcapítulos formatado num registo reflexivo de relato na primeira pessoa: o primeiro, e seguindo uma ordem cronológica de acontecimentos, retratando o

contexto e percurso vividos num serviço de Urgência Geral, e o segundo destinado à continuidade de estágio agora num serviço de Unidade de Cuidados Intensivos. Aqui, ainda foi reservado um terceiro subcapítulo onde, de forma sucinta, se expressam algumas considerações acerca do reconhecimento de desenvolvimento de competências no contexto profissional atual que permitiram creditação ao módulo de estágio “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”.

Um último capítulo de Considerações Finais encerra o corpo do trabalho onde constará uma apreciação final sobre todo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização bem como as implicações na prática profissional e no crescimento pessoal.

Finaliza-se este relatório com Referenciação Bibliográfica seguindo a norma APA (American Psychological Association 6th ed.) e Apêndices que dão suporte á consulta de documentação referenciada ao longo da obra.

Este documento encontra-se redigido conforme regulamentação do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

# **1. O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DO SONO NA PERSPETIVA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DOS ENFERMEIROS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO**

Este capítulo vem apresentar o resultado do desenvolvimento de competências de investigação inerentes à obtenção do grau académico de mestre, pela produção de uma revisão sistemática de literatura de significado em coautoria com Enf.<sup>a</sup> Andreia Almeida<sup>1</sup>, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Filipa Veludo<sup>2</sup> e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita Marques<sup>2</sup>.

## **1.1 RESUMO**

*Introdução:* O sono é um processo vital e complexo, influenciável por inúmeros fatores. É conhecida uma correlação significativa entre ambientes de cuidado crítico e uma má qualidade de sono, com um impacto negativo na saúde física e psíquica. Nestes contextos disruptivos, a compreensão do significado da experiência do sono permite a consciencialização e adequação da atitude profissional confortadora.

*Objetivo:* Esta revisão tem como objetivos compreender o significado que as pessoas em situação crítica atribuem à experiência do sono; e compreender o significado que os enfermeiros atribuem à experiência do sono da pessoa em situação crítica.

*Método:* Realizou-se uma revisão sistemática de literatura com recurso a pesquisa através dos motores de busca *EBSCO Host* e *PubMed* no período compreendido entre Novembro de 2020 a Fevereiro de 2021. Respeitando os critérios de seleção definidos, procedeu-se à seleção e análise por dois revisores independentes, de um total de 6 artigos de metodologia qualitativa, disponíveis em formato de texto integral e sem limitação temporal.

---

<sup>1</sup> Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

<sup>2</sup> PhD em Enfermagem Avançada; Professora Assistente da UCP

*Resultados:* A problemática da disrupção do sono em ambientes críticos continua a ser transversal à maioria das experiências relatadas. Contudo, a exploração deste fenômeno sob a perspectiva subjetiva das pessoas permite: inferir um significado positivo a alguns fatores ambientais habitualmente perturbadores do sono; a valorização dos fatores psicológicos; e simultaneamente reconhecer o impacto desta experiência na recuperação. A apreciação dos profissionais, sobre a experiência do sono das pessoas em situação crítica, confirma a importância dada ao sono de qualidade. É na exploração do significado que se confrontam com as suas limitações quer de conhecimentos e quer de intervenções fundamentadas promotoras de sono.

*Conclusão:* A experiência do sono em ambiente crítico é impactante não só na vivência do processo de doença crítica, mas também no processo de recuperação, opinião partilhada quer pelas pessoas quer pelos profissionais. Ainda que ambos considerem a importância da qualidade do sono como processo subjetivo e multifatorial, assistimos a uma disparidade na valorização de fatores disruptivos e na avaliação de qualidade do sono.

*Palavras-Chave:* sono, experiência, pessoa em situação crítica, enfermagem

## 1.2 INTRODUÇÃO

O sono é um processo complexo e multidimensional, alvo de crescente investimento na compreensão da sua estrutura e função. É durante este processo vital, natural e reversível que se processam importantes adaptações fisiológicas com vista à homeostasia, à manutenção dos processos cognitivos e processos de reparação orgânica (Carskadon & Dement, 2005; Kamdar, Needham & Collop, 2012a). O conhecimento sobre o sono permite uma profunda compreensão sobre as disrupções e afeções deste processo num ambiente de cuidados de grande estimulação externa como são as unidades de cuidados intensivos. A evidência vem mostrando que o sono das pessoas em situação crítica é altamente fragmentado e de má qualidade (Kamdar et al., 2012a; Beltrami et al., 2015; Fink, 2020). Relacionando a qualidade do sono com o conceito de saúde do sono, este define-se como: “um padrão multidimensional de vigília-sono, adaptado às exigências individuais, sociais e ambientais, que promove o bem-estar físico e mental. A boa saúde do sono é caracterizada por satisfação subjetiva, tempo apropriado, duração

adequada, alta eficiência e estado de alerta sustentado durante as horas de vigília” (Buysse, 2014, p.12).

Vários estudos evidenciam um sono de má qualidade em contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI), comprovando objetivamente a minimização de estádios de sono profundo e reparador, marcada fragmentação e alterações no ciclo circadiano, em grande parte pelo ambiente de elevada estimulação sensorial característico destas unidades (Kamdar et al., 2012a; Costa & Ceolim, 2013; Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015; Almeida, Silva, Souza & Magro, 2016). Younis, Hayajneh & Rubbai, (2020) concluíram que existe uma correlação significativa entre o ambiente de UCI e a qualidade de sono avaliada.

As unidades de cuidados intensivos são locais propensos à má qualidade do sono, pelas suas características inerentes conhecidas (Kamdar et al., 2012a; Costa & Ceolim, 2013; Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015; Almeida et al., 2016, Fink, 2020). Nesse sentido, inúmeros estudos dedicam-se à procura dos principais fatores responsáveis por este fenómeno, agrupando-os em dois grandes conjuntos: fatores intrínsecos relacionados com o processo de doença aguda onde se destacam a ansiedade, o *stress*, o medo e a dor; e fatores extrínsecos como os ambientais: a luminosidade, o ruído e a prestação de cuidados (Kamdar et al., 2012a; Costa & Ceolim, 2013; Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015; Almeida et al., 2016; Knauert, Redeker, Yaggi, Bennick & Pisani, 2018).

A má qualidade do sono tem um impacto negativo na saúde física e psíquica, estando associado a piores resultados na recuperação de doentes hospitalizados em UCI (Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015; Fink, 2020). As consequências desta problemática parecem ter um efeito multissistémico, desde o sistema cardiovascular, respiratório, metabólico, imunológico e neurológico (Kamdar et al., 2012a; Beltrami et al., 2015). Assistimos a um consenso na comunidade científica de que a promoção da qualidade do sono em ambientes críticos poderá levar à diminuição da incidência de *delirium*, assim como a minimização de morbilidade e mortalidade, ainda que este facto careça de mais evidência que prove ganhos em saúde e redução de custos (Knauert et al. 2018; Knauert et al., 2019; Younis, 2020).

A integração do fenómeno do sono no pensamento em Enfermagem, surge com Florence Nightingale (1859) quando deu a conhecer, pela sua filosofia e génese da Teoria Ambiental, a importância do controlo do ambiente para a manutenção da saúde e

recuperação do enfermo, provando o impacto da manipulação de fatores externos (Nightingale, 2005). Já Virgínia Henderson (1966) definiu que o papel da enfermeira é assistir os indivíduos na manutenção ou recuperação da independência daquelas que destacou como as 14 necessidades humanas fundamentais onde sono e repouso tiveram lugar na sua visão (Henderson, 1966).

Num olhar mais contemporâneo, Katharine Kolcaba através do desenvolvimento da sua Teoria do Conforto (2003), vem clarificar que o propósito dos cuidados de enfermagem assenta numa visão confortadora que se traduz em três estados de conforto atingíveis (alívio, tranquilidade e transcendência) considerando quatro contextos da esfera do indivíduo: físico, psicoespiritual, ambiental, social (Kolcaba, 2003). Por todo o património teórico construído até então, e assentando a prática de enfermagem nos pilares conceituais desta autora, o cuidado confortador expressa-se não apenas num processo de ações confortadoras como também nos seus resultados, isto é, o sono enquanto *outcome* da intervenção promotora de conforto (Kolcaba, 1995 citado por Apóstolo, 2009).

Através da investigação poderá conhecer-se a experiência do sono sob duas perspetivas, com o intuito final de melhoria e adequação de intervenções confortadoras de enfermagem. Assim, propõem-se como objetivos desta revisão sistemática da literatura de evidência de significado: compreender o significado que as pessoas em situação crítica atribuem à sua experiência relacionada com o sono em ambiente de cuidados críticos; e compreender o significado que os enfermeiros atribuem à experiência do sono da pessoa em situação crítica.

Definem-se as seguintes questões de investigação para a revisão sistemática da literatura de significado apresentada: (1) Qual é o significado atribuído à experiência do sono da pessoa em situação crítica? e (2) Qual o significado atribuído pelos enfermeiros à experiência do sono da pessoa em situação crítica?

### 1.3 MÉTODO

A revisão proposta foi conduzida de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute (JBI) para Revisões Sistemáticas de Evidência Qualitativa - Manual para Síntese de Evidência (Aromataris & Munn, 2020). Deste modo, foram definidas as questões de investigação supracitadas de acordo com a estratégia metodológica PIC(o) – População,

Fenómeno de Interesse, Contexto de onde foram também estabelecidos os critérios de elegibilidade da amostra (Tabela 1).

**Tabela 1** - Critérios de elegibilidade

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<b>População</b>	Adultos com mais de 18 anos; Enfermeiros;	Crianças
<b>Fenómeno de interesse</b>	O significado que as pessoas em situação crítica atribuem à sua experiência relacionada com o sono;  O significado que os enfermeiros atribuem à experiência do sono da pessoa em situação crítica.	
<b>Contexto</b>	Qualquer contexto onde se encontrem pessoas em situação crítica.	Enfermaria
<b>Tipo de estudos</b>	Qualitativos e Mistos; Idioma em Português e Inglês; Texto integral disponível; Sem limitação temporal.	

Fonte: elaboração própria

Foi conduzida uma pesquisa preliminar em bases de dados internacionais para apurar o “estado da arte”, constatando-se a ausência de revisões sistemáticas publicadas ou em desenvolvimento sobre a área de interesse. Esta primeira pesquisa permitiu a definição de palavras-chave de interesse posteriormente validadas como descritores DeCS/MeSH.

Foram utilizados os seguintes descritores com a seguinte estratégia booleana: [(sleep) OR (sleep deprivation) OR (sleep quality)] AND [(intensive care unit) OR (ICU) OR (critical care) OR (critical care unit)].

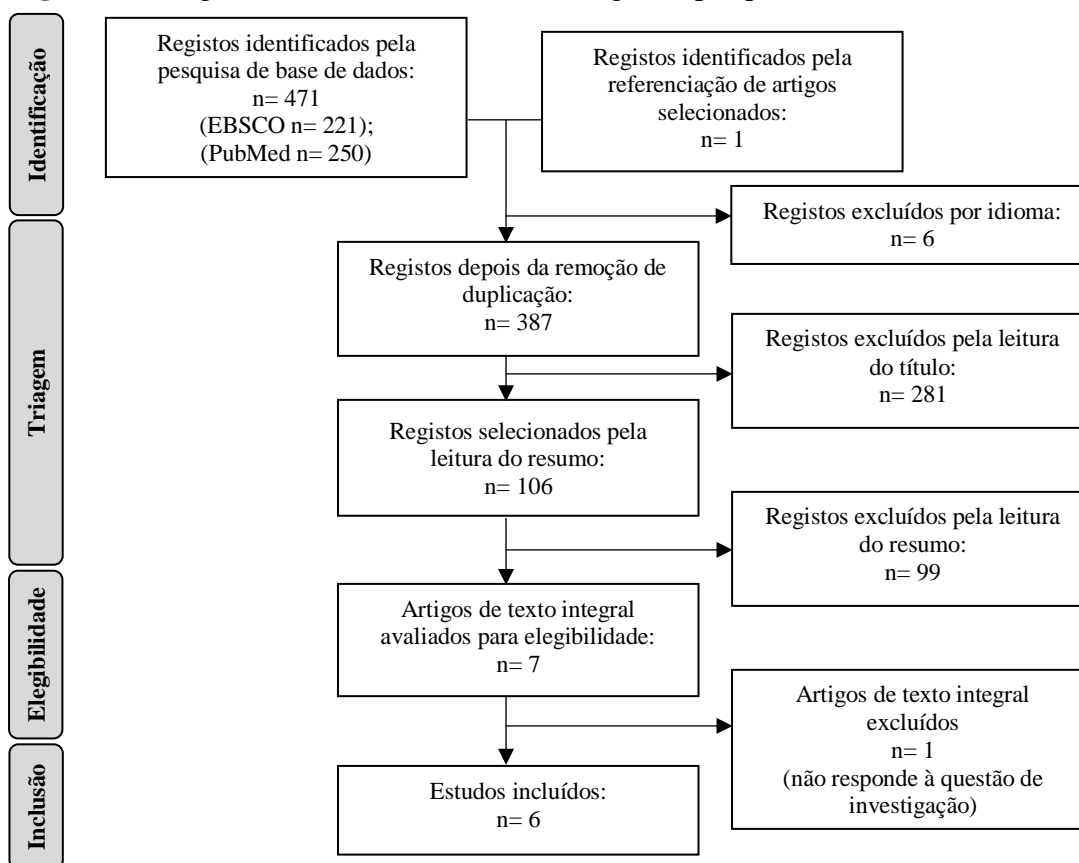
A pesquisa decorreu durante o mês de 25 Novembro de 2020 a 19 de Fevereiro de 2021 com recurso às seguintes bases de dados presentes no motor de busca *EBSCOHost* (*CINAHL complete*; *MEDLINE complete*; *Database of Abstracts of Reviews of Effects*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *British Nursing Index*; *MedicLatina*) e *PubMed*.

## 1.4 RESULTADOS

Resultaram da pesquisa efetuada 472 artigos disponíveis em texto integral. Uma vez removidos artigos duplicados e os excluíveis por idioma foi realizada triagem de publicações por leitura dos títulos e dos resumos por dois revisores de forma independente, considerando os critérios de elegibilidade (Tabela 1).

Na fase de transição da elegibilidade dos artigos para a sua inclusão constatou-se que 1 artigo foi excluído da amostra por não responder às questões de investigação propostas. Desta estratégia de pesquisa, 6 foram admitidos para análise de texto integral conforme se apresenta sob forma de diagrama PRISMA Flow (Aromataris & Munn, 2020) na figura 1.

**Figura 1** - Diagrama PRISMA Flow da estratégia de pesquisa



Fonte: Adaptado de Aromataris & Munn (2020).

Da amostra final, 3 artigos responderam à primeira questão de investigação, 2 responderam à segunda questão de investigação e 1 artigo respondeu a ambas as perguntas. Os estudos elegíveis foram submetidos a uma avaliação de qualidade

metodológica através da ferramenta JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (Aromataris & Munn, 2020). Os revisores, de forma independente, submeteram cada artigo a análise de acordo com a grelha de avaliação de indicadores de qualidade supracitada. Uma vez cruzadas as avaliações constatou-se um elevado nível de concordância entre avaliadores. Assim, o processo conclui níveis de confiabilidade e credibilidade de cada artigo avaliado, permitindo a eleição de artigos com moderados e elevados níveis de evidência.

Encontram-se resumidos os dados extraídos dos artigos admitidos na Tabela 2, que aqui se apresenta, permitindo a elaboração da análise e discussão dos resultados.

**Tabela 2** - Resumo da extração de dados

Nº Artigo; <i>Título</i> (Autores; ano, país)	Objetivo(s) do estudo	Metodologia	Principais Conclusões
<b>1;</b> <i>Sleep Deprivation from the Perspective of a Patient Hospitalized in the Intensive Care Unit - Qualitative Study</i>  Lewandowska K. et al; (2020, Polónia)	(i) Descrever as experiências relacionadas com o sono e o descanso noturno de pessoas hospitalizadas numa UCI;  (ii) Descrever o impacto associado ao seu sono subsequente à sua alta hospitalar.	Qualitativo  Fenomenológico	<b>(1) Perspetiva das pessoas:</b>  Os relatos sugerem que a ansiedade (relacionada com o medo da morte, da solidão e do desconhecido, e a preocupação com o futuro), o ruído (como os alarmes de monitorização e as conversações); a luz (luminosidade noturna inerente às atividades de enfermagem, e a luz diurna impeditiva de descanso); as intervenções do pessoal clínico (ritmo de trabalho, rotinas e até os procedimentos com outros doentes) são características definidoras da experiência do sono de pessoas em UCI. Ainda como disruptivo das suas experiências de sono, as pessoas abordam aspetos sobre a perda de familiaridade com o contexto e de afastamento da

			<p>família. Todos descrevem extrema exaustão relacionado com a insuficiência de sono de qualidade e quantidade na UCI, impactando o seu pós-alta hospitalar mantendo distúrbios de sono limitados no tempo até à retoma das suas rotinas prévias.</p> <p>(2) Perspetiva dos profissionais</p> <p>-----</p>
<p><b>2; Health care worker attitudes and identified barriers to patient sleep in the medical intensive care unit</b></p> <p>Hopper K., Fried T. &amp; Pisani, M.; (2017, EUA)</p>	<p>Identificar barreiras ao sono das pessoas em UCI, do ponto de vista dos profissionais.</p>	<p>Qualitativo (Grounded Theory)</p>	<p>(1) Perspetiva das pessoas</p> <p>-----</p> <p><b>(2) Perspetiva dos profissionais</b></p> <p>Identificaram <u>barreiras explícitas</u> - <i>extrínsecas à pessoa e de correlação ambiental</i> (o ruído gerado pelos profissionais, equipamentos e demais pessoas; procedimentos, cuidados e rotinas hospitalares), e <i>intrínsecas à pessoa</i>: a ansiedade, as alterações do ciclo circadiano conferindo sonolência diurna, e gravidade do estado clínico que obriga a maior vigilância - e <u>barreiras implícitas</u> aos profissionais: a incerteza sobre o impacto da disrupção do sono no processo de doença crítica, a priorização dos protocolos da UCI face ao sono, e a ausência de consenso da eficácia de intervenções promotoras do sono (farmacológicas e não farmacológicas) mostram que as atitudes dos profissionais de saúde, a ausência de métodos de</p>

			promoção de sono, e as políticas institucionais hospitalares poderão interferir com a experiência do sono das pessoas.
<p><b>3; Factors Influencing Patients' Sleep in the Intensive Care Unit: Perceptions of Patients and Clinical Staff</b></p> <p>Ding, Q. et al; (2017, EUA)</p>	<p>(i) Explorar percepções e crenças dos profissionais, pessoas e <i>surrogates</i>, a respeito de fatores ambientais e não ambientais na UCI que afetam a experiência de sono das pessoas;</p> <p>(ii) Conhecer estratégias sugeridas pelas pessoas, <i>surrogates</i>, e profissionais para modificar os fatores identificados e melhorar a experiência de sono;</p> <p>(iii) Conhecer se existem diferenças entre pessoas e</p>	<p>Qualitativo Exploratório</p>	<p><b>(1) Perspetiva das pessoas</b></p> <p><i>.Efeito dos fatores ambientais da UCI:</i> reconhecem fatores ambientais como influenciadores do seu sono, com preponderância ao ruído (21%). A totalidade das pessoas identifica as interrupções noturnas como frequentes. Assumem que alguns dos fatores ambientais interferentes do sono sejam expectáveis, apropriados e até tranquilizadores.</p> <p><i>.Efeito dos fatores não ambientais:</i> 57% identifica os fatores psicológicos como mais impactantes do que os ambientais (incerteza e preocupação com a sua condição clínica afetam o sono negativamente).</p> <p><i>.Percepção sobre a qualidade do sono:</i></p> <p>29% classifica o seu sono como pobre, face a 57% que considera a qualidade de sono boa.</p> <p>57% crê que a qualidade e quantidade do sono está associada ao recurso a sedativos. Concordam com a perspetiva dos profissionais de que o sono de qualidade é importante para a recuperação.</p> <p><i>.Estratégias promotoras do sono:</i></p>

<p>profissionais no que respeita às suas perceções e crenças sobre os potenciais fatores de UCI e o impacto no sono.</p>		<p>Gestão emocional, apontando a proximidade com os profissionais como estratégia tranquilizadora. 43% solicita sedação noturna.</p> <p><b>(2) Perspetiva dos profissionais</b></p> <p><i>.Efeito dos fatores ambientais da UCI:</i> atribuem uma maior importância aos fatores ambientais como afetadores do sono. A totalidade dos profissionais reconhecem a frequência de interrupções noturna. 50% dos profissionais assumem que a imprevisibilidade do ritmo de trabalho desencadeia alguns dos fatores ambientais disruptivos.</p> <p><i>.Efeito dos fatores não ambientais:</i> 50% identifica o desconforto causado pela doença aguda (exemplo: dor) como condição para uma má qualidade de sono.</p> <p><i>.Perceção sobre a qualidade do sono:</i></p> <p>63% considera a qualidade de sono das pessoas pobre e apenas 21% crê que a qualidade e quantidade está associada a sedativos. Concordam com a perspetiva das pessoas de que sono de qualidade é importante para a recuperação.</p> <p><i>.Estratégias promotoras do sono:</i> Agrupamento de cuidados, agendamento de intervenções e controlo ambiental como estratégias primordiais. 42% dos profissionais reconhece a</p>
--	--	--

			necessidade de formação baseada em evidência. Apenas 21% considera recorrer à sedação noturna.
<p><i>4; Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit</i></p> <p>Engwall, M. et al; (2015, Suécia)</p>	<p>(i) Avaliar e comparar as experiências de pessoas em ambientes luminosos em dois quartos de UCI com diferentes luminosidades;</p> <p>(ii) Descrever as experiências das pessoas num quarto de ICU equipado com sistema de luz regulada.</p>	<p>Misto</p> <p>(i) Comparativo, Descritivo</p> <p>(ii) Exploratório, Descritivo</p>	<p><b>(1) Perspetiva das pessoas</b></p> <p>A maioria descreve uma experiência de sono de pior qualidade do que em casa manifestando-se em dificuldade em adormecer, insónia total, despertares noturnos frequentes e fragmentação do sono. Admitem que a regulação da luminosidade influencia positivamente o sono na medida em que é ajustável às necessidades individuais.</p> <p>Apesar da permanência de iluminação no quarto, esta permite o reconhecimento e presença de profissionais o que confere um senso de segurança, reconhecendo na luminosidade efeito calmante e clarificador do ambiente.</p> <p>Ênfase na importância do sono na recuperação da pessoa.</p> <p><b>(2) Perspetiva dos profissionais</b></p> <p>-----</p>
<p><i>5; Nurses' experiences of hospitalised patients' sleep in Sweden: a qualitative study</i></p>	<p>Descrever a experiência dos enfermeiros sobre o sono das pessoas num hospital de emergência e suas</p>	<p>Qualitativo Descritivo (Focus Group)</p>	<p>(1) Perspetiva das pessoas</p> <p>-----</p> <p><b>(2) Perspetiva dos profissionais</b></p> <p>Reconhecimento da importância do sono na atuação de enfermagem e a pertinência da necessidade de priorização de cuidados na promoção de sono. Verificou-se por parte dos enfermeiros dificuldade em fazer observação</p>

<p>Gellerstedt, L. et al; (2015, Suécia)</p>	<p>percepções sobre as intervenções promotoras do sono.</p>		<p>do sono das pessoas e avaliar a qualidade do sono destas. A observação e avaliação dos profissionais sobre o sono das pessoas é então subjetiva e as ferramentas de avaliação não são amplamente utilizadas refletindo a falta de conhecimento existente. Este facto parece justificar que a apreciação dos profissionais, sobre o sono das pessoas, é muitas vezes díspar da experiência de sono vivida pela própria pessoa. Sugerem que a formação é estratégia importante a adotar para melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem e uma adequação de políticas organizacionais mais promotoras do sono em ambientes críticos como os de emergência.</p>
<p><b>6;</b> <i>The experience of sleep deprivation in intensive care patients: Findings from a larger hermeneutic phenomenological study</i>  Tembo, A., Parker, V. &amp; Higgins I. (2013, Austrália)</p>	<p>Discutir a experiência da privação de sono enquanto principal achado da vivência da pessoa com doença crítica numa UCI com suspensão diária de sedação, e o seu impacto na vida no pós-alta.</p>	<p>Qualitativo Fenomenológico</p>	<p><b>(1) Perspetiva das pessoas</b> A ausência de sono de qualidade é descrita como uma experiência <i>angustiante</i> para as pessoas, a insurgência de pesadelos foi um aspeto impactante na capacidade de dormir e na qualidade do sono durante a sua estadia na UCI e no pós-alta. A experiência de privação de sono vivida mostrou-se <i>traumatizante</i> pela percepção da morte: o elevado senso de proximidade com a sua própria morte, o medo de não acordar e o testemunho da morte de outros em seu redor.</p>

			Os pesadelos vividos em pós-alta fazem reviver as experiências negativas na UCI. O sono é encarado não só como símbolo de efetiva recuperação mas simultaneamente um meio para a atingir.
			(2) Perspetiva dos profissionais -----

Fonte: elaboração própria

## 1.5 DISCUSSÃO

Através da análise dos artigos selecionados constata-se que todos exploram a experiência do sono da pessoa em situação crítica. Tal como nos documenta a literatura, a vivência do sono está comprometida nestes ambientes clínicos por fatores já conhecidos (Kamdar et al., 2012a; Beltrami, et al., 2015 Pisani et al., 2015).

### *Perceção das pessoas em situação crítica acerca das suas experiências de sono:*

Da análise dos artigos selecionados constata-se que o estudo de Ding, Redeker, Pisani, Yaggi & Knauert (2017) esclarece que uma significativa percentagem das pessoas participantes (57%) considera ter atingido uma boa qualidade de sono em UCI, algo que é surpreendente face a uma apreciação global negativa da experiência do sono neste ambiente retratada consensualmente pelos artigos de Engwall, Fridh, Johansson, Bergbom & Lindahl (2015) e Tembo, Parker & Higgins (2013). Nestes artigos, e ainda que sejam relatadas algumas experiências de sono de qualidade, os participantes assumem que as experiências negativas são expressas na dificuldade em adormecer, insónia total, fragmentação do sono e despertares noturnos, tal como já havia sido demonstrando na literatura (Freedman, Gazendam, Levan, Pack & Schwab, 2001).

Da leitura integral dos artigos parece ser atribuído um significado marcante à componente psicológica que se encontra comprometida num ambiente de UCI. Todos os autores refletem sobre o impacto da relação de causalidade da dimensão psicológica e emocional na disrupção do sono, pelo que este mostra ser a temática central no entendimento desta

experiência. Em todos os relatos explorados sobressai a ansiedade relacionada com o medo do desconhecido; com a proximidade com a morte (Lewandowska et al. 2020; Tembo et al, 2013); com a incerteza pelo futuro (Lewandowska et al. 2020); com a gravidade da situação de doença (Ding et al., 2017); com a perda de familiaridade com o contexto; e com o afastamento da família (Lewandowska et al. 2020). O estudo de Ding et al. (2017) é explícito na maior importância atribuída pelos participantes (57%) aos fatores psicológicos face às questões ambientais no contexto de UCI, algo também defendido numa recente revisão sistemática de Younis et al. (2020). Ainda sobre a componente psicológica, no artigo de Tembo et al. (2013) a ausência de sono de qualidade é descrita como uma experiência angustiante e a insurgência de pesadelos é um aspeto traumatizante com impacto na qualidade do sono vivida na UCI.

Sobre a dimensão ambiental, a literatura admite que os aspetos mais perturbadores são o ruído e a luminosidade (Kamdar et al. 2012a; Younis et al., 2020;). Os estudos em análise corroboram este conhecimento: na exploração das experiências é incontornavelmente abordado o contexto ambiental enquanto caracterizador do sono das pessoas, ainda que alguns relatos acrescentem uma diferente perspetiva sobre a influência ambiental no sono. Neste seguimento, é possível comprovar pelo estudo de Ding et al. (2017) o significado atribuído pelas pessoas a estes disruptores do sono num outro entendimento: estes consideram o ruído e as interrupções noturnas “expectáveis, apropriadas e reconfortantes” (p.281) na medida em que se sentem vigiados pelos profissionais. Nesta proximidade pessoa-enfermeiro o autor dá a conhecer pelos seus testemunhos uma perceção de tranquilidade e um senso de segurança sentido pelas pessoas em situação crítica face aos fatores ambientais habitualmente disruptivos, algo que Kanuert et al. (2018) também defendem na literatura. Adicionalmente, Engwall et al. (2017) exploram o impacto da luz no sono das pessoas em situação crítica onde estes estabelecem uma relação positiva de efeito calmante da luminosidade: “o ambiente iluminado também afetou a possibilidade de se sentirem seguros e a luz permitiu que a ansiedade severa fosse substituída pela calma” (p.332). Os achados sugerem a possibilidade de um entendimento menos negativo dos fatores ambientais influenciadores das experiências de sono na medida em que obviam as afetações psicológicas que surgem com maior impacto nestes contextos.

Na compreensão do significado da experiência do sono segundo a ótica das pessoas emerge em dois estudos o impacto das experiências de sono na UCI no período pós-alta (Tempo et al., 2013; Lewandoska et al., 2020). Lewandoska et al. (2020) confirma que

todos os sujeitos participantes vivenciam os efeitos da inapropriada qualidade de sono experienciada na UCI no seu regresso a casa. Todavia, consideram que a qualidade do seu sono melhora após a hospitalização assumindo estar relacionado com o afastamento do ambiente hospitalar e a retoma das suas próprias rotinas algo também corroborado por Younis et al. (2020). Tembo et al. (2013) expõem os sentimentos de desespero relatados pelas pessoas na tentativa de dormirem no pós-alta, uma vez que esta experiência de privação de sono se mantém pela recordação e revivência do ambiente da UCI sob forma de pesadelos. Outros autores como Beltrami et al. (2015) e Pisani et al. (2015) nas suas revisões sustentam este mesmo resultado: a parca qualidade de sono nos ambientes críticos poderá persistir por um período após a alta sendo uma das experiências stressantes mais comumente citadas pelas pessoas sobreviventes a uma situação crítica.

*Perceção dos profissionais acerca da experiência do sono da pessoa em situação crítica:*

Na exploração do entendimento que os profissionais participantes fazem sobre a qualidade do sono das pessoas que experienciam uma situação crítica aos seus cuidados, Gellerstedt, Medin, Kumlin e Karlsson (2015) mostram que emergem dificuldades na observação do sono e avaliação de qualidade do mesmo, o que se pode traduzir em divergências na apreciação da qualidade do sono sob a perspetiva do profissional e da pessoa. Neste sentido, Ding et al. (2017) mostram no seu estudo que “a qualidade do sono na UCI polivalente foi descrita como má por 29% do grupo das pessoas e 63% pelo pessoal clínico” (p.281). Curiosa e contraditoriamente, na literatura um estudo primário de Kamdar et al. (2012b) evidencia uma tendência para a sobrestimação da qualidade do sono avaliada por parte dos enfermeiros. Estes achados permitem compreender a dificuldade de observação e avaliação da qualidade do sono por parte dos profissionais uma vez que a experiência de sono é revestida de um carácter subjetivo por parte da pessoa que a vive.

Da leitura dos artigos, na perspetiva dos profissionais entende-se que identificam uma forte correlação da componente física da pessoa em situação crítica e a sua experiência de sono. Os profissionais acreditam que a gravidade do estado clínico exige uma maior vigilância pelos cuidados ininterruptos inerentes (Hopper et al., 2017), e assumem (50% dos profissionais) que o desconforto causado pela doença aguda (por exemplo por dor) é condição para uma má qualidade de sono (Ding et al., 2017).

Ao contrário do impacto do significado atribuído pelas pessoas à dimensão psicológica enquanto influenciadora da sua experiência do sono, os profissionais tendem a atribuir uma maior importância aos fatores ambientais disruptores do sono assumindo que estes poderão ser potenciados pela imprevisibilidade do ritmo e rotinas do seu trabalho (Ding et al., 2017).

Gellerstedt et al. (2015) expõe o sentimento de frustração vivido pelos enfermeiros na incapacidade de criarem momentos oportunos para a promoção do sono em virtude da rigidez das políticas organizacionais e rotinas hospitalares. Ainda nos achados da investigação de Hopper et al. (2017), os enfermeiros participantes reconhecem a dificuldade na priorização de uma cultura de promoção do sono compatível com as medidas e protocolos terapêuticos implementados na UCI coadunantes com a gravidade da condição clínica das pessoas. Transversal aos artigos que exploram as perspetivas dos profissionais sobre a promoção do sono das pessoas aos seus cuidados (Gellerstedt et al., 2015; Hopper et al., 2017) assistimos a um consenso sobre uma prática baseada nas suas conceções individuais e na partilha de experiência com os pares. Neste sentido, nos achados de Gellerstedt et al. (2015), Hopper et al. (2017) e Ding et al. (2017), é notório o interesse e a necessidade dos profissionais investirem na formação e educação voltadas para a promoção do sono, bem como a adequação das políticas organizacionais no sentido de priorizar esta área do cuidado. Preocupações estas que Nesbitt e Goode (2014) explicitam numa publicação constatando que os enfermeiros carecem de compreensão da fisiologia do sono, métodos de avaliação e intervenções para a sua promoção.

É perceptível pela investigação conduzida por todos os autores uma compreensão da experiência do sono em ambientes críticos como algo subjetivo, encarado como um fenómeno complexo e de influências multifatoriais. A particularidade das questões psicológicas influentes no sono confere a esta experiência vivida um cariz individual que, na perspetiva das pessoas em situação crítica, se traduz em necessidades personalizadas (Lewandoska et al., 2020) exigindo respostas centradas na pessoa por parte dos profissionais (Gellerstedt et al., 2015).

Em última análise, foram encontradas algumas semelhanças na compreensão do significado da experiência do sono da pessoa em situação crítica quer pela perspetiva do profissional quer pela perspetiva da pessoa. Portanto, além do carácter subjetivo deste fenómeno, o impacto da experiência do sono na recuperação da pessoa também surge em concordância por ambas as perspetivas. No que respeita às principais diferenças, e

entendendo que o relato desta experiência parece estar intimamente dependente de uma expressão detalhada dos fatores disruptivos vivenciados, assistimos a uma disparidade na valorização destes fatores por cada grupo em análise. Sobre a avaliação da qualidade do sono também são notórias divergências: se por um lado o carácter subjetivo do fenómeno permite que a pessoa exponha a sua individualidade nesta avaliação, por outro lado a apreciação do profissional parece estar limitada ao seu conhecimento e experiência, incorrendo numa avaliação empírica distinta.

## 1.6 CONCLUSÕES

A investigação sugere que a experiência do sono vivida pelas pessoas em situação crítica é marcada por uma componente psico-emocional forte, em alguns cenários até de cariz traumatizante, que tende a acompanhar a pessoa não se esgotando apenas ao período de hospitalização e prolongando-se na recuperação pós-alta. Num esforço pela compreensão do significado da experiência do sono, entende-se que a pessoa em situação crítica atribui relevância aos fatores que interferem na qualidade do sono já sobejamente conhecidos por outros estudos. Concluiu-se que o significado da experiência do sono para as pessoas em situação crítica é algo complexo, revestido de uma natureza altamente subjetiva e que exige uma abordagem personalizada. Constata-se, em última análise, a crença de que uma experiência de sono de qualidade para a pessoa em situação crítica é meio para a recuperação da sua condição e um sinal de recuperação *per si* (Tembo et al., 2013).

O significado atribuído à experiência do sono por parte dos profissionais é concordante com o das pessoas que a vivenciam, na medida em que ambos assumem a complexidade, a subjetividade e a influência multifatorial deste fenómeno. É objetivável a importância dada pelo profissional ao impacto da má qualidade do sono na recuperação e cura da pessoa em situação crítica (Gellerstedt et al., 2015). Na procura do significado da experiência do sono da pessoa pela perspectiva dos profissionais, estes confrontam-se com as suas dificuldades e limitações. Neste sentido, admitem lacunas ao nível do conhecimento profundo deste fenómeno, sentindo necessidade de fundamentar e validar a sua prática através do investimento em formação avançada, permitindo uma prática baseada na evidência, de forma a corresponder às necessidades individuais da pessoa. Compreensivelmente, o entendimento dos profissionais incorre no sentido da necessidade

de valorizar uma cultura de cuidados promotora do sono que manifestamente consideram subestimada pelos atuais modelos de prestação de cuidados em saúde.

Entendemos que a compreensão do significado atribuído às experiências de sono poderá dar um contributo para a consciencialização do impacto da problemática em estudo nas pessoas que vivenciam uma situação crítica e a necessária adequação de cuidados exigida dos profissionais e dos sistemas de saúde.

A este estudo podemos enumerar como limitações a exclusão de artigos não acessíveis de forma gratuita e o número limitado de bases de dados. De referir de que os resultados podem não ser generalizáveis, ainda assim o objetivo da investigação qualitativa é fornecer perspetivas aprofundadas de um pequeno número de participantes.

## **2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA**

No presente capítulo dou a conhecer as experiências vividas em estágio final que concretizaram o processo de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais que definem o perfil de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Serão consideradas, para efeitos de apreciação deste percurso, aquelas que estão devidamente regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (Regulamento nº140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018), as quais serviram de metodologia avaliativa do percurso de estágio e que orientam agora a leitura.

A competência em Enfermagem tem sido matéria de interesse de um vasto leque de autores, dentro dos quais se destaca Benner (2001) contribuindo com o seu entendimento sobre o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro, inspirada no modelo de aquisição de competências de Dreyfus (1981), contemplativa dos cinco estádios de proficiência, desde um nível de “iniciado” até ao de “perito”. Esta referência teórica alicerçou o presente produto reflexivo emergido das vivências em contexto da prática, na procura de oportunidades de desenvolvimento de competências, pois, na verdade, a própria autora nos prova que “(...) competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais” (Benner, 2001, p.43).

De uma forma minimalista para a complexidade do conceito, competência refere-se à capacidade de mobilização de recursos para a realidade com que o profissional se depara na resolução dos problemas (Benner 2001; Hesbeen, 2002; Le Boterf, 2005). Nesta linha de pensamento, o trabalho reflexivo apresentado neste capítulo assume-se como um instrumento válido para apurar competências de especialista durante todo este percurso.

Compreensivelmente, este momento de estágio segue uma lógica de procura de áreas clínicas onde o enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica encontra como seu alvo de cuidados a pessoa em situação crítica, “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência

de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº429/2018, p.19362).

Assim, este percurso foi repartido em dois contextos clínicos que, embora distintos, complementam-se enquanto áreas idóneas para desenvolvimento de competências de especialidade: um Serviço de Urgência Geral (SUG) de um hospital da periferia de Lisboa; e uma Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia CardioTorácica (UCICCT) de uma unidade hospitalar integrada num centro hospitalar central de Lisboa. Duas realidades de prática que foram orientadas pela planificação e elaboração de um projeto de estágio para cada um dos contextos, onde se delineou o objetivo geral comum a ambas as experiências: *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica.*

Estes dois contextos serão analisados separadamente em subcapítulos; uma organização tida em consideração devido, por um lado, às características específicas definidoras de cada um dos ambientes, e por outro lado, para que a experiência de leitura seja mais imersiva e contígua das realidades de forma a demonstrar um espectro de evolução da aprendizagem ao longo do tempo. Cada um dos dois subcapítulos contemplam um breve reconhecimento do contexto assistencial, apresentação do serviço e pertinência da sua escolha; e seguidamente a exploração dos objetivos e competências atingidas através de uma revisitação reflexiva das oportunidades de aprendizagem vividas. Reserva-se um pequeno subcapítulo final destinado a uma sucinta exposição argumentativa sobre o estágio “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica” creditado e conferente de grau de equivalência.

## 2.1 CONTEXTO DE ESTÁGIO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

A ponderação pela escolha do SUG como terreno para a concretização deste projeto de estágio recaiu no facto de estar inserida numa instituição empenhada na prestação de cuidados de saúde com elevado nível de qualidade, em respeito pela individualidade e necessidades das pessoas que a procuram, defendendo uma política de cuidados de excelência, e a esse propósito, reconhecida na sua certificação de qualidade pelo processo de acreditação *Joint Commission International*. Ainda, e de um ponto de vista pessoal, a seleção deste serviço deveu-se à familiaridade com esta entidade hospitalar visto outrora ter tido lugar no meu currículo profissional, tendo colaborado numa outra vertente voltada para o meu percurso profissional atual em bloco operatório. Relembrando o meu anterior percurso

pela instituição, tornou-se interessante e complementar conhecer o serviço que acolheu num primeiro contato tantas das pessoas a quem dediquei cuidados de enfermagem no âmbito peri-operatório.

Esta instituição hospitalar pertencente ao Serviço Nacional de Saúde desde Janeiro de 2012, numa parceria de gestão público-privada, assumiu-se desde o início como um importante contributo na requalificação da oferta em cuidados de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo, até então com conhecidas lacunas respeitante a cuidados hospitalares nesta área.

O SUG desta unidade hospitalar está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) (Despacho nº10319/2014, p.20673).

Face ao disposto, este SUG presta serviço a todas as pessoas da área de afluência, com idade igual ou superior a 18 anos, excetuando grávidas, funcionando de forma ininterrupta, todos os dias do ano, nas valências de Medicina, Cirurgia Geral e Ortopedia, e em horário de apoio em dias úteis para as restantes especialidades que contemplam a oferta de serviços dos SUMC (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2001). Dispõe de meios de resposta pré-hospitalar para a abordagem à pessoa em situação crítica antes mesmo da chegada ao SUG pela disponibilidade de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ao cuidado de uma equipa clínica composta por médico e enfermeiro com formação avançada em Urgência e Emergência.

Relativamente à exigência de Sistema de Resposta Rápida, as conhecidas Vias Verdes, a instituição cumpre do disposto normativo (DGS, 2018) relativamente à necessidade de existência de Via Verde de Acidente Vascular Cerebral e Via Verde Sépsis no Adulto (Despacho nº10319/2014). Consta-se ainda que este serviço hospitalar oferece suporte na primeira abordagem ao doente priorizado em Via Verde Coronária e Via Verde de Trauma, referenciando para os Serviços de Urgência Polivalente competentes o tratamento definitivo na ausência de competências avançadas.

Em virtude da necessidade de gestão da atual pandemia mundial de COVID-19, tornou-se fulcral a reestruturação de todo o serviço de urgência de forma a dar a melhor, mais segura e mais diferenciada resposta a toda e qualquer pessoa que padeça de sintomatologia respiratória, ao doente suspeito e/ou comprovadamente infetado pelo mais recente vírus SARS COV-2, minimizando simultaneamente o risco de transmissão aos restantes utilizadores do SUG. Assim, tornou-se necessária a replicação de algumas valências do

habitual circuito assistencial do SUG num circuito independente, desta vez isolado fisicamente e adaptado à prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes a pessoas que integrem as características definidoras daquilo que ficou denominado como Circuito Respiratório. Aqui, estão igualmente presentes o serviço administrativo e sala de espera; postos de triagem; gabinetes de observação médica; posto de estadia curta destinado à pessoa que carece de permanência e vigilância até transferência de serviço ou resolução do seu quadro clínico perspetivando alta clínica; sala de observações (SO) com lotação para 10 camas (onde se incluem duas unidade de isolamento) e sala de reanimação (SR) com capacidade física e disponibilidade técnica para dois utentes em simultâneo, onde a admissão do doente crítico/emergente é imediata.

Uma vez conhecida a realidade assistencial do SUG e a sua pertinência como contexto de aquisição e desenvolvimento de competências de especialidade, foram delineados objetivos específicos que nortearam o planeamento de atividades: (A) *Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica, em contexto de Sala de Observações e Sala de Reanimação*; e (B) *Contribuir para a promoção da qualidade do sono na pessoa em situação crítica no contexto de SUG*. Assim, a concretização desta experiência situou-se temporalmente entre 07 de Setembro a 28 de Outubro de 2020, acompanhando o horário laboral do enfermeiro especialista orientador, na procura das melhores oportunidades para o cumprimento dos objetivos propostos.

Foram reservados os primeiros dias de contato com o serviço para conhecer a estrutura física e funcional do serviço de urgência. A decisão de iniciar o reconhecimento do ambiente do SUG primeiramente pela identificação do circuito assistencial à pessoa, fez no meu entendimento, todo o sentido, numa estratégia de sensibilização pessoal sobre aquele que era o percurso pelo qual as pessoas e suas famílias atravessavam até à resolução das suas necessidades. Entenda-se que reconhecer este percurso dentro do serviço de urgência é mais do que simplesmente trilhar o caminho dos corredores que conduziram as pessoas a um espaço adequado à melhor resposta da sua condição. Na verdade, muita da assimilação deste circuito foi conseguida pela minha própria dissolvência naquele ambiente onde se insere a pessoa e a sua família, rodeados tanto de esperança quanto de angústia na espera por notícias, com um olhar atento às dificuldades que são sentidas por quem tem uma barreira linguística como obstáculo, na reflexão sobre a ausência de privacidade e conforto que os espaços frequentemente lotados e readaptados conferem a quem lá permanece. Em suma, o recurso à capacidade de empatia de que o enfermeiro se mune para compreender o outro (Chalifour,

2008) foi a primeira ferramenta mobilizada para conhecer o ambiente envolvente que se vive no serviço de urgência, por estar consciente da vulnerabilidade que acompanha a pessoa que recorre a nós, por compreender as expectativas que depositam nos profissionais a quem recorrem.

A este propósito, partilho um episódio vivido na sala de espera onde testemunhei de perto a expressão do fenómeno de exaustão do cuidador potenciado pelas frequentes recorrências ao SUG aliadas à angústia da possibilidade de ver uma vez mais a irresolução da condição do seu familiar. A acompanhante, familiar direto e cuidadora da pessoa dependente que dava entrada pela quarta vez nessa semana no SUG, deparava-se com mais uma prolongada espera na sala onde aguardava pela observação médica do seu familiar. Apercebo-me do discurso indignado, do choro compulsivo e de todos os sinais de afetação emocional que aquela família estava a viver pelo processo de doença do seu familiar num ambiente de desesperança. Compreendi que aquela situação exigia uma intervenção da minha parte no sentido da contenção emocional e apoio à família do doente aos nossos cuidados fazendo uso de estratégias comunicacionais as quais o enfermeiro especialista refina<sup>3</sup>. Conhecendo os espaços e circuitos, assumi que um dos pilares sustentadores da nossa interação estaria na criação de um ambiente menos hostil que a azáfama da sala de espera, e portanto consegui, na sala de triagem, a privacidade para a abertura, disponibilidade e confiança para intervir no suporte emocional. Ali, naquele momento, eram partilhados sentimentos de desesperança, de exaustão pela acumulação de papéis, na vivência de um processo de transição inerente ao processo complexo de doença e dependência do seu familiar cuidado (Meleis, 2012). Foi recorrendo a estratégias de escuta ativa, investimento em habilidades de comunicação não-verbal<sup>4</sup>, que a relação de ajuda/terapêutica (Phaneuf, 2005) dava os primeiros passos ao encontro de uma premente necessidade de suporte familiar. Reconheci a importância daquela intervenção junto da família e do poder de uma comunicação assente numa relação de ajuda<sup>5</sup> no momento em que constato que a necessidade daquela cuidadora era, mais do que o encontro de soluções imediatas e respostas concretas a questões ainda incertas, a de ser

---

<sup>3</sup> “1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica: Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” – Reg. nº429/2018.

<sup>4</sup> “1.4 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.” – Reg. nº429/2018.

<sup>5</sup> “1.5 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.” – Reg. nº429/2018.

ouvida e apoiada no processo de transição que também ela vivencia<sup>6</sup>. Fazer daquele momento uma oportunidade à informação, à identificação de recursos e suporte emocional, foi sobretudo adquirir um novo entendimento sobre como cuidar da família cuidadora numa visão confortadora da sua dimensão psicoespiritual afetada, proporcionando alívio (Kolcaba, 2003).

Na gestão conjunta com o enfermeiro orientador foi possível planejar diariamente a minha presença nas diferentes valências onde era expressiva a intervenção de enfermagem, sobretudo rica do ponto de vista de oportunidades de reflexão sobre a pertinência da presença do enfermeiro especialista. Foi precisamente o reconhecimento das várias esferas de atuação do enfermeiro e esta sua adaptabilidade às diferentes valências onde intervém que possibilitou entender o cariz multifacetado do papel do enfermeiro no serviço de urgência.

A oportunidade de prestação de cuidados em sala de triagem foi uma das valências que se mostrou fértil para a reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista no primeiro contato do doente com a realidade de cuidados visando à deteção precoce de focos de instabilidade e priorização de cuidados urgentes<sup>7</sup>. Numa fase inicial, e pela inexperiência profissional nesta particularidade de área de cuidados, tornou-se importante compreender a organização e aplicabilidade da estratégia de atendimento e priorização pelo sistema de Triagem de Manchester definindo-se desta forma a primeira abordagem ao doente face à gravidade da sua condição e ao potencial de risco da sua situação clínica (DGS, 2018). No decurso desta experiência partilhada com um enfermeiro perito nesta valência de triagem, constatei que a riqueza de aprendizagem e reflexividade emergiam no momento em que deixei de assumir aquele contato privilegiado com o doente como uma mera execução de um algoritmo de priorização de atendimento e a encará-lo como uma oportunidade para a estimulação de habilidades do enfermeiro especialista em contexto de urgência/emergência.<sup>8</sup>

Senão vejamos, testemunhei com clareza a imagem de *perito* que Benner nos fala enquanto profissional da prática enriquecido pelo conhecimento advindo da experiência vivida, da empiria, munido de intuição (Benner, 2001), um perfil que, na verdade, se compatibiliza com a missão do enfermeiro experiente na deteção precoce de necessidades, vigilância e estabilização da condição clínica da pessoa. Reporto-me a um exemplo em que valorizei a

---

<sup>6</sup> “1.6 - Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.” – Reg. nº429/2018.

<sup>7</sup> “1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.” – Reg. nº429/2018.

<sup>8</sup> “2.1 - Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.” – Reg. nº429/2018.

experiência do perito falando-me da imagem corporal da pessoa que nos chega em situação clínica suspeita de enfarte agudo do miocárdio na triagem. Uma percepção intuitiva construída pelos tantos anos de experiência em assistir vítimas desta condição, quase como que prenunciando o diagnóstico clínico apenas pela imagem corporal que me dizia ser “típica, não enganadora, que não se esquece”. Não obstante, o perfil do enfermeiro especialista, enquanto detentor de um conhecimento sólido e assente na melhor evidência que o capacita para a intervenção urgente pela compreensão rigorosa da sintomatologia, dos preditores de gravidade clínica, é idealmente associável ao de perito que marca a diferença no atendimento de enfermagem na triagem. Um modelo claro e inspirador na compreensão do especialista enquanto perito: aquele que suporta a sua ação na experiência adquirida e na percepção intuitiva (Benner, 2001) à qual adiciona a cientificidade do conhecimento adquirido e as habilidades refinadas.

A experiência na triagem não se esgotou pelos primeiros contatos com o doente. Antes, provou ser também um lugar onde, por alguns episódios, compreendi a necessidade de revalidação da avaliação inicial realizada. Assim, pondo em prática as competências de vigilância e acompanhamento dos sinais e sintomas inaugurais, entendendo uma possível evolução negativa do estado clínico, instala-se a necessidade de nova reavaliação e priorização de cuidados, antecipando o agravamento de saúde.

Foi também aqui na triagem que emergiram as primeiras reflexões acerca da responsabilidade do enfermeiro especialista enquanto elemento promotor de controlo de infeção, que mais tarde viriam a ser ainda mais notáveis na prática de cuidados em outras valências do SUG. Recordo-me, a título de exemplo, a triagem de uma mulher jovem que apresentava como motivo de admissão o aparecimento e evolução de lesões cutâneas com prurido associado, predominantemente no tórax, membros superiores e extremidades. Ainda que, e, seguindo o algoritmo de triagem instituído, sem critérios de gravidade clínica que justificassem o atendimento emergente, a suspeição da possibilidade de se tratar de uma condição infecciosa com possível risco de contagiosidade comandou a necessidade de isolar esta pessoa das demais em sala de espera e antecipar, dentro das possibilidades, a precoce observação médica e adequado encaminhamento. O planeamento e a tomada de decisão que pude assistir no perfil de competências de um enfermeiro perito, expressas numa autonomia profissional sustentada, foi possivelmente um dos primeiros momentos sensibilizadores vividos catalisadores dos meus processos reflexivos sobre a identidade e pertinência do enfermeiro especialista na abordagem urgente e emergente da pessoa. A observação

participante e crítica deste momento permitiu a insurgência de questões e reflexões sobre as minhas concepções relativas á autonomia profissional. Neste exemplo em particular, o meu olhar crítico recaiu sobre a valorização sobre o património de conhecimentos sustentador de competências na área de gestão e prevenção de controlo de infeção, e da sua capacidade plástica para se adequar à realidade e às necessidades prementes, contornando normas, não negligenciando contudo princípios fundamentais e seguros, do qual o especialista se recursa para fundamentar o seu agir competente (Benner, 2001).

Em suma, creio que com esta passagem me propus à reflexão de um aspeto curioso sobre o enfermeiro perito e o especialista: a condição de perito não é necessariamente a de especialista e o contrário também se aplica, ainda que a complementaridade de ambos os perfis desenhem o ideal de identidade do enfermeiro no serviço de urgência onde o constructo da experiência se alia à cientificidade das práticas.

O decurso da experiência no SUG seguiu a necessidade de procura das oportunidades mais ricas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica de forma responder a situações de emergência e exceção, pelo que, e em orientação com o enfermeiro especialista de referência, a SR e a SO foram as valências escolhidas pelo seu maior potencial para o desenvolvimento de competências de especialista.

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto de emergência e criticidade, embora sendo uma área familiar no meu foro profissional em ambiente cirúrgico, consistiu num desafio pessoal que estimulou o autoconhecimento face a situações inéditas, simultaneamente permitindo questionar aspetos de melhoria da prática clínica dada como adquirida. Exigiu a mobilização de património teórico sólido fundamentador da melhor prática, gestão e priorização de cuidados face à criticidade, recurso a estratégias de gestão de pressão, e constante reflexão sobre a compatibilidade entre a humanização dos cuidados e as situações limite.

A SR mostrou ser uma valência onde se testemunha de perto a vulnerabilidade com que a doença aguda, ou a descompensação da doença crónica, confrontam a pessoa em situação crítica conferindo-lhe um grau de dependência elevado para a manutenção da vida. Foram inúmeras as situações de emergência vividas na SR, onde a metodologia para a prestação de cuidados, exigia o rigor e a eficiência necessários para conseguir dar resposta em tempo útil, muitas vezes numa luta contra o tempo. Relembro-me em particular da interiorização da metodologia de *abordagem ABCDE* preconizada na assistência á pessoa em situação crítica

como um importante instrumento na sistematização de necessidades e priorização de suporte de vida. Esta abordagem ainda que se operacionalize numa visão por sistemas, permitiu-me não só a resolução faseada das necessidades encontradas como, em última análise, entendia a pessoa como um todo onde a reavaliação constante é premente para a prevenção do colapso derivado da ineficácia ou sobreposição de medidas terapêuticas instituídas<sup>9</sup>.

A passagem pela SR, pela sua exigência de meios de intervenção avançados fortemente envoltos numa natureza técnica à qual me sentia familiarizada, permitiu-me a dedicação a competências relacionadas com o controlo de infeção e a prevenção de complicações inerentes ao carácter invasivo das intervenções emergentes. Reconhecendo a influência da minha experiência profissional e o investimento teórico adquirido em práticas seguras, tive autonomia na tomada de decisão clínica numa lógica multidisciplinar promotora de um menor risco de infeção. Revisito em particular um episódio marcante no cuidado a uma pessoa em estado crítico com necessidade de suporte ventilatório numa abordagem avançada da via aérea consequente ao seu estado de inconsciência e gravidade clínica. Intervim de forma autónoma e segura na decisão pela escolha da abordagem oral na entubação gástrica ao invés da habitual via nasal, sustentando-me na melhor evidência científica sobre prevenção de pneumonia associada a intubação (DGS, 2015), perspetivando a prevenção de pneumonia associada á ventilação mecânica (PAVM). Aquele momento de prestação de cuidados gerou a oportunidade de partilhar com os meus pares a importância da prevenção da PAVM (American Thoracic Society, 2005; Klompas et al., 2014) e de que forma isso é operacionalizado através de medidas preventivas simples, fundamentadas e eficazes nos cuidados de enfermagem<sup>10</sup>.

Durante a assistência em SR, onde se vive de perto a necessidade de responder eficazmente e em tempo útil a situações complexas de doença aguda crítica e falência orgânica prevenindo, estabilizando, recuperando situações que ameaçam a vida, o recurso a meios de vigilância e tratamento invasivos é uma realidade constante. Assim, a experiência neste ambiente foi rica do ponto de vista técnico despertando não só um permanente senso de responsabilidade pelo controlo de infeção que tinha necessariamente de acompanhar tantas intervenções invasivas, mas também a garantia de proporcionar um ambiente seguro de

---

<sup>9</sup> “2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação:

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (...)” – Reg. nº429/2018.

<sup>10</sup> “2.1.4 - Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas” – Reg. nº429/2018.

cuidados. E aqui em particular, falo no desenvolvimento de competências na comunicação em situações de emergência em equipa multidisciplinar; na testagem e verificação das condições dos equipamentos e dispositivos de apoio ao suporte avançado de vida; no conhecimento e incentivo ao cumprimento das políticas de administração farmacológica segura instituídas com a restante equipa; na realização de transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico, a título de exemplo.

A respeito da última esfera de ação supracitada, importa fazer uma breve análise das experiências em transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico para efeitos de compreensão desta como oportunidade ao desenvolvimento de competências de especialidade. É consensual entre as equipas de que a necessidade de transporte de doentes críticos é um aspeto que se reveste de ponderação pela sua decisão, planeamento e efetivação, onde são equacionados os riscos e benefícios reais para o tratamento e resultados da pessoa, uma vez que este é assumidamente um momento que se pode traduzir em instabilidade com potencial para agravamento clínico e/ou gerador de complicações antecipáveis (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A minha experiência nos cuidados no transporte de um doente crítico do SUG ao serviço de imagiologia para a realização de exames complementares de diagnóstico começou precisamente no momento em que nós, enquanto equipa multidisciplinar, planeámos a realização deste transporte depois de decidida e avaliada a necessidade superior inadiável de apoio ao esclarecimento da alteração do estado de consciência em que a pessoa aos meus cuidados se encontrava por via da realização de uma tomografia craniana. Todo o planeamento consistiu numa intervenção focada em princípios de coordenação, estabelecimento de estratégias de comunicação eficaz em situação de emergência, priorização de medidas de manutenção da estabilidade hemodinâmica, gestão de equipamento indispensável e mobilização de recursos de apoio ao transporte. Assim, e começando desde a coordenação necessária e antecipada do SUG com o serviço de imagiologia telefonicamente preparando a assistência urgente desta pessoa; passando pela organização e validação da funcionalidade dos equipamentos e materiais necessários ao suporte de vida; até ao efetivo transporte com apoio da equipa multidisciplinar de forma a fazê-lo no mais seguro e menor trajeto possível, esta foi uma operação onde pude compreender como o enfermeiro especialista leva da conceção à ação as suas capacidades enquanto elemento gestor de prioridades, elo de comunicação entre partes intervenientes e

antecipador de focos de instabilidade<sup>11</sup>. Agi nesse sentido enquanto, por exemplo, assegurei o fornecimento suficiente de oxigénio à ventilação para o transporte, garanti a parametrização dos alarmes de monitorização contínua adequada à situação, conferi e me fiz acompanhar da mala de transporte onde reunia a terapêutica de emergência necessária e em doses adequadas bem como material de apoio à via aérea avançada, estabeleci comunicação com o médico responsável sobre medidas antecipatórias em caso de agravamento/instabilidade hemodinâmica, colaborei e coordenei as transferências da pessoa perspetivando a menor influência possível no seu estado hemodinâmico. Todo este processo resultou num transporte intra-hospitalar indispensável, seguro, realizado no menor tempo possível, sem intercorrências a relatar muito em parte pela importância do planeamento e execução que ditou o sucesso. Na verdade, este foi um dos momentos em que foi possível refinar aspetos relacionados com a responsabilidade pela segurança de cuidados à pessoa em situação crítica, neste caso no transporte intra-hospitalar, as quais já vinha estando desperta pela minha própria realidade profissional. Uma vez mais está presente todo um investimento em habilidades de planeamento, coordenação, comunicação, gestão de prioridades e antecipação a focos de instabilidade próprios do perfil do profissional especializado.

Também, e ainda aqui, neste percurso de refinamento de competências nas experiências em SR, cuidar em prol da vida humana ameaçada catalisam um profundo trabalho reflexivo acerca do sofrimento e vulnerabilidade humanos, dos dilemas éticos com que nos defrontamos, e da nossa responsabilidade no absoluto respeito pelos direitos e valores de quem cuidamos. A este propósito e numa constante e assumida proximidade com a morte, lembrando a responsabilidade ética e deontológica da profissão (Deodato, 2014) na dignificação dos processos de fim de vida e luto no SUG, o enfermeiro especialista reveste-se de uma sensibilidade singular. Transporte-me para um momento particular vivido em que acompanhei uma situação de elevada gravidade clínica, de aparecimento súbito e de carácter emergente na SR onde, e apesar de todos os investimentos, o desfecho pela falência multiorgânica irreversível era previsível e iminente. Estando ciente de estar a presenciar um fim de vida altamente impactante no processo de um luto inesperado por parte da família, foi discutido com a equipa multidisciplinar a necessidade de acompanhamento e suporte emocional enquadrados numa realidade restritiva à circulação e acompanhamento de familiares no SUG pelo cenário pandémico conhecido, pelo princípio da segurança e

---

<sup>11</sup> “2.3.3 — Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção” – Reg. nº429/2018.

proteção da saúde públicas. Consensualmente entre a equipa multidisciplinar viu-se reconhecido no enfermeiro especialista e chefe de equipa, a responsabilidade de gestão e coordenação de recursos por forma a que fosse possível levar a cabo o respeito pelos direitos e valores humanos priorizando naquele momento a premente necessidade de acompanhamento no processo de fim de vida<sup>12</sup>. Assim, e ponderadamente, assegurando o cumprimento escrupuloso das medidas de segurança, mobilizando os recursos disponíveis para garantir um fim de vida sereno para aquela pessoa, recursando das suas habilidades comunicacionais para a transmissão de más notícias, pude refletir em como o enfermeiro especialista se assume numa figura de referência na humanização dos cuidados em fim de vida no SUG pela sua consciência ética.

Foi também no decurso desta experiência em SO que foi possível levar para a prática o património adquirido pela investigação e contribuir para a promoção da qualidade do sono da pessoa em situação crítica fazendo cumprir assim esse mesmo objetivo de estágio projetado. Aqui, a longa permanência da pessoa em situação crítica e a presença de características ambientais disruptivas do sono e repouso bem conhecidas revelaram a oportunidade de intervir de forma especializada na promoção de uma cultura de melhoria da qualidade do sono assente numa visão confortadora. Creio que foi neste contexto que mais pude edificar a minha identidade enquanto enfermeira especialista assente no propósito de agir para confortar e observar o conforto como resultado das minhas ações (Kolcaba, 2003). Por outras palavras, consciencializei que o meu contributo especializado na promoção do sono no SUG passava inevitavelmente por intervir nas diferentes dimensões do conforto comprometidas da pessoa. Assim, o planeamento de intervenções confortadoras promotoras de sono de qualidade no SUG somou-se ao processo de enfermagem personalizado para cada pessoa aos meus cuidados. Seguindo a visão da autora, claramente compreendi que as necessidades de conforto mais prementes e de resolução mais imediata das pessoas em situação crítica no serviço de urgência passavam pelas dimensões física e ambiental<sup>13</sup>. A minha compreensão face ao desconforto físico instaurado pela dor, pela sede, pelo frio; e face ao desconforto ambiental associado ao ruído e á excessiva e incontrolável luminosidade, transformou-se pelo cunho que a Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003) emprestou á minha ação.

---

<sup>12</sup> “1.6.2 - Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” – Reg. nº429/2018.

<sup>13</sup> “1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.” – Reg. nº429/2018.

Progressivamente fui compreendendo que também a dimensão psicoespiritual da pessoa carregava sérias lacunas de conforto inerentes aos sentimentos de solidão, desesperança, incerteza pelo futuro e a confrontação com a transição imposta pela vivência de uma crise (Meleis, 2012). Foram diversos os momentos que deram lugar à reflexão de como as habilidades comunicacionais das quais se mune o enfermeiro especialista são ferramenta imprescindível no processo de apoio nos processos de transição. A tomada de consciência da importância de informar e a pertinência de fazê-lo de forma personalizada e adequada ao nível de compreensão e capacitação da pessoa em crise, foi uma das mais importantes reflexões que acompanhou o processo de especialização do cuidar durante a passagem no SUG. Hoje torna-se claro para a minha identidade profissional que confortar por via da informação é apoiar os processos de transição da pessoa que vivencia uma situação complexa de doença crítica (Meleis, 2012).

Retomando a linha de raciocínio acerca da temática de promoção do sono na pessoa em situação crítica que acompanhou os percursos de estágio, constatei que se tratava de matéria sensível aos olhos dos meus pares neste serviço no sentido em que consideravam pertinente e uma área de conhecimento carente e com necessidade de investimento, algo que Gellerstedt et al. (2015) reconhece. As principais conclusões do estudo desenvolvido por estes autores demonstram que a percepção dos enfermeiros é a de que as políticas organizacionais hospitalares não priorizam o sono dos pacientes em serviços de emergência e que o investimento educacional, baseado na melhor evidência, dos profissionais nesta matéria é necessário (Gellerstedt et al, 2015). Não surpreendentemente, o meu percurso pelo SUG corroborou esta constatação pelo que, e na impossibilidade de criação de espaços formais de formação em serviço, se tornou valioso para a minha experiência, a partilha de conhecimento através da sensibilização dos meus pares em momentos informais; na estimulação à reflexão de como seria possível combater as barreiras ambientais disruptivas do sono ao nosso alcance; e através da implementação de pequenos gestos e intervenções conscientes que inspiravam à mudança das práticas. A título de exemplo, lembro-me em pormenor da decisão de improvisar vendas oculares a partir dos têxteis opacos, destinados a servirem de roupa de cama, para combater a excessiva luminosidade não regulável dos espaços onde repousavam os doentes de SO. Gestos emergidos da criatividade mas também da necessidade, e sobretudo fundamentados na evidência, que geraram questionamentos nas passagens de turno dando o mote a momentos de reflexão e formação dos enfermeiros. Simultaneamente, enquanto encarava estas atividades como forma de alcance do segundo objetivo específico proposto

para este contexto de estágio, entendia o desenvolvimento das competências na formação e divulgação de conhecimento.

A este propósito creio que importa nesta exposição fazer uma brevíssima referência à experiência vivida quando senti que houve uma inversão do papel de iniciado que naturalmente me acompanhou nos primeiros momentos deste percurso, para uma posição de referência para os outros. A estratégia pedagógica sugerida pelo enfermeiro orientador, em converter o meu papel de formando para o de referência para outro enfermeiro com menor experiência profissional que eu, ao invés da habitual presença do perito, provocou uma transformação sobre a minha identidade de especialista enquanto formador. Sentir que era eu agora a referência para alguém da equipa, no sentido em que estava em condições de contribuir com o meu conhecimento e experiência, foi realmente gratificante e marcante na compreensão do papel de referência, da função de consultor e das habilidades de liderança de um especialista<sup>14</sup>.

Ainda no seguimento da consolidação da importância do papel de líder, os momentos de observação e acompanhamento do orientador nas funções de enfermeiro chefe de equipa do SUG deram lugar à reflexão de como o especialista conhece a sua equipa, as suas potencialidades e fragilidades, gerindo-os adequadamente em responsabilidades que sabe estarem aptos a responder competentemente, recursando-se de modelos de liderança para a gestão de cuidados e recursos com vista à constante melhoria do serviço prestado, sendo um agente de mudança.

Em última análise, reconheço a riqueza do contexto do SUG para o cumprimento dos objetivos propostos, numa ótica voltada para o refinamento de competências profissionais adquiridas e no desenvolvimento de novas habilidades de especialidade no constructo da identidade de enfermeiro especialista. As estratégias ponderadas para contornar as dificuldades sentidas inerentes à inexperiência do contexto de prática, ao constante desafio da gestão e organização de tempo, e à insegurança por vezes sentida nos processos de liderança e tomada de decisão, foram o constante investimento na procura de conhecimento baseado na melhor evidência; a reflexão consciente das práticas diárias; a consciencialização por um processo de introspeção e autoconhecimento; e a valorização e difusão da minha experiência com os pares.

---

<sup>14</sup> “2.4.1 - Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa” – Reg. nº429/2018.

## 2.2 CONTEXTO DE ESTÁGIO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Os últimos 50 anos foram inquestionavelmente marcantes no desenvolvimento da área da Medicina Intensiva em Portugal, em parte pelo enorme contributo da evolução tecnológica que se vem mostrando num poderoso aliado diagnóstico e terapêutico na resposta a situações de saúde-doença cada vez mais complexas ao longo dos tempos (Paiva et al., 2017). Hoje, encaramos a Medicina Intensiva como:

“uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).” (Paiva et al., 2017, p. 6).

Dáí que se compreenda que as unidades de cuidados intensivos assentem numa filosofia de cuidados onde o enfermeiro especialista será uma mais-valia pelo seu perfil de competências compatível, o qual tem sido matéria de análise neste relatório.

A ponderação pela escolha da UCICCT para a concretização do projeto de estágio residuiu no facto de, e peculiarmente, ser uma unidade de terapia intensiva pós-cirúrgica de especialidade, um contexto de prática que garante uma continuidade de cuidados vitais e de recuperação *à posteriori* da minha esfera de atuação profissional atual em Enfermagem peri-operatória, onde o meu acompanhamento da pessoa termina maioritariamente na transferência do bloco operatório. Assim, escolhendo conhecer a continuidade do cuidar que se presta onde o meu próprio termina, esta experiência enriqueceu a minha prática profissional e inquestionavelmente gerou uma visão de cuidado especializado de complementaridade e continuidade.

Com atividade desde 1980, a instituição hospitalar onde se insere esta UCICCT, tornou-se pioneira em múltiplos procedimentos cirúrgicos, nomeadamente a primeira angioplastia coronária (1984) e o primeiro transplante cardíaco (1986), é hoje centro de referência especificamente na área da Cardiologia com destaque na Cardiopatia Congénita, Transplantação Cardíaca em adultos e na Cardiologia de Intervenção Estrutural. Em 2005 esta unidade hospitalar vê-se integrada num dos maiores centros hospitalares de Lisboa juntamente com outras duas instituições hospitalares.

A UCICCT encontra-se fisicamente edificada no piso 0 do edifício hospitalar, partilhando este piso térreo com serviços diferenciados como o Bloco Operatório e o Serviço de

Hemodinâmica, servindo assim como um serviço próximo de suporte e continuidade a estes últimos. Sucintamente, esta unidade tem uma lotação total de 12 camas, recentemente reorganizada em virtude das exigências de gestão e segurança impostas pela pandemia CoVid-19. Classificada, segundo a nomenclatura da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, em unidade de categoria nível III uma vez destinada a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e podendo necessitar de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al, 2017). Dispõe de estrutura e recursos destinados à prestação de cuidados intensivos à pessoa em contexto pós-operatório de cirurgia cardiotorácica e que, de uma forma genérica, assumem-se como pessoas a vivenciarem situação crítica inerente à sua condição pós-cirúrgica complexa com um panorama clínico de grande instabilidade hemodinâmica, com necessidades de suporte multiorgânico muitas vezes continuado.

Estando apresentada a realidade assistencial da UCICCT e a sua pertinência enquanto contexto de aquisição e desenvolvimento de competências de especialidade, foram definidos objetivos específicos que inspiraram o planeamento de atividades: (C) *Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica*; e (D) *Contribuir para a promoção da qualidade do sono na pessoa em situação crítica no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos*. Um percurso que se enquadrou temporalmente entre 29 de Outubro a 19 de Dezembro de 2020, sob o qual se pretende o exercício reflexivo de analisar de que forma foram vividas as experiências que pautaram o cumprimento dos objetivos específicos supracitados e deram continuidade ao processo de desenvolvimento de competências de especialidade.

A integração a um novo ambiente de cuidados, agora o de cuidados intensivos, fez despoletar as minhas primeiras considerações, tanto receosas quanto expectantes, relacionadas com a tecnicidade de um meio de cuidados exigente e complexo rodeado de imponente tecnologia. Curiosamente, a mesma tecnologia que num primeiro contato me intimidou, progressivamente foi-me dando um novo entendimento sobre o seu poder e importância nestes contextos de cuidados, estimulando-me reflexivamente para as minhas preocupações sobre o risco de distanciamento com a humanização de cuidados (Silva & Ferreira, 2014). Foi marcadamente neste confronto com a exposição da pessoa em situação crítica a este ambiente, e na necessidade de dignificar humanamente os cuidados, que fez sentido a

inspiração de práticas de cuidados assentes numa ótica confortadora objetivando o papel do especialista na gestão ambiental (Kolcaba, 2003).

Lembrando o propósito de cuidados dirigidos à pessoa em situação crítica pós-cirúrgica, a prestação de cuidados de enfermagem começou sobretudo por um progressivo entendimento sobre a importância do acolhimento da pessoa em pós-operatório imediato à unidade. Rápida e previsivelmente, compreendi que todas as pessoas que até a mim chegavam se encontravam num nível de dependência total para a manutenção da vida e que portanto a responsabilidade pela rigorosa gestão das complexas medidas de suporte vital avançado era agora uma realidade esmagadora mas estimulante. A integração e compreensão do protocolo de acolhimento da pessoa em situação crítica admitida à unidade rege-se pelo princípio da garantia de um ambiente terapêutico seguro pela necessidade de proporcionar a detecção precoce de potenciais focos de instabilidade que comprometam a recuperação pós-cirúrgica. Acerca desta matéria, relato as primeiras experiências vividas no acolhimento da pessoa em contexto de pós-operatório imediato sentindo que essa minha integração me clarificou habilidades de priorização e de observação sistemática e objetiva da pessoa sob monitorização avançada complexa e vigilância estrita. Compreendi que o processo de admissão da pessoa à unidade é partilhada idealmente por dois enfermeiros que estrategicamente se posicionam de forma a se focarem em intervenções definidas respondendo no menor tempo possível pois sabe-se que o transporte de um doente crítico é *per si* um momento de potencial instabilidade hemodinâmica requerendo uma atuação metódica e rápida. Assim, na partilha destes momentos com a enfermeira orientadora, vi-me uma vez mais a refinar as ferramentas de observação sistemática e priorização de medidas urgentes quando sabia, que ficando à direita da cabeceira da pessoa, estaria responsável pela monitorização invasiva ininterrupta, verificação de perfusões essenciais estimando o seu término antecipando-o, análise das características das drenagens torácicas garantindo a sua funcionalidade. Simultaneamente, do outro lado da cabeceira, encontrava-se o enfermeiro com quem partilhava as responsabilidades de vigilância e suporte da pessoa operada, e que se encarregava da garantia e parametrização ventilatória, dos aspetos relacionados com caracterização da pele e mucosas e demais observações dos pensos cirúrgicos existentes, entre outras atitudes terapêuticas. Compreendi, por experiência própria, que a inversão desta metodologia, isto é a sobreposição de certas intervenções a outras prioritárias me fazia incorrer no risco de negligenciar um aspeto de maior prioridade face a uma outra observação essencial e de primeira ação, que uma vez deixada para segundo plano poderia promover a

instabilidade hemodinâmica indesejável. Aspectos de uma gestão de cuidados de extrema importância quando se fala de rigor e necessidade de criar um ambiente terapêutico seguro à pessoa em situação crítica dependente de tanto suporte.

Embora sendo um ambiente de cuidados novo na minha esfera profissional, ao qual depositei muitas expectativas, a unidade de cuidados intensivos mostrou ser um contexto com um domínio de conhecimentos técnicos muito próprios e exigentes. Não obstante a este raciocínio, vejo-me surpreendida quando constato que também aqui, e contra toda a ideologia de apenas me sentir uma *iniciada* (Benner, 2001), a minha experiência é valorizada e se assume como um contributo á formação de outros enfermeiros. Falo particularmente na experiência vivida com uma pessoa em contexto crítico, esta demonstrando um quadro de evidente descompensação hemodinâmica relacionada com desequilíbrio hidroeletrólítico associado à sua recuperação pós-cirúrgica cardíaca. A sua condição clínica era critério para beneficiar de terapia de substituição renal o mais precocemente possível. Uma vez prescrita esta complexa medida de suporte de depuração renal, revejo-me perante um monitor de diálise muito familiar, o mesmo que à enfermeira responsável pelo utente causava constrangimento pelas dúvidas de operacionalização que iam surgindo. Na verdade, era precisamente o mesmo tipo de monitor de técnica dialítica no qual dei os meus primeiros passos do meu percurso profissional em Hemodialise há uns anos atrás, bastante antigo face á modernização dos equipamentos para técnicas de substituição renal de que dispunha a unidade e que a mim me eram desconhecidos. Rapidamente percebi que estava ali uma oportunidade de contribuir com o meu saber, partilhando experiência e apoiando a enfermeira na implementação segura da técnica<sup>15</sup>. Além de gratificante, a mobilização de conhecimentos advindos da minha própria experiência profissional passada foi uma importante estratégia para o refinamento de competências de uma natureza mais técnica quanto as de habilidades de formação da equipa multidisciplinar.

Na verdade, foram muitos os momentos de cuidados onde, para além do património de conhecimento e experiências profissionais adquiridas, a sustentação teórica tinha necessariamente de estar bem presente para práticas seguras de qualidade tanto no intuito da prevenção da instabilidade e/ou comprometimento da recuperação, como na atuação em situações de emergência. Breve exemplo desta mesma exigência de conhecimento teórico e

---

<sup>15</sup> “1.1.3 - Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica” – Reg. nº429/2018.

técnico foi vivido numa experiência de cuidados onde presenciei um cenário de paragem cardiorrespiratória (PCR) numa situação clínica aparentemente não antecipável. A consolidação de conhecimentos acerca desta condição emergente fez com que rapidamente eu e a equipa reconhecêssemos estar perante uma PCR com presença de ritmo desfibrilável ao qual havia consciência de que as manobras de ressuscitação cardíaca tinham indicação de carácter imediato e que a desfibrilhação precoce era indicação inquestionável no cumprimento do algoritmo de suporte avançado de vida para o tratamento desta emergência<sup>16</sup>. Assim, quase como um automatismo e pela confiança no conhecimento adquirido, vejo-me num harmonioso trabalho de equipa onde compreendo as prioridades, assumo responsabilidade pelas manobras de ressuscitação de qualidade coordenando-me com os restantes elementos da equipa num objetivo consensual focado na desfibrilhação precoce em segurança conforme nos indica os algoritmos das melhores práticas em PCR. Uma condição clínica que foi revertida com sucesso no menor tempo possível, de forma segura e trazendo o mínimo de danos à pessoa sob nossos cuidados. Uma vez mais, um claro exemplo de que a experiência adquirida com aperfeiçoamento da técnica, aliada à robustez de conhecimento que confere confiança, segurança e eficácia nas ações, são dois pilares essenciais na atuação em emergência dentro de uma equipa multidisciplinar coordenada.

Ainda sobre a mobilização de conhecimentos que sustentam práticas de qualidade, e dando continuidade particularmente ao refinamento de competências na prevenção do controlo de infeção, no decurso da experiência na UCICCT revejo novamente a minha preocupação sobre uma esfera de ação já familiar vivida no anterior contexto de estágio. De forma ainda mais presente, a PAVM era uma realidade temida neste contexto de cuidados onde a ventilação mecânica é condição *sine qua non* para a maioria das pessoas em situação crítica no contexto pós-operatório de cirurgia cardíaca. Não surpreendentemente, constato que os cuidados na prevenção da PAVM (Klompas et al., 2014) eram transversais a todo o plano de cuidados e concretizados nas intervenções de enfermagem à pessoa sob suporte ventilatório invasivo. Reporto-me particularmente a esta experiência de cuidados onde reflito uma vez mais a pertinência da presença do enfermeiro especialista como aquele que avalia as necessidades de prevenção de infeção, neste caso, levanta autonomamente o diagnóstico de enfermagem de risco de infeção, planeia e incorpora no seu plano de cuidados intervenções com sólida fundamentação com vista à minimização desse mesmo risco, e avalia os resultados no tempo. Medidas simples como por exemplo, a permanência de elevação da

---

<sup>16</sup> “1.1.4 - Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma” – Reg. nº429/2018.

cabeceira a 30°-45° ou a higienização oral diária com solução de clorhexidina 0,2% da pessoa ventilada (ATS, 2005; DGS 2015)<sup>17</sup>, poderão passar despercebidas ao olhar mais desatento, mas o enfermeiro especialista sabe e fundamenta-se desse património de conhecimento e experiência para valorizar o seu papel, a título de exemplo neste relato, como maximizador de uma área de atuação tão importante quanto o controlo de infeção<sup>18</sup>. Vimos assistindo a uma satisfatória redução de cerca de 36,6% de incidência de PAVM nos últimos anos no país (DGS, 2017), uma melhoria expressiva no panorama das infeções associadas aos cuidados de saúde que reflete, inquestionavelmente o contributo também pela mão de uma enfermagem cada vez mais especializada.

Remetendo-me ainda à reflexão acerca do apuramento de competências no cuidado altamente exigente e complexo do ponto de vista do conhecimento e técnica necessárias, foram constantes os momentos em que senti que o protagonismo da tecnologia levava de mim uma generosa parte do meu tempo e concentração. Ao longo do meu percurso estava cada vez mais desperta para a necessidade de domínio de tanta diversidade técnica, pois na verdade sabia que cuidar nestes ambientes, onde o suporte de órgão(s) era uma realidade constante ou um risco iminente, a tecnologia é necessariamente uma importante aliada. Ainda assim, foram muitos os momentos em que em mim se levantaram muitos questionamentos acerca da transposição do carácter provisório de que estas medidas se revestem para o de permanente e de total dependência ao suporte de vida. Relato em particular as experiências de cuidados com uma pessoa a vivenciar um pós-operatório cardíaco de extrema complexidade onde o restabelecimento da sua condição crítica seria, nesta fase, pela total dependência de circulação extracorpórea com oxigenação de membrana (ECMO) e Balão Intra-Aórtico (BIA). Um exemplo claro de cuidados de uma exigência técnica incomparável onde cedo, e à medida que se aproximava a certeza da falência irreversível dos órgãos, me deparei com reflexões sobre a prevalência da vida nestas reservadas condições. A mesma necessidade de domínio sobre as competências técnicas que aquele meio de cuidados me exigia, era a de igualmente reforçar a humanização de cuidados de uma pessoa que incontornavelmente se encontrava num fim de vida tão mecanizado. Todo o esforço em adquirir conhecimento na manipulação e compreensão do funcionamento de ECMO e BIA era agora descentralizado pela necessidade de acompanhar um investimento

---

<sup>17</sup> “2.1.4 - Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas” – Reg. n°429/2018.

<sup>18</sup> “3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” – Reg. n°429/2018.

complexo em reflexões sobre os processos de fim de vida. Assim, turno após turno ao cuidado daquela pessoa de meia-idade a quem não se previa um prognóstico tão reservado, investia em intervenções confortadoras tendo um olhar crítico a medidas de futilidade terapêutica naquela situação concreta, e uma especial atenção às decisões multidisciplinares acerca da manutenção de vida daquela pessoa. A decisão pela suspensão das medidas de suporte de vida instituídas foi ponderada e pôde contribuir para a minha consciência sobre a obstinação terapêutica, fazendo-me lembrar da função do enfermeiro de quem nos falava Virgínia Henderson: o acompanhamento na morte serena que ele desejaria se tivesse condições para tal (Henderson, 1966).

Criei também num novo entendimento sobre como a família encara todos os esforços investidos num ambiente de cuidados intensivos, muitas vezes encarando-o como apaziguador do luto na medida em que sentem que tudo foi feito em prol da vida. Em última análise, a imagem de última linha de cuidados com que este ambiente de cuidados é visto pelas famílias que acompanham o fim de vida dos seus entes, reforça a premência na reflexão sobre a humanização dos cuidados de fim de vida na UCI.

Inquestionavelmente a minha passagem pela UCICCT mostrou-me como, também aqui, os cuidados altamente diferenciados acompanham uma lógica de prática baseada em evidência. A existência de complexos protocolos de atuação comprova em certa parte esta preocupação em prestar cuidados de uma forma universalizada e assente nas melhores práticas conhecidas pela evidência. Reservei um tempo particular para esta exploração de conhecimentos pela consulta das normas e procedimentos, algoritmos e protocolos de atuação existentes no serviço compreendendo como estes estavam presentes na prática diária de cuidados. Constatei que havia, entre outras temáticas pertinentes, uma preocupação sobre o controlo ambiental da UCICCT, nomeadamente no que diz respeito ao conforto ambiental, em particular à minimização de ruído, mas uma ausência de práticas promotoras do sono da pessoa em UCI.

Creio que foi aqui que identifiquei uma oportunidade de contribuir em práticas melhoradas pela evidência, lembrando todo o envolvimento com a pesquisa realizada para a elaboração da revisão sistemática da literatura apresentada no capítulo anterior. Assim, encontrando potencial para ver alcançado o segundo objetivo específico para esta experiência de estágio, contribui para a promoção da qualidade do sono na pessoa em situação crítica no contexto de UCI. Estando consciente da importância da implementação de protocolos “*Quiet Time*”

nas unidades de terapia intensiva pela evidência, sabia que o meu contributo passaria pela construção e divulgação de uma Norma de Procedimento de promoção de qualidade de sono para aprovação e implementação na realidade da UCICCT. A proposta de criação desta Norma de Procedimento em coautoria com a enfermeira orientadora e a colega que, além de partilhar comigo o processo de investigação da revisão sistemática de literatura experienciou também a realidade da UCICCT como local de estágio, foi recebida com grande receptividade por parte da equipa de enfermagem do serviço. Destaco em particular esta atividade planeada de forma a responder ao objetivo específico dedicado á temática de interesse transversal aos estágios, e que pode agora ser consultada no Apêndice I deste relatório, para além da complementaridade de intervenções promotoras do sono que vinha integrando na minha prática diária de cuidados já sensibilizada desde o contexto de estágio anterior. O meu contributo nesta intervenção, ainda que inaugural na minha experiência profissional, habilitou-me para a gestão e melhoria da qualidade de cuidados prestados, desejando-os cada vez mais fundamentados na evidência.

Em jeito final de retrospeção à experiência na UCICCT para o desenvolvimento de competências de especialidade, não poderia finalizar sem destacar todos os momentos que, pelo acompanhamento da enfermeira orientadora nas suas funções de coordenação, inspiraram, uma vez mais, a reflexão acerca do papel do enfermeiro especialista enquanto gestor e líder. A proximidade diária com as intervenções de gestão e coordenação do serviço; com as medidas de promoção de ambientes terapêuticos seguros e minimização de risco pela sua responsabilização na verificação e testagem de equipamento complexo e essencial para a prestação de cuidados; com o seu dinamismo enquanto elo de referência nos programas de melhoria de cuidados pela sua envolvimento com processos de auditoria; enriqueceu este caminho de construção da identidade de especialista.

### 2.3 CREDITAÇÃO DO ESTÁGIO “VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA”

Embora o foco deste relatório seja dividido, em grande parte, nos dois contextos nos quais desenvolvi o estágio final anteriormente analisados, importa tecer breves considerações sobre a creditação ao estágio da unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica” contemplada no plano de estudos do presente curso de mestrado ao abrigo da regulamentação (Art. 45º Decreto-Lei nº74/2006).

A equivalência neste estágio foi concedida pela análise de mais de sete anos de experiência profissional em contexto de bloco operatório, nos quais, de forma gradualmente mais complexa, fui pugnando por uma prática que hoje poderá ser refletida sob a lente das competências de especialidade. É bem evidente que um percurso profissional se desenvolve por etapas progressivamente de maior complexidade, em que a aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos e competências se caracterizam por uma capacidade de resposta expressa em cuidados de enfermagem seguros, eficazes, autónomos e personalizados às necessidades da pessoa a vivenciar processos cirúrgicos complexos no seu processo de doença. Assim, hoje desempenho funções enquanto enfermeira de apoio a anestesia, circulante, instrumentista e/ou de apoio e vigilância a cuidados pós-anestésicos. Ainda que de esferas de ação diferentes mas complementares, o desempenho destas funções dentro do bloco operatório compatibiliza-se com o nível de competências que podemos rever no perfil de competências comum do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Em bom rigor, o meu cuidado á pessoa que vive um processo cirúrgico complexo associado á sua doença aguda ou crónica<sup>19</sup> começa no momento do acolhimento ao bloco operatório onde sou o rosto de uma experiência que se quer o menos negativa possível, pelas habilidades comunicacionais que mobilizo para o controlo da ansiedade que reveste a pessoa sujeita ao carácter invasivo dos cuidados cirúrgicos no período pré-operatório e pelo estabelecimento de relação de ajuda numa ótica de parceria de cuidados que marca a confiança necessária neste ambiente. Prossigo cuidados de enfermagem intraoperatórios que se regem pela gestão de prioridades na satisfação de necessidades inerentes aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos; pela vigilância contínua de forma a antecipar potenciais focos de instabilidade e agindo em conformidade minimizando o risco de complicações; pela atuação eficaz, segura e em tempo útil em resposta a eventos de cariz urgente/emergente; e finalmente pela promoção na recuperação pós-cirúrgica.

Em bloco operatório o controlo ambiental é também competência intransponível do enfermeiro, otimizando o ambiente<sup>20</sup> para a minimização de riscos e garantia de segurança nos cuidados ao doente cirúrgico e à equipa intraoperatória. Exemplo disso assiste-se pela minha exigência no cumprimento dos requisitos do programa nacional de Cirurgia Segura

---

<sup>19</sup> “1- Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” – Reg. n°429/2018, 2018.

<sup>20</sup> “2- Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica” – Reg. n°429/2018;

no tempo peri-operatório; na elaboração de registos documentais rigorosos que me permitam garantir continuidade de cuidados e rastreabilidade de medidas de segurança; pelas capacidades de liderança em sala operatória de que me recurso para a deteção precocemente de riscos evitáveis e antecipação de medidas minimizadoras de exposição a estes.

Finalmente, podemos analisar a pertinência da minha atuação em bloco operatório estando capacitada por uma aprofundada base de conhecimento e evidência sobre prevenção e controlo de infeção. Enquanto elemento competente no domínio da prevenção e controlo de infeção<sup>21</sup>, rejo-me por práticas conscientes para o necessário e absoluto respeito pela assepsia cirúrgica na minha instrumentação; dinamizo e faço uso das minhas habilidades formativas para difundir informação e auditar procedimentos no âmbito do controlo de infeção, como é bem sabida, por exemplo, a técnica de lavagem das mãos ou a garantia de esterilidade dos instrumentos cirúrgicos.

Em suma, a minha experiência profissional num contexto de cuidados tão particular como o bloco operatório vem-me mostrando como estão intrínsecas certas competências profissionais que se coadunam com a pertinência da especialização em enfermagem.

---

<sup>21</sup> “3- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” – Reg. n°429/2018.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório, que agora se encerra, é assumidamente o reflexo de um percurso académico que procurou edificar uma identidade especializada dos cuidados em Enfermagem. Orientado sob o perfil de competências comuns e específicas que define o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, este processo de desenvolvimento de habilidades profissionais gerou uma expectável e marcante evolução na afirmação e crescimento pessoal e profissional.

Cumprindo o seu propósito avaliativo de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, associado ao reconhecimento de competências de mestre adquiridas pela frequência deste segundo ciclo de estudos, este trabalho pretendeu aproximar-se da corrente conceptual de uma “enfermagem avançada” (Paiva e Silva, 2007).

O trabalho reflexivo emergido das experiências em estágio que se deram a conhecer foi na verdade uma poderosa ferramenta para a consciencialização da responsabilidade do enfermeiro especialista nos cuidados de saúde, por forma a que hoje possamos compreender os moldes em que este percurso se fez visto que “os profissionais são atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.16).

Em retrospectiva, o percurso de aquisição e validação de competências que este trabalho ambicionou partilhar, possibilitou a criação de um novo entendimento sobre o âmago da profissão. As experiências vividas em contexto de estágio permitiram esclarecer a pertinência do enfermeiro especialista enquanto gestor de cuidados e sobretudo enquanto mobilizador de conhecimento e habilidades para gestão de recursos humanos num serviço onde se mostra uma mais valia. Inquestionavelmente, esta curva de aprendizagem e apuramento de competências profissionais prévias enriqueceram o meu poder argumentativo e alicerçaram segurança e fundamentação à minha capacidade de tomada de decisão numa ótica de tanto de autonomia quanto de multidisciplinidade numa relação terapêutica centrada na pessoa. Assisti à estimulação da minha criatividade quando me vi em posição de

gestora de recursos, muitas vezes escassos, para corresponder à minha exigência de prestação de cuidados de qualidade, humanizados e em tempo útil. O auto conhecimento sobre as minhas capacidades de resposta a pressões e contrariedades foi sendo desenvolvido de uma forma consistente e possível graças à riqueza de oportunidades vivenciadas nos ambientes de criticidade onde me dissolvi e que serviram de base aos meus processos reflexivos e de aquisição de competências. Ainda nesta linha de pensamento, hoje o meu contexto de profissional testemunha a minha promoção pelo pensamento crítico no outro, reconheço-me e sou reconhecida enquanto agente ativo na transmissão de conhecimento com vista à mudança das práticas.

A riqueza das experiências deste percurso esteve acompanhada de dificuldades e limitações que tornaram inevitavelmente este processo um desafio de superação e crescimento. A minha maior dificuldade na delegação de funções; a, por vezes difícil, gestão emocional na confrontação com as minhas próprias limitações impostas pelo tempo e recursos (in)disponíveis em situações críticas; e as notórias restrições na interação com as famílias exigidas pelas medidas de contenção relacionadas com o período pandémico que vivemos, foram os principais desafios nesta experiência.

Com os olhos postos no futuro, vamos assistindo a uma cada vez maior valorização do bem-estar e do conforto nas vidas das pessoas. Acreditamos que a escolha pela temática de interesse sobre a compreensão das experiências de sono das pessoas em situação crítica, ao qual a revisão sistemática da literatura muito contribuiu ao seu entendimento e alcance, é não somente a constatação de que caminhamos numa parceria de cuidados e tomada de decisão com o nosso alvo de cuidados a viver transições complexas como também caminhamos para o domínio de soluções terapêuticas que promovam a recuperação e o bem-estar. As exigências em cuidados de saúde mais diferenciados requerem necessariamente um acompanhamento na diferenciação da profissão de Enfermagem na mesma medida, e neste âmbito este percurso assume-se como mais um passo dado na procura da excelência de cuidados de Enfermagem. A evolução pelos paradigmas de Enfermagem vem nos conduzindo à apropriação de uma prática com mais raízes conceptuais que nos afastam de um modelo biomédico de cuidados, oferecendo-nos estruturas teóricas que fundamentam a práxis e reafirmam a profissão enquanto disciplina.

Este percurso, formalmente finalizado com este testemunho, é na verdade apenas o primeiro passo na transformação da minha identidade profissional que me enriqueceu com novas

perspetivas sobre o cuidar que presto no meu dia a dia. A capacitação para a tomada de decisão mais fundamentada e segura, a responsabilização pela promoção de uma cultura profissional de prática baseada em evidência, a motivação para a liderança, e a reflexão continuada sobre os cuidados foram, sem dúvida, os ganhos adquiridos deste desafio, que na verdade só agora começa.

## BIBLIOGRAFIA

Almeida, B., Silva, P., Souza, J. & Magro, M. (2016). Sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico. *Journal of nursing UFPE online*, 10(12), 4494-4500. doi:10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201609

American Thoracic Society (2005). Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 171(4), 388-416. doi:10.1164/rccm.200405-644ST

Apóstolo, J.L. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 2(9), 61-67.

Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. doi:10.46658/JBIMES-20-01

Beltrami, F.G., Nguyen, X.L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B. & Fagondes, S. (2015). Sleep in the intensive care unit. *Jornal brasileiro de pneumologia*, 41(6), 539-546. doi:10.1590/S1806-37562015000000056

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Buysse, D.J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9-17. doi:10.5665/sleep.3298

Carskadon, M.A. & Dement, W.C. (2005). Normal human sleep: an overview. In: M.H. Kryger, T. Roth & W.C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (4<sup>th</sup> ed.). (pp. 13-23). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica, os fundamentos existencial-humanísticos da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Costa, S.V. & Ceolim, M.F. (2013). Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista da escola de enfermagem USP*, 47(1), 46-52. doi:10.1590/S0080-62342013000100006

Decreto-Lei nº161/1996 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I série-A, nº205/96. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Decreto-Lei nº74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Diário da República: I série-A nº60/06. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/67138>

Decreto-Lei nº115/2013 do Ministério da Educação e Ciência (2013). Diário da República: 1ª série, nº151/13. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/498487>

Despacho nº10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: 2ª série, nº153/14. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. (s/l): Almedina.

Direcção-Geral da Saúde (2001). *Rede Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2015). *Norma nº021/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Retirado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>

Direcção-Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Retirado de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Direcção-Geral da Saúde (2018). *Norma nº002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

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

- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I. & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive and critical care nursing*, 31(6), 325-335. doi:10.1016/j.iccn.2015.07.001
- Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Medicina Intensiva*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005.
- Fink, A.M. (2020). Sleep Neurobiology and the Critical Care Environment. *Critical care nurse*, 40(4), e1-e6. doi:10.4037/ccn2020432
- Freedman, N. S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A. I., & Schwab, R. I. (2001). Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 163(2), 451-457. doi:10.1164/ajrccm.163.2.9912128
- Gellerstedt, L., Medin, J., Kumlin, M. & Karlsson, M. R. (2015). Nurses' experiences of hospitalised patients' sleep in Sweden: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3664-3673. doi:10.1111/jocn.12985
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education*. Nova Iorque: Macmillian Company.
- Hesbeen, W. (2002). *A reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência,
- Hopper, K., Fried, T. R., & Pisani, M. A. (2015). Health care worker attitudes and identified barriers to patient sleep in the medical intensive care unit. *Heart & lung: the journal of critical care*, 44(2), 95-99. doi:10.1016/j.hrtlng.2015.01.011
- Kamdar, B.B., Needham, D.M. & Collop, N.A. (2012a). Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psycho-logical recovery. *Journal of intensive care medicine*, 27(2), 97-111. doi:10.1177/0885066610394322

- Kamdar, B. B., Shah, P.A., King, L. M., Kho, M.E., Zhou, X., Colantuoni, E., ... Needham, D. M. (2012b). Patient-Nurse Interrater Reliability and Agreement of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire. *American journal of critical care*, 21(4), 261–269. doi:10.4037/ajcc2012111
- Klompas, M., Branson, R., Eichenwald, E., Greene, L., Howell, M., Lee, G., ... Berenholtz, S. (2014). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospital: 2014 update. *Infection control and hospital epidemiology*, 35(S2). 133-154. doi:10.1086/677144
- Knauert, M.P., Pisani, M., Redeker, N, Murphy, T., Araujo, K., Sangchoon, J. & Yaggi H. (2019). Pilot study: an intensive care unit sleep promotion protocol. *BMJ open respiratory research*. 6(1), 1-6. doi:10.1136/bmjresp-2019-000411
- Knauert, M.P., Redeker, N.S., Yaggi, H.K., Bennick, M. & Pisani, M.A. (2018). Creating Naptime: an overnight, nonpharmacologic intensive care unit sleep promotion protocol. *Journal of patient experience*, 5(3), 180-187. doi:10.1177/2374373517747242
- Kolcaba, K. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of holistic nursing*, 13(2), 117-131.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Nova Iorque: Springer.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo as competências dos profissionais* (3ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lei nº 156/2015 da Assembleia da República (2015). Diário da República: 1ª série, nº 181/15. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lewandowska, K., Medrzycka-Dabrwska, W., Pilch, D., Wach, K., Fortunato, A., Krupa, S., & Ozga, D. (2020). Sleep Deprivation from the Perspective of a Patient Hospitalized in the Intensive Care Unit – Qualitative Study. *Healthcare*, 8(3), 351. doi:10.3390/healthcare8030351
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed). Pennsylvania: Wolters Kluwer/ Lippincott; Williams & Wilkins.

Nesbitt, L. & Goode, D. (2014). Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review. *Intensive and critical care nursing*, 30(4), 231-235 doi:10.1016/j.iccn.2013.12.005.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retirado de [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)

Pisani, M.A., Friese, R.S., Gehlbach, B.K., Schwab, R.J., Weinhouse, G.L. & Jones, S.F. (2015). Sleep in the intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care Medicine*, 191(7), 731-738. doi:10.1164/rccm.201411-2099CI

Regulamento nº429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: 2ª série, nº135/18. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: 2ª série, nº26/19. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Serrano, M.T., Costa, A. da S. & Costa, N.M. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Referência*, III(3), 15-23.


Silva, R.C. & Ferreira, M.A. (2014). Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da enfermagem fundamental. *Revista brasileira de enfermagem*, 67(1), 111-118. doi:10.5935/0034-7167.20140015

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

Younis, M.B., Hayajneh, F. & Rubbai, Y. (2020) Factors influencing sleep quality among Jordanian intensive care patients. *British journal of Nursing*, 29(5), 298-302. doi:10.12968/bjon.2020.29.5.298

## **APÊNDICES**

# APÊNDICE I: Proposta de Norma de Procedimento: Promoção da Qualidade de Sono na UCI CCT

	<b>MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM</b> Promoção da Qualidade de Sono na UCI CCT	Edição: 2020 Revisão:00
---	--	----------------------------

## 1. Objetivos

- ✓ Uniformizar o procedimento de promoção da Qualidade do Sono;
- ✓ Descrever as intervenções para a promoção da Qualidade do Sono;
- ✓ Prevenir possíveis complicações associadas à má Qualidade do Sono.

## 2. Âmbito

Prestação de cuidados promotores da qualidade de sono dos utentes em permanência na UCI CCT.

## 3. Definições

<b>SONO</b>	<p>“É um estado neuro comportamental recorrente e reversível de relativo desligamento preceptivo e não responsivo ao meio ambiente. O sono é normalmente acompanhado (em humanos) por decúbito postural, quiescência comportamental e olhos fechados (...)” (1, p.13).</p> <p>“Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado; acompanhado de não consciente; diminuição do metabolismo, postura imóvel, atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (2, p.85).</p> <p>O sono é um processo complexo e multidimensional, alvo de crescente investimento na compreensão da sua estrutura e função. É durante o sono que se processam importantes mudanças fisiológicas com vista à homeostasia, aos processos cognitivos e processos de reparação orgânica (1,3). Compreende na sua arquitetura a divisão entre sono NREM (<i>non-rapid eye movement</i>) e sono REM (<i>rapid eye movement</i>) distintos pelas suas distintas observações físicas e eletroencefalográficas hoje conhecidas. O sono normal humano contempla cerca de 4 a 6 ciclos de 90 a 100 minutos onde se assiste à alternância de períodos de sono NREM (subdivididos em três estadios N1, N2, N3) e REM. O conhecimento sobre o sono permite uma mais profunda compreensão sobre as disrupções e afetações deste processo fisiológico num ambiente de cuidados de grande estimulação externa como as unidades de medicina intensiva onde a evidência nos vem mostrando que o sono dos utentes é altamente fragmentado e de má qualidade (3-5).</p> <p>Muitos têm sido os estudos que evidenciam um sono de má qualidade em contexto de UCI, comprovando objetivamente a minimização de estadios de sono profundo e reparador (NREM N3 e REM), marcada fragmentação do sono e alterações no ciclo circadiano, em</p>
-------------	--

	<p>grande parte pelo ambiente de elevada estimulação sensorial característico destas unidades <sup>(5)</sup>.</p>
<p><b>QUALIDADE DO SONO</b></p>	<p>Pela evidência podemos relacionar qualidade do sono com o conceito de saúde do sono, este definido como: “um padrão multidimensional de vigília-sono, adaptado às exigências individuais, sociais e ambientais, que promove o bem-estar físico e mental. A boa saúde do sono é caracterizada por satisfação subjetiva, tempo apropriado, duração adequada, alta eficiência e estado de alerta sustentado durante as horas de vigília” <sup>(6, p.12)</sup>.</p> <p>O sono como processo complexo é influenciável por inúmeros fatores. Younis (2020) conclui que existe uma correlação significativa entre o ambiente de UCI e a qualidade de sono avaliada <sup>(7)</sup>. Vários autores referem que as UCIs são locais propensos à má qualidade do sono, pelas suas características inerentes <sup>(3-5;8-10)</sup>. É nesse sentido que inúmeros estudos se dedicam à procura dos principais fatores responsáveis pela pobre qualidade do sono, surgindo dois grandes conjuntos: fatores intrínsecos maioritariamente relacionados com o conforto e fatores ambientais. São exemplo de fatores ambientais: a luminosidade, o ruído e a prestação de cuidados; e de fatores intrínsecos: a ansiedade, <i>stress</i>, medo e dor <sup>(3,5,8-11)</sup>.</p> <p>A má qualidade do sono tem um impacto negativo na saúde física e psíquica, estando associado a piores resultados na recuperação de doentes hospitalizados em UCI <sup>(4,5,10)</sup>. As consequências desta problemática parecem ter um atingimento multisistémico, desde o sistema cardiovascular, respiratório, metabólico, imunológico e neurológico <sup>(3,5)</sup>.</p> <p>Existem diversos métodos de avaliação do sono objetivos e subjetivos. No âmbito dos instrumentos objetivos a polissonografia (PSG) – leitura e padrão das ondas cerebrais, atividade muscular e no eletro-oculograma – surge como método <i>gold standard</i> porém, pelos custos e pelas dificuldades práticas associados à sua aplicação, têm sido aceites alternativas como a actigrafia – sensor que distingue períodos de sono e vigília com base em movimentos corporais - e o bispectral índice. Instrumentos subjetivos têm sido utilizados para avaliar o sono em doentes críticos e da investigação encontramos várias escalas validadas em comparação à PSG. Assim, escalas como a <i>Richards-Campbell Sleep Questionnaire</i> (RSCQ) que avalia o sono em cinco dimensões (profundidade, latência, fragmentação, tempo de vigília e qualidade do sono) têm sido adotadas com algumas limitações, sendo, de momento, a forma mais acessível para avaliar a eficácia das intervenções <sup>(3,5,12)</sup>.</p>

#### 4. Referências

- 1) Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2005:13-23.
- 2) International Council of Nurses (ICN). CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros. 2016 Mai.
- 3) Kamdar BB, Needham DM, Collop NA. Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. J Intensive Care Med [Internet]. 2012 Mar;27(2):97-111. DOI:10.1177/0885066610394322

- 4) Fink AM. Sleep Neurobiology and the Critical Care Environment. Crit Care Nurse [Internet]. 2020 Ago;40(4):e1-e6. DOI:10.4037/ccn2020432
- 5) Beltrami FG, Nguyen XL, Pichereau C, Maury E, Fleury B, Fagondes S. Sleep in the intensive care unit. J Bras Pneumol [Internet]. 2015 Nov/Dez;41(6):539-546. DOI:10.1590/S1806-37562015000000056
- 6) Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter?. Sleep [Internet]. 2014 Jan;37(1):9-17. DOI:10.5665/sleep.3298
- 7) Younis MB, Hayajneh F, Rubbai Y. Factors influencing sleep quality among Jordanian intensive care patients. Br J Nurs [Internet]. 2020 Mar;29(5):298-302. DOI:10.12968/bjon.2020.29.5.298
- 8) Almeida B, Silva P, Souza J, Magro M. Sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico. Ver Enferm UFPE [Internet]. 2016 Out; 10(12): 4494-4500. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201609
- 9) Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2013 Feb;47(1):46-52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100006&lng=en)
- 10) Pisani MA, Friese RS, Gehlbach BK, Schwab RJ, Weinhouse GL, Jones SF. Sleep in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2015 Abr;191(7):731-738. DOI:10.1164/rccm.201411-2099CI
- 11) Knauert MP, Redeker NS, Yaggi HK, Bennick M, Pisani MA. Creating Naptime: an overnight, nonpharmacologic intensive care unit sleep promotion protocol. J Patient Exp [Internet]. 2018 Set;5(3):180-187. DOI:10.1177/2374373517747242
- 12) Bourne RS, Minelli C, Mills GH, Kandler R. Clinical review: Sleep measurement in critical care patients: research and clinical implications. Crit Care [Internet]. 2007;11(4):226. DOI:10.1186/cc5966
- 13) Mabasa VH, Suchorowski K, Thomas C, Su G. A standardized structured approach to improving sleep quality in the intensive care unit: SLEEP-MAD. Can J Crit Care Nurs [Internet]. 2018;29(2):62-64. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130842061&lang=pt-br&site=ehost-live>
- 14) Aparício C, Panin F. Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review. Br J Nurs [Internet]. 2020 Jul;29(13):770-776. DOI:10.12968/bjon.2020.29.13.770

## 5. Responsabilidades

- Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirúrgica Cardioráquia [REDACTED]

## 6. Descrição

### 6.1 Orientações Gerais

- A promoção da qualidade do sono é efetuada a partir de um conjunto de ações que visam promover o conforto, diminuindo os estímulos perturbadores do padrão de sono, prevenindo complicações orgânicas, fisiológicas e psíquicas.
- Tratam-se de recomendações no sentido de uma prática baseada em evidência <sup>(13,14)</sup>.
- Autores como Knauert (2018) provaram que as horas mais significativas na aplicação de medidas promotoras de sono centram-se entre as 00H e as 06H, sendo este o período preferencial considerado na implementação de estratégias confortadoras.

- A importância de registar diariamente a avaliação subjetiva do utente sobre a sua perceção da qualidade do sono permite uma planificação adequada de estratégias promotoras de sono.
- As medidas não farmacológicas são uma primeira abordagem na promoção da qualidade do sono, contudo admite-se a eventual necessidade de serem complementadas com medidas farmacológicas no âmbito da intervenção interdisciplinar.
- As ações de carácter urgente/emergente, e por isso atos inadiáveis, conferem motivo válido para a interrupção das medidas promotoras do sono.

## 6.2 Recursos

- . Tampões auriculares (se aplicável)
- . Vendas oculares (se aplicável)
- . Sinalética de sensibilização de período de repouso “*Quiet Time*” (se aplicável)
- . Folha de auditoria interna

## 6.3 Procedimento

Domínios	Intervenção	Justificação
<i>Controlo do Ruído</i>	<p>.Providenciar tampões auriculares ao doente, se aplicável;</p> <p>.Personalizar os limites de alarmes sonoros do monitor e equipamentos;</p> <p>.Diminuir volume dos alarmes sonoros ao limite mínimo aceitável;</p> <p>.Suspender alarmes sonoros dispensáveis durante o período noturno;</p> <p>.Suspender temporariamente os alarmes sonoros da monitorização antes da realização de procedimentos (colheita de sangue em linha arterial, elevação de cabeceiras ou alternância de decúbitos, ...);</p> <p>.Proceder à substituição de seringas e bombas perfusoras de forma antecipada ao alarme sonoro do seu término;</p> <p>.Desligar rampas de aspiração e de oxigénio sempre que não estão a ser utilizados;</p> <p>.Reduzir ao mínimo possível o volume sonoro do telefone de serviço da unidade e silenciar telefones pessoais;</p> <p>.Minimizar níveis de ruído durante diálogos e momentos de passagem de turno durante o período noturno;</p>	<p>Minimizar estímulos sonoros</p> <p>Reduzir fontes de ruído</p> <p>Minimizar o disparo de alarmes de monitorização desnecessários e/ou que não transmitem dados reais</p> <p>Minimizar fontes de ruídos previsíveis</p> <p>Eliminar fontes de ruído evitáveis</p>

<p><i>Controlo do Ruído</i></p>	<p>.Permitir portas fechadas nas unidades sempre que possível não comprometendo vigilância;</p> <p>.Minimizar entrada e saída de elementos dispensáveis nas unidades dos utentes;</p> <p>.Prever a necessidade de antecipar atividades ruidosas (esvaziamento de lixos, limpeza de unidade, ...);</p> <p>.Colocar sinalética de sensibilização de período “<i>Quiet Time</i>” na porta da unidade a partir das 23H, se aplicável.</p>	<p>Criar barreiras à propagação do som</p> <p>Minimizar episódios de fragmentação do sono</p> <p>Alertar de forma visual o período de repouso a decorrer</p>
<p><i>Controlo de Luminosidade</i></p>	<p>.Providenciar venda ocular ao utente, se aplicável;</p> <p>.Diminuir intensidade das luzes da unidade no período noturno recorrendo a pontos de luz individualizados de baixa intensidade aquando necessidade de melhorar condições de visibilidade para atividades inadiáveis (ex: lanternas, focos de luz direcionáveis, ...)</p> <p>.Regular a intensidade da luminosidade dos monitores próximos da cabeceira do utente;</p> <p>.Individualizar a unidade do utente não comprometendo a vigilância contínua;</p> <p>.Permitir exposição solar natural sempre que possível durante o período diurno;</p>	<p>Minimizar estimulação visual</p> <p>Conferir escurecimento</p> <p>Minimizar fragmentação do sono</p> <p>Criar barreiras físicas à luz</p> <p>Respeito pelo ciclo circadiano</p>
<p><i>Controlo de Temperatura</i></p>	<p>.Medir temperatura corporal do utente;</p> <p>.Providenciar recursos para aquecimento corporal;</p> <p>.Atentar para a necessidade de arrefecimento corporal;</p>	<p>Garantir temperatura ambiente adequada e promover conforto</p>
<p><i>Gestão de Horário de Atividades</i></p>	<p>.Adequar rotinas de cuidados de enfermagem face às necessidades individualizadas;</p> <p>.Protelar ações não prioritárias para um horário mais tardio, quando clinicamente aceitável;</p>	<p>Adequar intervenções de forma a minimizar fragmentação do sono</p>
<p><i>Conforto Físico e Sensorial</i></p>	<p>.Verificar as condições do leito do utente (humidade, sujidade, lençóis esticados...);</p> <p>.Garantir posicionamentos assegurando alinhamento corporal e alívio de zonas de pressão;</p> <p>.Prestar massagem de relaxamento corporal, salvo contra-indicações clínicas;</p>	<p>Proporcionar conforto</p> <p>Minimizar risco de dor</p> <p>Garantir outras técnicas de relaxamento</p>

<i>Controlo da Dor</i>	<p>.Avaliar dor de acordo com escala adequada, caracterizando-a;</p> <p>.Proporcionar alívio de dor com medidas não farmacológicas e gerir administração de terapêutica analgésica prescrita;</p> <p>.Antecipar terapêutica analgésica prescrita antes de procedimentos potencialmente álgicos (mobilizações, aspiração de secreções, ...);</p>	Monitorizar nível de intensidade de dor, adequando intervenções para proporcionar conforto
<i>Vigilância Ventilatória</i>	.Atentar a sinais de dessincronia ou desadaptação ventilatória no utente sob ventilação mecânica;	Proporcionar conforto num padrão respiratório mais próximo do fisiológico
<i>Conforto Psicoespiritual</i>	<p>.Promover disponibilidade e escuta ativa para verbalização de medos;</p> <p>.Utilizar estratégias comunicacionais na minimização da ansiedade e fazer uso do toque terapêutico como meio de transmissão de confiança e redução de <i>stress</i>;</p> <p>.Estar presente, apresentando-se e disponibilizando meios de chamada;</p> <p>.Discutir com equipa clínica a necessidade de implementação de estratégias farmacológicas ansiolíticas;</p>	Personalizar os cuidados de enfermagem através do estabelecimento da relação terapêutica por forma a tranquilizar o utente
<i>Gestão Terapêutica</i>	<p>.Considerar a necessidade de recurso a terapêutica farmacológica indutora do sono;</p> <p>.Gerir administração terapêutica conjuntamente com equipa clínica em horário adequado;</p>	Adequar intervenções para minimizar a fragmentação do sono

## 6.5 Registos

Avaliação subjetiva do padrão de sono e uma estimativa sobre o tempo total de sono durante o período noturno, no sentido de permitir avaliação das intervenções e continuidade de cuidados.

## 7. Anexos

I. Folha de Auditoria Interna para Avaliação da Promoção da Qualidade na UCI CCT.

II. Sinalética de sensibilização ao período de repouso “*Quiet Time*” para afixação.

III. Poster-resumo das medidas confortadoras da Promoção do Sono na UCI.

<p>ELABORADO POR:</p> <p>Rita        Andreia Correia    Almeida</p> <p>Data: Dezembro.2020</p>	<p>REMETIDO A APROVAÇÃO</p> <p>Diretora enfermagem</p> <p>Data: __/__/__</p>
--	--

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM**

I. Folha de Auditoria Interna para Avaliação da Promoção da Qualidade na UCI CCT.

Edição: 2020

Revisão:00

**ANEXOS**

Folha de Auditoria Interna - Norma: Promoção da Qualidade do Sono na UCI CCT		Área Física:
Auditor:	Data:	Hora:

	Itens a verificar	Sim	Não	N/A	Observações
Controlo do Ruído	Providenciados tampões auriculares ao utente?				
	Personalizados os limites dos alarmes sonoros dos monitores e equipamentos da unidade do utente, tanto quanto possível, durante o período noturno?				
	Diminuído volume dos alarmes sonoros ao limite mínimo aceitável e suspensos temporariamente os alarmes de monitorização antes da realização de procedimentos? (ex: colheita de sangue em linha arterial, elevação de cabeceira, alternância de decúbitos, ...)				
	Procede-se à substituição de fármacos em seringas e bombas perfusoras de forma antecipada ao alarme sonoro do seu término?				
	Desligadas rampas de aspiração e de oxigénio sempre que não estão em utilização?				
	Reduzido, ao mínimo possível, o volume sonoro do telefone de serviço da unidade?				
	Minimizadas níveis de ruído durante diálogos e momentos de passagem de turno durante o período noturno?				
	Foram antecipadas atividades potencialmente ruidosas (ex: esvaziamento de lixos, limpeza de unidade, rotinas, testes de equipamentos...)?				
	Colocada sinalética de sensibilização de período "Quiet Time" na porta da unidade a partir das 00H?				
Controlo de Luminosidade	Providenciadas vendas oculares ao utente?				
	Diminuída intensidade das luzes da unidade no período noturno?				
	Regulada a intensidade da luminosidade dos monitores próximos da cabeceira do utente?				
	Individualizada a unidade do utente com cortinas, não comprometendo a vigilância contínua?				
	Recorrem-se a pontos de luz individualizados de baixa intensidade aquando necessidade de melhorar condições de visibilidade para atividades inadiáveis (ex: lanternas, focos de luz direcionáveis, ...)?				
Controlo de Temperatura	Há evidência de registo de controlo de temperatura do utente?				
	Estão disponíveis recursos para aquecimento corporal do utente (ex: cobertores, aquecedores de ar controlado, ...)?				
Conforto Físico	Estão assegurados os posicionamentos corporais adequados considerando as melhores condições do leito do utente?				
Gestão de Dor	Há evidência de avaliação do nível de dor segundo escala apropriada, e necessidade de intervenção analgésica?				

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM**I. Folha de Auditoria Interna para Avaliação da Promoção da Qualidade na UCI  
CCT.

Edição: 2020

Revisão:00

**ANEXOS**

<b>Gestão Terapêutica</b>	Foi considerada a necessidade de recurso a terapêutica farmacológica indutora do sono?				
	Gerida prescrição de terapêutica indutora do sono consoante horário adequado?				
Subtotal					
* IQ = $\frac{\text{Total respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}}$ x 100 = (IQ) de ___ % de conformidade* Total de respostas aplicáveis		Índice	%		



Norma: Promoção da Qualidade do Sono  
UCI de Cirurgia Cardiotorácica

QUIET  
TIME



Promover conforto; Minimizar dispositivos; Avaliar dor e garantir analgesia;  
Escutar a pessoa, aliviar ansiedade e medos;  
Assegurar temperatura ambiente adequada;

Desligar luzes de corredor e teto da unidade até as 06h00;  
Usar luzes individuais de baixa intensidade na unidade do doente;  
Reduzir luz dos monitores; Individualizar espaços com cortinas;

Ajustar parâmetros no monitor e outros dispositivos;  
Reduzir volume dos alarmes; Reduzir ruídos (voz, telemóveis, etc)  
Antecipar término de infusões em seringa ou bomba infusora;

Reduzir interrupções no sono: prever intervenções e reorganizar rotinas;  
Restringir atividades não urgentes;  
Gerir regime terapêutico;

Avaliar e registar padrão de sono;  
Envolver equipa multidisciplinar — Considerar estratégias farmacológicas.

00h30  
às  
06h00

Elaborado por:  
Enfª Rita Correia  
Enfª Andreia Almeida

Bibliografia disponível em  
Proposta de Norma:  
Promoção de Qualidade  
do Sono na UCI CCT.



Leia-me aqui!