



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

**CUIDADO ESPECIALIZADO: O SONO ENQUANTO
NECESSIDADE**

SPECIALIZED CARE: SLEEP AS NEEDED

Por
Andreia Almeida

Lisboa – 2021

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

CUIDADO ESPECIALIZADO: O SONO ENQUANTO NECESSIDADE

Por
Andreia Almeida

Sob a orientação de Professora Doutora Filipa Veludo

Lisboa - 2021

*“Para ser Grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

Fernando Pessoa

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

“Agradecer o bem que recebemos é retribuir um pouco do bem que nos foi feito”

Augusto Branco

À Prof.^a Doutora Filipa Veludo, por toda a orientação, disponibilidade e motivação que muito contribuiu para a concretização deste percurso;

Às enfermeiras orientadoras, por tão calorosamente me terem recebido e me terem indicando o caminho a seguir, por tudo o que me permitiram aprender e desenvolver;

À Rita, a minha companheira que caminhou ao meu lado desde o início. Ao reencontro, à amizade, estou grata pela partilha, pelo suporte e pelas risadas;

À Beatriz pela paciência, por me escutar e por estar sempre lá;

À minha família, aos meus pais, ao Tiago e à Matilde, pelo apoio incondicional, por aceitarem a minha ausência.

A todos o meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: No âmbito 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, emerge o presente relatório que corresponde ao culminar de um processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

Objetivo: O principal objetivo deste relatório é a avaliação de todo o processo de aprendizagem, desenvolvido através da apresentação dos contributos da investigação elaborada e da exposição das atividades executadas em estágio, e assim permitir a certificação de competências enquanto enfermeiro especialista e mestre.

Metodologia: Através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, apresenta-se o perfil de competências desenvolvido (mestre e especialista), suportado numa prática baseada na evidência e apurado durante o estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardioratória e Unidade de Queimados. Apresenta a Revisão Sistemática da Literatura de evidência de significado acerca do fenómeno do sono em pessoas e profissionais.

Resultados: Retrata habilidades pessoais, profissionais e académicas, remetendo para um conjunto de atitudes, valores e comportamentos inerentes a um cuidado especializado e ao desenvolvimento de competências de mestre. Expõe a criação da proposta de norma *Quiet Time* como atividade desenvolvida, com respetiva grelha de auditoria, sinalética e cartaz, com a finalidade da promoção do sono na Unidade de Queimados. A Revisão Sistemática realizada mostra a subjetividade da qualidade do sono com disparidades na sua valorização e, revela que a experiência do sono tem impacto não só na vivência da doença crítica *per si*, mas também no processo de recuperação.

Conclusão: Com base nas competências adquiridas, sustentando-me numa postura de reflexão na ação e sobre a ação, aliado a uma prática baseada na evidência, consegui abraçar intervenções de enfermagem especializadas, de uma forma holística, individualizada, segura e com a melhor qualidade.

Palavras-chave: *competências, cuidar, Enfermagem Médico-Cirúrgica, especialização, mestre, sono;*

ABSTRACT

Introduction: In the scope of the 13th Master's Course in Medical-Surgical Nursing with an area of specialization in Critical Care Nursing, by the Lisbon Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University, emerges this report that corresponds to the culmination of a process of development of specialized critical care nursing skills in the care of the person in critical situation.

Objective: The main objective of this report is the evaluation of the entire learning process developed through the presentation of the contributions of the research elaborated and the exposure of the activities performed in internship, and thus allow the certification of competencies as a specialist and master nurse.

Methodology: Through a descriptive, analytical and reflective methodology, the skills profile developed (master and specialist) is presented, supported by a practice based on evidence and determined during the internship in an Intensive Care Unit of Cardiothoracic Surgery and Burn Unit. It presents the Systematic Literature Review of evidence of meaning about the phenomenon of sleep in people and professionals.

Results: It portrays personal, professional and academic skills, referring to a set of attitudes, values and behaviors inherent to specialized care and the development of master skills. It exposes the creation of the proposal of quiet time standard as an activity developed, with its audit grid, signage and poster, with the purpose of promoting sleep in the Burn Unit. The Systematic Review shows the subjectivity of sleep quality with disparities in its appreciation and reveals that the experience of sleep has an impact not only on the experience of critical disease *per se*, but also in the recovery process.

Conclusion: Based on the skills acquired, supporting myself in a posture of reflection in action and on action, combined with a practice based on evidence, I was able to embrace the specialized nursing action, in a holistic, individualized, safe and with the best quality.

Keywords: *skills, care, medical-surgical nursing, specialization, master, sleep;*

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APA - American Psychological Association

BPS – NIP - Behavioral Pain Scale – Non Intubated Patient

CoViD-19 – Corona Virus Disease 2019

DGS - Direção geral da saúde

Enf.^a - Enfermeira

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

NANDA-I – North American Nursing Diagnosis Association - International

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PCR – Paragem Cardiorespiratória

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

Prof.^a - Professora

RCSQ - Richards-Campbell Sleep Questionnaire

RTUQ - Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICCT - Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

UCIs - Unidades de Cuidados Intensivos

UQ - Unidade de Queimados

UQs – Unidades de Queimados

WHO - World Health Organization

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	p. 17
1 - O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DO SONO NA PERSPETIVA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DOS ENFERMEIROS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO	23
1.1 – ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO DO SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	23
1.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	31
2.1 UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRÚRGIA CARDIOTORÁCICA	32
2.2 UNIDADE DE QUEIMADOS	46
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
APÊNDICES	i
APÊNDICE I – Revisão Sistemática da Literatura.....	ii
APÊNDICE III - Folha de Auditoria Interna para Avaliação da Promoção da Qualidade na Unidade de Queimados.	iv
APÊNDICE IV - Sinalética de Sensibilização ao período de repouso “Quiet Time” para afixação na Unidade de Queimados.	v
APÊNDICE V – Cartaz: Norma – Promoção da Qualidade do Sono na Unidade de Queimados.....	vi

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” concretizada no 3º semestre 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, emerge o presente manuscrito. Este, reflete um percurso repleto de aprendizagem, de evolução, de transformação, de crescimento profissional e pessoal. O presente relatório de metodologia expositiva sumariza o caminho ao longo de semanas - setembro de 2020 a março de 2021 - período que englobou a realização de estágio em contexto de prática clínica na área da especialização já explicitada e a concretização de uma revisão sistemática da literatura com vista à obtenção do grau académico de mestre e título de enfermeiro especialista.

Ao longo destes 11 anos de profissão num serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC), investi continuamente na investigação pela melhoria da qualidade e segurança do cuidado que presto, adotando uma atitude de ampliação e de desenvolvimento de competências, no sentido de dar resposta às necessidades individuais de cada pessoa. Portanto, a realização do 2º ciclo de estudos permitiu aprofundar capacidades, sendo fiel a uma prática baseada na melhor evidência, com vista aos cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 428/2018). Segundo o artigo n.º 88º na alínea c) do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), cumprindo o dever de manter a atualização de conhecimentos com recurso a formação permanente e aprofundada, este percurso académico contribuiu para assumir um conjunto de competências comuns que assentam nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão de cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Permitiu também a consolidação de competências específicas na minha área de especialização (Regulamento n.º 429/2018) com vista ao cumprimento do Despacho n.º 10319/2014 que no art.º 21º n.º 3 alínea c), que preconiza uma percentagem de enfermeiros especialistas na área da pessoa em situação crítica nos SUMC.

Assim, o principal objetivo deste relatório é permitir a reflexão sobre todo o processo de aprendizagem desenvolvido para a aquisição de competências de mestre e de especialista, especificamente:

- *Reconhecer as atividades e estratégias adotadas para atingir os objetivos traçado;*
- *Exibir a análise crítico-reflexiva efetuada sobre as intervenções desenvolvidas no estágio, através de uma prática baseada na evidência;*
- *Partilhar a investigação desenvolvida, os respetivos resultados e a sua aplicação prática enquanto reflexo do desenvolvimento de competências de mestre;*
- *Identificar as competências desenvolvidas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado à pessoa em situação crítica;*
- *Servir de instrumento de suporte à obtenção do título académico de mestre e profissional de Especialistas em provas públicas.*

Relativamente ao caminho percorrido importa deixar explícito que no planeamento deste ciclo de estudos está contemplada uma unidade curricular com estágio associado denominado “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, à qual foi-me atribuída creditação nos termos da lei (artigo n.º 16º ponto 6 alínea c) do Decreto-Lei n.º115/2013) e do regulamento da instituição académica, tendo em atenção o percurso profissional adquirido até então que, comprovadamente, habilitou competências da área de especialidade em desenvolvimento. Os restantes locais de estágio serão abordados ao longo do corpo do presente trabalho.

De acordo com o preconizado neste 2º ciclo de estudos e no sentido de contribuir para o corpo da Ciência de Enfermagem através da investigação, emergiu a necessidade de abordar um fenómeno de interesse na área de especialização, com uma metodologia científica, que permitisse desenvolver e aprofundar conhecimento à luz daquelas que são consideradas as competências de mestre (artigo n.º 15º ponto 1 do Decreto-Lei n.º 74/2006). A decisão conjunta, em coautoria, do fenómeno do sono na pessoa em situação crítica nasce da necessidade de respostas para uma problemática de relevância, identificada tanto pelos profissionais nos contextos clínicos, como pela evidência encontrada (Gellerstedt, Medin, Kumlin & Karlsson, 2015).

A opção metodológica adotada através da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura de Significado permitiu observar o significado da experiência do sono tanto na

perspetiva da pessoa em situação crítica como do profissional parceiro no cuidado, contribuindo sobremaneira na adequação à forma como este fenómeno foi abordado ao longo da prática em estágio. Favoreceu uma abordagem multissistémica e subjetiva à problemática em estudo.

A literatura evidencia que o sono da pessoa em situação crítica no contexto de hospitalização, enquanto necessidade fundamental, pode estar comprometido por inúmeros fatores disruptivos com as mais diversas origens, sejam correspondentes a dimensões ambientais, físicas ou psíquicas (Kamdar, Needham & Collop, 2012a; Costa & Ceolim, 2013; Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015; Almeida, Silva, Souza & Magro, 2016; Knauert, Redeker, Yaggi, Bennick & Pisani, 2018). Reconhecido o impacto da má qualidade do sono parece-me pertinente fazer-se uma abordagem que permita a fundamentação de uma prática especializada centrada na pessoa com vista à promoção de um sono de qualidade, que se reflita num estado de conforto enquanto resultado (qualidade do sono), mas também enquanto ação (promoção do sono).

O processo de pensamento em Enfermagem passou pela análise do conceito - conforto - nas teorias de enfermagem, permitindo a adoção de um olhar para a prática com base na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Assim, Kolcaba define *enfermagem* com o processo de avaliação intencional de necessidades de conforto, com o planeamento de medidas para a satisfação das mesmas, a respetiva avaliação de resultados. O *doente*, aquele que recebe os cuidados, pode ser *o indivíduo, a família ou a comunidade* que necessitam de cuidados de saúde. *Ambiente* como qualquer aspeto que envolve *o indivíduo, a família ou a comunidade* que pode ser manipulado para melhorar o conforto. E, a *saúde* como a definição individual do *indivíduo, da família ou da comunidade* do seu bom funcionamento. Descreve o *conforto* em três formas: *alívio, tranquilidade e transcendência* atingíveis em quatro dimensões da esfera do indivíduo (físico, psicoespiritual, ambiental, social) numa visão holística com a pessoa integrada nos cuidados (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009).

Esta teórica, apesar de centrar a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido após a intervenção, reconhece valor na aplicação da ação por parte do enfermeiro enquanto parceiro nos cuidados. Entende-se que o cuidado confortador é *per se* mais que um resultado final de conforto, é também todo o processo de atitudes reconfortantes adotadas (Apóstolo, 2009).

Ao longo do presente relatório, será utilizado o termo Pessoa, um dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem no seu significado de acordo com o atual paradigma da transformação (Silva, 2002) e enquanto palavra empregue pela Ordem dos Enfermeiros (OE) inserida nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

Pessoa como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p.8-9), numa interação permanente com o ambiente num processo de mudança contínua na procura da melhor qualidade de vida. (Silva, 2002; OE, 2001).

A primeira parte deste relatório consiste na apresentação do enquadramento do fenómeno em estudo e da discussão dos resultados obtidos através da realização de uma revisão sistemática da literatura de evidência de significado (Apêndice I), resultado da coautoria com a Enf.^a Ana Rita Correia¹, Prof.^a Dr.^a Filipa Veludo² e Prof.^a Dr.^a Rita Marques², sobre o significado que as pessoas em situação crítica atribuem à experiência do sono e o significado que os enfermeiros atribuem à experiência de sono da pessoa em situação crítica.

No segundo momento é realizada uma análise das atividades e reflexão sobre as competências desenvolvidas. Este ponto encontra-se dividido em dois subcapítulos, correspondentes a cada local de estágio que serão apresentados e contextualizados por ordem cronológica, expondo também as principais atividades realizadas que suportarão o desenvolvimento das competências.

Por último, apresentam-se as conclusões finais, onde serão criticamente analisados os aspetos relevantes do processo de aprendizagem desenvolvido.

Finaliza-se este relatório com Referenciação Bibliográfica seguindo a norma APA (American Psychological Association). Importa ressaltar que, em salvaguarda do anonimato das instituições envolvidas, algumas fontes e referências bibliográficas foram intencionalmente omitidas. Seguem-se os Apêndices que darão suporte de consulta à documentação referenciada ao longo desta explanação.

¹ Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

² Doutoramento em Enfermagem Avançada; Professora Assistente da UCP

Este documento encontra-se redigido ao abrigo 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 DE LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO.

No presente capítulo, será apresentado não só a problemática em análise, mas também a discussão dos resultados obtidos. Sistematiza a evidência que suportou o desenvolvimento do fenómeno em estudo na prática clínica. Em apêndice (Apêndice I) encontra-se o resultado integral que espelha o desenvolvimento de competências de investigação inerentes à obtenção do grau académico de mestre, pela produção de uma revisão sistemática de literatura de evidência de significado em coautoria com a Enf.^a Ana Rita Correia³, Prof.^a Dr.^a Filipa Veludo⁴ e Prof.^a Dr.^a Rita Marques⁴.

1.1 – ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO DO SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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 et al., 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,

³ Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

⁴ Doutoramento em Enfermagem Avançada; Professora Assistente da UCP

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 et al., 2016). Já 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, et al., 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, et al., 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 e o desenvolvimento da sua Teoria do Conforto (2003), vem clarificar que o propósito do cuidado 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 e 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).

Através de 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, definem-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.

1.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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).

Significado da experiência de sono nas pessoas situação crítica

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 artigo 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 em situação crítica, 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). Tempo 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. Na literatura, outros autores como Beltrami et al. (2015) e Pisani et al. (2015) 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.

Significado da experiência dos profissionais acerca 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 et

al. (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 perspectiva 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 o 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 perspectiva 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, Fried, & Pisani, 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 perspectivas dos profissionais sobre a promoção do sono das pessoas ao seu cuidado (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 & Goode (2014) explicitam 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 (Lewandowska 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.

2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

No decorrer deste capítulo será realizada uma análise crítico-reflexiva de atividades, experiências, aprendizagens e estratégias desenvolvidas que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista. Foram inúmeras as situações vividas que enriqueceram este processo de transformação e transferência de conhecimento. Seria impossível enumerar todas as situações pelo que serão selecionadas algumas como reflexo do processo de desenvolvimento de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas (Regulamento n.º 429/2018).

Este percurso foi executado em dois contextos: na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrástica (UCICCT) e na Unidade de Queimados (UQ) de dois Centros Hospitalares do Sistema Nacional de Saúde localizados no distrito de Lisboa. Importa ressaltar que algumas fontes serão ocultadas no sentido de manter o anonimato das instituições.

A escolha dos locais de estágio teve como princípios gerais o facto de serem contextos de prática clínica dinâmicas e díspares da minha realidade profissional, permitindo-me assim sair da minha zona de conforto para vivenciar novas e reais experiências e outros contextos de aprendizagem. Acresce serem centros de referência em diversas áreas do seu foro de atuação, Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de nível II e III de acordo com a Rede de Referenciação de Cuidados Intensivos (Paiva et al., 2017), com uma área de abrangência populacional significativa (Paiva et al., 2016), o que aumenta a possibilidade de cuidado à pessoa em situação crítica, com alta complexidade das suas necessidades.

Assim, este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos que se referem ao desenvolvimento de competências ocorrido em cada uma das UCIs.

2.1 UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRÚRGIA CARDIOTORÁCICA

A UCICCT é uma unidade onde se prestam cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica, particularmente do foro cirúrgico, que necessita de monitorização e suporte vital avançado, com ênfase na excelência dos cuidados e na preservação da dignidade das pessoas e família.

Com uma lotação habitual de 13 unidades, a UCICCT sofreu alterações na sua dinâmica e disposição por força da necessária adaptação à pandemia Corona Virus Disease 2019 (CoViD-19), que atormentou o nosso país ao longo do ano 2020. Do ponto de vista geral, esta unidade divide-se em 4 áreas:

- área de unidades de nível III com capacidade para garantir suporte orgânico de 2 ou mais disfunções de órgão (Paiva et al., 2017);
- área de unidades de nível II que pode, mediante necessidade se transformar em nível III;
- duas unidades de isolamento de nível II ou III, destinados preferencialmente a pessoas em situação de transplante cardíaco, privilegiando a assepsia e as necessidades de controlo de infeção inerentes à recuperação com qualidade da pessoa transplantada;
- área de unidades de nível III inteiramente dedicada à pediatria.

Esta unidade dispõe de inúmeros enfermeiros especialistas nas mais diversas áreas de especialização, sendo que os elementos detentores de especialidade, habitualmente, exercem funções de chefia de equipa, assumindo perante os pares um papel de referência na prestação de cuidados muitas vezes agindo como principal elo de incentivo para uma prática fundamentada e baseada em evidência. Um serviço cuja cultura organizacional, de acordo com o descrito por Cameron & Quinn (2006), tem características compatíveis com uma cultura hierárquica. Assim, segundo esta mesma fonte, trata-se de uma cultura conduzida pela estruturação e controlo com base em profissionais orientados por procedimentos e cujos líderes são vistos como organizadores e coordenadores; uma orientação assente no planeamento de acordo com a previsibilidade dos resultados (Cameron & Quinn, 2006).

Exposta às características inerentes à UCICCT, à equipa multidisciplinar e à natureza da pessoa aí hospitalizada, este contexto foi reconhecido como apropriado para o *desenvolvimento de competências ético-deontológicas, relacionais e técnico-científicas, no*

cuidado especializado à pessoa em situação crítica. No sentido do planeamento de atividades foram delineados objetivos específicos, a saber:

- *desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica internada na UCICCT;*
- *contribuir para a promoção da qualidade do sono na pessoa em situação crítica no contexto da UCICCT.*

Assim, no período compreendido entre 7 de setembro a 27 de outubro de 2020 integrei a equipa, acompanhando o horário laboral do enfermeiro orientador, com a premissa de procurar todas as oportunidades que me permitissem cumprir com os objetivos propostos.

Os primeiros dias, com vista à integração plena na UCICCT, foram dedicados a conhecer o serviço no seu espaço físico, as suas políticas e dinâmicas, recorrendo aos elementos da equipa multidisciplinar, bem como aos procedimentos e protocolos em vigor. Uma fase interessante e recheada de um misto de emoções. Se, por um lado, a eminência de experiências novas e o regresso à posição de iniciado poderá ter levado a uma sensação de insegurança, por outro, a minha experiência profissional permitiu viver todos os momentos com um aproveitamento extraordinário com a missão de querer apreender para melhorar a minha prática de cuidado especializado, uma vez que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional e nos contextos de trabalho (Benner, 2001).

Na complexidade da situação crítica e de toda a exigência envolvente, senti necessidade de *mobilizar conhecimentos e habilidades* e prevaleceu em mim a procura rotineira de conhecimentos com base na evidência adaptado à nova realidade que estava a viver, procedendo à construção do portfólio para colmatar as minhas *necessidades formativas da área de especialização*.

Adotei, desde cedo, uma postura de discussão sobre o estado da arte, aproveitando a existência de colegas peritos e alguns especialistas. Neste sentido, a partilha dos meus conhecimentos já adquiridos também teve lugar. Inúmeras vezes senti-me num papel de quase *formadora* dos meus pares na UCICCT. Serve de exemplo quando, perante um caso de cetoacidose diabética, patologia pouco habitual nessa UCI, surgiram dúvidas e questões por parte dos enfermeiros, sobre a forma mais segura de garantir a vigilância e a adequação na abordagem da pessoa em situação crítica. Perante esta situação e considerando a

cetoacidose como uma condição aguda e grave que requer intervenções imediatas e efetivas (Grossi, 2006), identificada a problemática assente na necessidade de formação para a adequação do plano de cuidados, a minha intervenção foi formativa. De uma forma simples e quase intuitiva, inverteram-se os papéis e foi a minha experiência profissional e conhecimentos já adquiridos que despoletaram um momento de partilha de informação com carácter formativo, no sentido da melhoria contínua e de uma prática de enfermagem segura e de qualidade. Apesar de ser um momento não planeado, o interesse dos colegas sobre a temática, criou espaço para a exposição de questões e, com recurso a fundamentação através de uma breve partilha de pesquisa anteriormente realizada pelas bases de dados, possibilitou a construção de um plano de intervenção baseado em evidência. Este foi um momento marcante, influenciador de uma notória mudança de comportamento por parte dos profissionais que, além de adequarem a sua ação no cuidado à pessoa, agora me entendiam como um novo elemento de referência.

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; e Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica* (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018).

É certo que na fase inicial de integração numa UCI, o profissional sentindo-se numa posição de iniciado na urgência dos cuidados complexos, a exigência tecnológica e técnica parece assumir um papel principal (Silva & Ferreira, 2011). Eu própria senti essa tendência no sentido de *garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos*. Compreendendo que, para a *atempada identificação e resposta a focos de instabilidade*, para *executar cuidados técnicos de alta complexidade* com o maior nível segurança e com a capacidade de *identificar complicações* e agir em conformidade, foi necessário investir em conhecimento específico com base em evidência. O melhor exemplo de que me recorde foi de uma pessoa que, apesar de ter cirurgia valvular recente, estava naquele que parecia ser um processo de isquémia da mesentérica. Uma problemática descrita na literatura como uma situação dolorosa, emergente e com evolução rápida; com taxas de mortalidade elevadas (40 a 70%), algo que se associa a baixos índices de suspeição e que condicionam um diagnóstico

diferencial complexo, muitas vezes tardio (Fernández-Sanz, Sanz-Pupo, Rodríguez-Pascual, & González-Pérez, 2021; Yildirim D. et al., 2020). Esta pessoa apresentava-se com critérios de instabilidade: taquicárdico e hipotenso, sinais de má perfusão periférica e um marcado semblante de desconforto, apesar de obnubilado. Dentro de todas as atitudes exigidas num esforço compensatório e *life saving*, tecnicamente desafiante, para garantir o processo de enfermagem, foi necessário coletar toda a informação, identificar áreas específicas de intervenção de enfermagem, planejar as intervenções e a respetiva implementação e avaliar a ação. Identifiquei que um dos focos de desconforto era a presença de dor, sendo que optei então por a avaliar recorrendo à versão portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Non Intubated Patient (BPS –NIP), a qual já tinha sido alvo do meu estudo individual, que permitiu fundamentar a dor como problema ativo. Na planificação das intervenções foram contempladas atitudes não farmacológicas, servindo de exemplo o posicionamento e o controlo ambiental confortador, bem como intervenções farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Neste processo, importa avaliar a eficácia das intervenções para garantir um controlo efetivo da dor, sendo imperativo reavaliá-la. Porém, utilizando o instrumento supracitado, concluí sobre a baixa eficácia das intervenções implementadas. Foi necessário apelar a uma mudança de plano de tratamento junto da equipa multidisciplinar, por um inadequado alívio da dor. Consequentemente foi necessária a progressão ao topo da escada analgésica World Health Organization (WHO, 1996), garantindo uma *gestão de medidas farmacológicas de combate à dor* eficaz. O resultado esperado desta gestão, exigiu uma complexa relação entre vários fatores, tais como a previsão de complicações urgentes e a garantia do atingimento da sensação de bem-estar. A minha atitude confortadora, nesta parceria de cuidados, foi sustentada no restabelecimento do alívio como forma de atingir conforto segundo Kolcaba (2003).

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Garante um ambiente terapêutico e seguro; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; e 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 (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018).

Neste processo de desenvolvimento de competências, numa perspetiva de crescimento profissional, impera analisar uma outra situação que foi alvo de reflexão: a situação de transporte secundário da pessoa em situação crítica. Ao vivenciar esta experiência entendi que em avaliação estavam algumas perícias como a de identificar atempadamente *focos de instabilidade* considerando a imperiosa *salvaguarda das condições de segurança*, a necessidade de demonstrar *conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida* e a capacidade de *implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações*. Sendo que o risco de agravamento de o estado clínico da pessoa em situação crítica em contexto de transporte, seja intra-hospitalar ou inter-hospitalar, pela probabilidade de ocorrência de eventos, é uma problemática amplamente identificada na literatura (Kulshrestha & Singh, 2016; Lopes & Frias, 2014). Ainda que a decisão de transporte da pessoa em situação crítica se sustente numa decisão de cariz médico, cabe ao enfermeiro participar ativamente no planeamento e execução do mesmo (Ordem dos Médicos [Comissão da Competência em Emergência Médica] e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A urgência do transporte secundário em causa, prendia-se com a necessidade de realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica a uma pessoa em situação crítica. Considerando não só as características definidoras da pessoa em situação de doença 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 n.º 124/2011), mas também o postulado emanado do Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade e Enfermagem Médico-Cirúrgica n.º 09/2017 (Ordem dos Enfermeiros, 2017) deixa claro que, durante o transporte o nível de cuidados nunca deve ser inferior ao do serviço de origem. Suportei, nestes pressupostos, a minha intervenção: garantir as condições necessárias e desejáveis para o transporte ser efetuado em segurança e com o mínimo dos riscos. Portanto, recorrendo-me quer da minha experiência profissional quer do sustento em evidência, delineei os primeiros passos no planeamento deste transporte. Durante este processo, existiram dois momentos resultantes da partilha de experiências que causaram impacto ao meu processo de desenvolvimento de competências. O primeiro momento surgiu pelo facto de entender que, na UCICCT, a

determinação da necessidade e composição da equipa de acompanhamento é realizada de uma forma subjetiva, com base em alguns indicadores e, sobretudo, pela experiência dos elementos que participam ativamente na tomada de decisão. Num clima de abertura e com o interesse manifesto da equipa, partilhei a ferramenta que é utilizada no meu contexto profissional, a Escala de Estratificação de Risco em Transporte de Doentes. (Ordem dos Médicos [Comissão da Competência em Emergência Médica] e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008), que permite uma decisão em função de critérios objetivos conferindo maior segurança na tomada de decisão. O segundo momento surgiu durante a seleção de: meios adequados de monitorização (optando por um monitor desfibrilhador com leitura de linha arterial e pressão venosa central, com autonomia para o transporte), equipamentos (seringas e bombas infusoras, com autonomia para o transporte), fonte de oxigénio (cilindro com reserva adicional de 30 min para a totalidade do tempo previsível para o transporte) e de fármacos (antecipando necessidades de fármacos em seringa ou bomba para que não fossem interrompidos durante o transporte bem como de fármacos de ressuscitação ou até de medicação adicional). Nesta fase, entendi que a UCICCT está a construir uma mala de transporte e que, na sua ausência, as necessidades de fármacos de ressuscitação têm de ser antecipadas e o profissional que realiza o transporte recolhe a medicação que considera pertinente. Considerei, então, oportuno oferecer o meu contributo para construção da mala de transporte pela partilha de ideias e de informação sustentada em evidência, colaborando para acelerar a criação de um suporte primordial na garantia da segurança da pessoa em situação crítica, durante o momento do transporte. De um ponto de vista geral em ambos os momentos, considero que o resultado das minhas intervenções foi aceite como construtivo, na medida em que a escala anteriormente citada ficou disponível para avaliação junto da direção do serviço para a sua implementação e a partilha de informação para o processo de construção da mala de transporte ficou à consideração do grupo de trabalho responsável.

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em*

programas de melhoria contínua; Garante um ambiente terapêutico e seguro; Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; e 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 (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018).

No seguimento desta minha necessidade de reflexão, para a construção da minha identidade enquanto futura enfermeira especialista e na procura da excelência do exercício em todo o meu agir profissional (artigo 99.º ponto 3 alínea a) da Lei n.º 156/2015), parece-me pertinente direcionar o meu pensar para: o *reconhecimento de situações de especial complexidade* com necessidade de *atuação rápida e eficaz, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa*; o *desenvolvimento de intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas*; a *adequação dos recursos para a implementação de intervenções especializadas*; e para a *prevenção de complicações e eventos adversos*. Deste modo, considerando uma situação de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) eminente, uma das experiências vividas ao longo do estágio em análise como um evento extremo, um processo complexo pelo qual a pessoa em situação crítica pode ser confrontada, impera analisar o papel do enfermeiro especialista enquanto elemento interveniente na equipa de reanimação.

Considerando a definição do conceito de situação emergente como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” ao abrigo do documento referente à Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência (DGS, 2001, p.7), entende-se que a PCR é considerada uma situação de emergência por excelência que se não for tratada pode conduzir a danos irreversíveis. Recorrendo a Benner (2001) é, indubitavelmente, o enfermeiro o primeiro a observar os sinais de deterioração do estado clínico da pessoa, adotando rapidamente intervenções de alta complexidade até à chegada do médico, num esforço pela garantia do direito à vida (Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, 1948, art.º 3º). Nesta ótica, os enfermeiros desempenham um papel imprescindível na gestão da PCR, com recurso às suas competências, num esforço conjunto com outros profissionais da equipa multidisciplinar no sentido da gestão desta emergência (Daniele, 2012).

Na situação em causa, e apesar de não se desenrolar numa pessoa em situação crítica alvo dos meus cuidados, a mobilização de vários profissionais presentes no serviço permitiu-me esta vivência. Recordo-me que foi, de facto, a enfermeira especialista orientadora quem assumiu o papel de *team leader*. Numa rápida e clara distribuição de funções, consubstanciada num reconhecimento subjetivo de competências de cada um dos intervenientes, foram definidas as áreas de atuação de cada um. Ainda que na minha vida profissional, possa eu ser o profissional *perito* (Benner, 2001) que desempenha esse papel, neste contexto impera o bom senso e a premissa do meu papel de *iniciado* (Benner, 2001) num percurso formativo de consolidação de competências de especialista. Assim, de acordo com as indicações dadas e suportada num harmonioso trabalho em equipa, foi-me permitido: avaliar os focos de instabilidade e o risco de falência orgânica (identificando a principal causa : uma interrupção do suporte aminérgico); delinear um plano de intervenção e implementação de medidas (medidas não farmacológicas como o baixar da cabeceira e a elevação dos membros inferiores e, farmacológicas como a retoma da perfusão do fármaco, entre outras); avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados (monitorizar a recuperação da estabilidade e da sensação de bem-estar) e também confortar a pessoa em situação crítica aguda (na adaptação e adequação da comunicação à complexidade da situação vivida bem como na gestão da ansiedade e medo vividos).

O resultado destas intervenções foi alvo de análise conjunta pela equipa em *debriefing*, sendo que foram enumerados os fatores positivos desta experiência e também analisados os aspetos negativos numa perspetiva de melhoria contínua. A seringa com defeito foi colocada para reparação e ao profissional reforçada medidas preventivas de risco de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015) e fornecida orientação com base em evidência. Foi reconhecido o valor do trabalho em equipa num clima de comunicação efetiva e destacado o papel do enfermeiro enquanto *team leader* e ainda como elemento facilitador da aprendizagem.

Assumir esta posição carece de um conjunto de competências e *know-how* que se entendem inerentes ao papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica. Contudo, analisando uma outra perspetiva e, apesar da evidência mostrar que os enfermeiros se sentem confortáveis nesse papel (Daniele, 2012), mostra também que uma grande fatia considera poucos os conhecimentos

farmacológicos (Daniele, 2012) o que poderá leva-los a não se sentirem seguros para assumir o papel de *team leader*.

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Garante um ambiente terapêutico e seguro; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; e Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica* (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018).

Sentindo que o foco dos meus esforços poderia ser direcionado ao saber-fazer técnico, desvirtuando aquele que é o alvo do nosso cuidado - a pessoa - mantive-me atenta ao *estabelecimento de relação terapêutica* reconhecendo a *comunicação* como uma das necessidades mais comprometidas e com maior impacto *na sensação de bem-estar psicoemocional*. Recordo-me de inúmeras situações em que identifiquei compromisso na comunicação. Na verdade, a pessoa em situação crítica, quer pela gravidade da sua situação clínica, quer pelo nível complexo de cuidado que exige - despersonalizando-a - encontra-se numa posição vulnerável e por vezes incapacitada de fazer transparecer com facilidade as suas emoções, receios e vontades. Tigulini & Melo (2002) defendem que, sobretudo nas situações de emergência, a comunicação fica extremamente afetada tendo em conta todos os envolvidos: o profissional da saúde que “corre contra o tempo”, a pessoa que se encontra em situação de risco de vida e incapaz de comunicar e a família que enfrenta o medo das consequências. Já Stefanelli, Carvalho & Abrantes (2012) reforçam que se devem igualar as competências em comunicação às competências clínicas, para que no desempenho de funções técnicas a pessoa seja alvo de um cuidado de alta qualidade científica e humana, que lhe garanta o direito de saber o que está a ser alvo, porquê e para quê. Assim, importa salientar que a comunicação enquanto instrumento para a humanização do cuidado deve ser entendida, tanto pela linguagem verbal como pela não-verbal, senão vejamos: é no processo do sistema de comunicação verbal que o profissional percebe características do não-verbal (através de sinais, gestos e movimentos) e assim compreende as reais necessidades da pessoa (Morais, Costa, Fontes & Carneiro, 2008).

No processo de estabelecimento de uma relação terapêutica, lembro-me de, juntamente com a pessoa, desenvolver um plano de *intervenção* com base na comunicação, no sentido da partilha de sentimentos com recurso a perguntas diretas e respostas simples com valorização do não-verbal, uma vez que a pessoa não se conseguia expressar de outra forma. Rapidamente apercebi-me que, além do desconforto da situação complexa em que se encontrava, existiam preocupações em relação à sua família. A atitude confortadora passou pela articulação com a família para uma visita. De acordo com a disponibilidade da UCICCT foi possível realizar a visita da família no dia seguinte. Não tendo oportunidade de estar presente, na procura de uma avaliação da intervenção planeada, entendi junto da pessoa que o resultado desta intervenção foi *o alívio* quer da *pessoa*, quer da sua *família* (Kolcaba, 2003). Um verdadeiro exemplo da pessoa enquanto ser único e individual com necessidades específicas.

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; 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; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica* (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018).

Numa perspetiva de *melhoria contínua da qualidade* procurei identificar áreas de fragilidade da UCICCT no que respeita ao *risco de infeção* na complexidade deste contexto. Na verdade, é em qualquer contexto da prestação de cuidados que se pode dar origem às amplamente documentadas Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (DGS, 2017a). Segundo a WHO (2009) observa-se o significativo impacto das IACS, na medida em que estas causam: permanência hospitalar prolongada, morbilidade e mortalidade excessivas, aumento da resistência dos microorganismos aos antimicrobianos, altos custos para os sistemas de saúde e o transtorno emocional para as pessoas e famílias. Neste sentido, importa perceber a prevalência desta problemática, analisando a casuística disponível: de um prisma global, entende-se que uma em cada quatro pessoas internadas numa UCI tem risco acrescido de adquirir uma IACS (WHO, 2005); em países desenvolvidos, 5 a 15% as pessoas

hospitalizadas adquirem IACS e que pode afetar 9 a 37% dos internados em UCI (WHO, 2005).

Sobre a realidade Portuguesa, é extraível do Relatório de 2017 do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que, no ano de 2016, a prevalência de IACS foi de 7,8% (DGS, 2017a). Considerando o programa de Precauções Básicas de Controlo de Infeção promovido pelo PPCIRA, entendo que é facilmente perceptível a responsabilidade inerente aos profissionais na tentativa de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada (DGS, 2017a).

Para pensar nesta problemática, foi necessário levar para a praxis clínica a evidência existente, escrutinar a prática diária e, infelizmente por vezes rotineira, no sentido de identificar áreas para melhoria. Ser-se elemento externo ao serviço pode ser constrangedor quando se pretende questionar práticas mesmo que munida de evidência de suporte. O facto de a enfermeira orientadora ser elemento dinamizador na UCI do PPCIRA foi facilitador de discussão. Percebi que os procedimentos e normas hospitalares contemplam as medidas emanadas pela Direção-geral da saúde (DGS). Contudo, entendi também que existiam algumas lacunas como, por exemplo, no Manual de Procedimentos em Enfermagem - Cuidados à pessoa ventilada da instituição. Se por um lado, remetem para as normas orientadoras da DGS (2015a), no âmbito da prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), para a necessidade da higienização oral ser realizada pelo menos três vezes por dia, por outro encontra-se estipulada uma frequência apenas bi-diária. Ainda a respeito da PAI, apercebi-me que toda a pessoa submetida a ventilação invasiva na UCICCT tinha sonda por via nasogástrica, sendo que existe evidência que corrobora o privilegiar da abordagem orogástrica numa medida preventiva da PAI (American Thoracic Society & the Infectious Diseases Society, 2005). No âmbito da Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, percebi que na UCICCT não existe uma prática de higienização das mãos com água e sabão antes da fricção antisséptica para o manuseamento e que, apesar de existir descontaminação com clorhexidina a 2% dos pontos de acesso dos sistemas, nem sempre é realizada fricção (preconizada durante 10 a 15s), contrariamente ao explicitado nos feixes de intervenção correspondente (DGS, 2015b).

No seguimento desta problemática surgiu outra situação que me fez investigar e refletir: se para diminuir o risco de infeção, deve evitar-se a manipulação desnecessária da troca do

sistema antes do tempo alvo, também a permanência do sistema após o *timing* indicado é prejudicial. A evidência sugere que não se deve trocar sistemas simples de administração de fármacos ou de monitorização numa frequência inferior a 72h sendo que alguns estudos já vão até às 96h de intervalo (O’Grady, et al., 2011, p.180, & Marschall, et al., 2014 p.757); e que sistemas de perfusão de propofol devem ser substituídos num período de 6 a 12h de acordo com a indicação do fabricante (O’Grady, et al 2011, p.180). Na sua generalidade, a prática na UCICCT vai ao encontro do que a evidência demonstra, ainda que não exista uma estratégia que garanta a sinalização dos *timings*.

A minha intervenção direcionada à problemática em reflexão iniciou-se com a exposição destes achados, inicialmente debatidos com a enfermeira orientadora, foi rapidamente alargado o leque de partilha aos colegas do serviço, *num esforço conjunto de delinear estratégias pró-ativas a implementar no serviço*, sensibilizando para o cumprimento das medidas preventivas assinaladas, fundamentando com evidência. Assim, sugeri e participei ativamente na implementação de algumas medidas, a salientar: a utilização de toalhetas de base alcoólica de uso único, uma ideia já estava em análise na UCICCT tendo sido aprovada pela Comissão de PPCIRA da Instituição encontrando-se em processo de compra; a reexposição de cartazes sobre o tema, previamente realizados por colegas de estágio da especialidade para difundir informação baseada em evidência; sugestão para que os sistemas de propofol fossem identificados através de uma etiqueta com data e hora de colocação em uso, bem como data e hora para troca do sistema considerando as instruções do fabricante e respeitando a evidência exposta; e auditoria de lavagem e desinfeção das mãos.

No início, ainda que tivesse considerado o efeito potencialmente constrangedor do ato de questionar de práticas, facilmente entendi que estar munida de evidência de suporte é uma forma de conseguir captar a atenção dos pares. Assim, o resultado das intervenções adotadas refletiu a sensibilização para a problemática em causa, através da mudança de algumas práticas como por exemplo: a permanente disponibilização de compressas estéreis na unidade das pessoas na UCICCT; o recurso a etiqueta de identificação de substituição no sistema do propofol; e uma tendência para níveis altos de conformidade nas auditorias da higienização das mãos que permaneceram a decorrer, mesmo depois do término do meu estágio.

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; e 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* (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento nº 429/2018).

Na expectativa de desenvolver competência no âmbito das *situações de exceção e catástrofe* reconhecida como específica da área de especialização em construção, procurei conhecer o *plano interno de emergência e/ou plano de atuação em situações de exceção e catástrofe* externa. Na verdade, apercebi-me que esta é uma temática que apesar de desenvolvida de forma genérica para a unidade hospitalar não existe algo específico nem detalhado sobre como se proceder em caso de necessidade em evacuar a UCICCT. No plano de emergência interno hospitalar estão definidas equipas de evacuação com os respetivos locais de apoio/atuação, circuitos de saída para exterior, zonas de encontro e atitudes esperadas das equipas de 1ª intervenção, sem indicações específicas ao serviço. Assim, considero que pela tipologia imprevisível das situações que podem motivar uma evacuação, pela exigência de atuação imediata e organizada, pela dinâmica e logística envolvidas para preservar a vida de uma forma segura de quem sozinho não se consegue colocar em segurança, mostra-se *fundamental planear as ações e qualificar os profissionais com formação específica para esse efeito*. Ideia que deixei como contributo para o próximo plano de formações da UCICCT.

Da sensibilização dos pares, resultou uma proposta para a criação de um grupo de trabalho no sentido de redigir um procedimento onde se contemple o plano de evacuação específico da UCICCT e a formação dos profissionais do serviço para esta problemática.

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação* (Regulamento nº 429/2018).

No que respeita ao objetivo específico *B) contribuir para a promoção da qualidade do sono na pessoa em situação crítica no contexto da UCICCT*, importa referir que o facto de não ter realizado turnos durante o período noturno pareceu-me, no início, desmotivador para abordar este meu fenómeno de investigação. Todavia, este primeiro contacto na realidade de UCI, permitiu entender o que a evidência mostra sobre serem locais propensos à má qualidade de sono pelas suas características inerentes (Kamdar et al., 2012a; Costa & Ceolim, 2013; Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015; Almeida et al., 2016; & Knauert, et al., 2018). Dormir e repousar num hospital pode ser um verdadeiro desafio e, numa UCI onde a prática é direcionada a ações *life saving*, a qualidade do sono é possivelmente descurada, a par de outras questões de relevo como por exemplo a comunicação (Tigulini & Melo, 2002).

Considerando que Kolcaba defende que a gestão do conforto se pressupõe que seja proactiva, intencional e desejada pelo alvo do cuidado (Alligood, 2014), a possibilidade de reconhecer, junto da pessoa em situação crítica através do seu relato, o sono como necessidade comprometida, tornou esta uma experiência deveras enriquecedora. Recordo que em todos os turnos da tarde, após a hora de jantar com recurso a estratégias comunicacionais, avaliei as necessidades da pessoa à minha responsabilidade e adotei medidas confortadoras e promotoras do sono. A avaliação do sucesso da intervenção com o atingimento pleno de conforto – a qualidade do sono – foi avaliada, a título pessoal, com recurso a questionário através da escala validada para português como é o exemplo da Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) (Biazim, Souza, Junior, Richards, & Valderramas, 2020) e com base em questões simples sobre o resultado das intervenções, como por exemplo “ligar à sua família, diminuir a luz, reduzir os alarmes, conversar ... ajudou?”. Foi através deste processo que entendi que muito além de questões ambientais – luz, ruído, cuidados - há que considerar o verdadeiro impacto das questões psicoemocionais da pessoa em situação crítica – as suas preocupações com a sua situação clínica, os seus medos por exemplo da morte, da sensação de dor, a sensação de incapacidade em controlar a satisfação das suas necessidades como por exemplo a privacidade no momento da eliminação e até saudade da família, tal como descrito na literatura (Kamdar et al., 2012a; Costa & Ceolim, 2013; Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015; Almeida et al., 2016; Knauert et al., 2018). Assim, com base numa visão holística e através de uma parceria de cuidados, atingir o objetivo da intervenção com o nosso auxílio é o espelho do *alívio* atingindo uma sensação de conforto (Kolcaba, 1995).

2.2 UNIDADE DE QUEIMADOS

As Unidades de Queimados são serviços hospitalares com uma estrutura física e características muito específicas, com dinâmicas instituídas com muito rigor primando pelo rígido controlo de infeção uma vez que, devido às características únicas da pessoa queimada e respetivo tratamento, um dos principais riscos é a infeção (Cruzeiro, Cabral & Teles, 1998).

No manual de Recomendações Técnicas para Unidade de Queimados redigido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em 2019, a UQ é caracterizada por ser um espaço que disponibiliza unidades e isolamento com valência de cuidados intensivos mais especificamente de apoio ventilatório, bloco operatório e de pensos/balneoterapia, 24 horas por dia, dedicado em exclusividade ao tratamento de queimados.

A UQ onde realizei estágio curricular é composta por unidades isoladas e individualizadas que podem ser consideradas de categoria nível III ou nível II, conforme a Rede de Referenciação de Cuidados Intensivos (Paiva et al., 2017). Assim, segundo as Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados (RTUQ), estes espaços individuais devem ser normalizados, estando preparados para todas as eventualidades, sendo que é o rácio de profissionais e o equipamento móvel que fazem a diferenciação dos níveis de cuidados (ACSS, 2019).

Entende-se a especificidade deste local em detrimento a outras UCIs, pela existência de uma sala de bloco operatório permitindo que a abordagem cirúrgica à pessoa queimada em situação crítica seja realizada dentro do espaço da UQ. Destaca-se ainda pela existência de uma sala de balneoterapia, a “porta de entrada” de todas as pessoas em situação crítica da UQ, onde se realiza a sessão de balneoterapia sob sedoanalgesia/anestesia.

Também neste contexto, existe uma presença marcada de enfermeiros especialistas tanto em Enfermagem Médico-Cirúrgica como em Reabilitação, e uma grande percentagem de colegas a frequentar o 2º ciclo de estudos. Neste serviço, à semelhança do anterior, também se denota uma cultura organizacional e tipologia hierárquica, estruturada e orientada por procedimentos (Cameron e Quinn, 2006).

No início do estágio na UQ, durante o meu *processo individual de apropriação de conhecimento com base em evidência* com vista ao *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, e antecipando toda a complexidade daquilo que iria vivenciar

na UQ, recordo-me de ler um artigo de Al-Mousawi et al. (2010). Estes autores abordam a especificidade das UQ, na medida em que exige um funcionamento eficiente das equipas multidisciplinares numa perspetiva centrada na pessoa. Referem-se ao enfermeiro como o responsável diário pelo cuidado à pessoa queimada, a quem são exigidas competências de gestão da pessoa em situação crítica, de execução técnica de pensos com base na evidência e no suporte emocional, por vezes intenso, à pessoa e sua família. É neste contacto contínuo da equipa de enfermagem com as pessoas internadas na UQ, que existe uma relação terapêutica forte, baseada na confiança o que suporta uma atitude de respeito pela autodeterminação da pessoa doente (Al-Mousawi et al., 2010).

Para continuar o *desenvolvimento de competências ético-deontológicas, relacionais e técnico-científicas, na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica* foram delineados objetivos específicos:

- *desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica na UQ;*
- *contribuir para a promoção da qualidade do sono na pessoa em situação crítica no contexto de UQ.*

Assim, no período compreendido entre os dias 28 de outubro e 19 de dezembro de 2020, desta vez com a possibilidade de realizar turnos noturnos, acompanhei a enfermeira orientadora neste percurso rico em crescimento profissional e pessoal.

O cuidado à pessoa em situação crítica *per si* é carregado de dualidade, salvar a vida e respeitar os valores da pessoa. Nesse sentido e cursando com o atual Paradigma da Transformação, reconhece-se na pessoa a capacidade e a hipótese de serem agentes ativos nas *suas* decisões de saúde numa verdadeira parceria de cuidados (Silva, 2002).

Em partilha com a enfermeira orientadora e com base em evidência, entendi que os *focos de atenção* relevantes da pessoa em situação crítica vítima de queimadura centram-se na vigilância e correta identificação de focos de instabilidade; na gestão da ferida; na gestão da dor; na promoção de conforto; no controlo do risco de infeção; no apoio emocional à pessoa e família bem como na reabilitação precoce (Greenfield, 2010).

É certo que a lesão por queimadura afeta não só a saúde física, mas também a saúde mental e a qualidade de vida da pessoa sobrevivente a este processo (Jeschke, et al., 2020). Perante

esta especial complexidade, senti que era premente um elevado grau de adaptação dos cuidados às necessidades das pessoas na UQ e assim reconhecido o benefício do cuidado especializado.

A base de trabalho do enfermeiro na UQ é a construção de uma relação terapêutica forte que permita, no processo de transição saúde-doença, que seja possível valorizar o potencial da pessoa e família, munindo-os de recursos e competências. Fui responsável pelo cuidado de uma pessoa em particular durante quase todo o estágio e, ao longo deste processo de desenvolvimento de competências, entendi que é a proximidade que permite habitualmente o enfermeiro reconhecer alterações mínimas na condição da pessoa em situação crítica e agir de acordo com as necessidades. Segundo Al-Mousawi et al., (2010) é a proximidade enfermeiro-pessoa que permite o desenvolvimento de relações e vínculos de confiança. Conhecido o impacto da comunicação na construção desta relação, Tetteh, Aziato, Mensah, Vehviläinen-Julkunen & Kwegyir-Afful (2020), no seu estudo, entendem que a comunicação eficaz tem um efeito positivo e por outro lado a má comunicação tem implicações negativas, como por exemplo no que respeita à avaliação e gestão da dor da pessoa vítima de queimadura. Entende-se também que, uma relação com base numa comunicação eficaz, permite uma melhor colaboração da pessoa em situação crítica queimada, um contributo imprescindível para a qualidade do cuidado em parceira. (Tetteh et al., 2020)

Neste âmbito, uma das questões que mereceu toda a minha atenção foi o impacto da lesão por queimadura na autoimagem da pessoa – distúrbio da imagem corporal (NANDA-International, 2018) - e a gestão deste processo de adaptação/aceitação. Ainda que o conceito de autoimagem esteja sujeito a um cunho bastante pessoal, entende-se que uma alteração corporal como a causada pela queimadura tem impacto, não só, mas também pela deformação que causa que leva a alterações quer na aparência quer na funcionalidade (Bergamasco, 2002). Na verdade, se considerarmos o cariz accidental e súbito da situação que causa a lesão e que motiva a hospitalização da pessoa em UQ percebemos que não é um evento esperado ou planeado, e por isso não contemplada na vida desta pessoa e família. Tetteh et al. (2020) reforça que, por exemplo, a pessoa com superfície facial queimada tem uma tendência para o isolamento numa correlação direta à deformação causada pela queimadura, com um impacto severo na sua autoimagem. Já Alcázar-Gabás, Fidalgo-Pamplon, & Laplana-Miguel (2014) mostram que, pessoas internadas em UQ com maior

extensão de área total de superfície corporal queimada evidenciam maiores níveis de ansiedade.

Compreende-se que as alterações físicas resultantes, além da gravidade de cariz orgânico com o acometimento de vários sistemas, comportam uma carga emocional significativa motivando dificuldade de readaptação pessoal, familiar e social. Bergamasco E. et al. (2002) dão ênfase ao facto de a pessoa vítima de queimadura sentir medo ao contemplar a socialização com outras pessoas, família, grupos de trabalho ou até no contacto social casual. Assim, depreendem que esta reação de medo para enfrentar o ambiente social parece diretamente relacionada com a que sente com o seu próprio corpo.

A pessoa em situação crítica da experiência que passo a relatar, tinha uma área total de superfície corporal queimada extensa, cerca de 54% através da tabela de Lund e Browder - avaliação preconizada pela norma n.º 022/2012 da DGS (2017b) - com atingimento do pescoço, face, tronco anterior/posterior e membros superiores. Este foi mostrando, gradualmente sinais de desesperança encontrando-se pouco comunicativo, sem iniciativa, a evitar contacto visual, com fâcias triste e labilidade emocional (NANDA-International, 2018). Sentindo que tinha os recursos necessários, resolvi criar momentos assentes em estratégias comunicacionais, para que este fosse capaz de verbalizar as suas preocupações e exteriorizar emoções com vista a juntos, desenvolvermos um plano de estratégias individualizado e adequado. Com base nessa premissa de confiança a pessoa partilhou receio da morte, da desfiguração e da rejeição, mostrou ainda sensação de constrangimento e humilhação pela alteração da imagem, dizia “*sou um monstro, ninguém vai querer estar perto de mim*” (*sic*), mostrou-se preocupado com o regresso à sua atividade profissional e a sensação de exposição “*vão gozar comigo*”. Segundo Martin, Byrnes, McGarry, Rea, & Wood (2017) estavam identificadas barreiras de cariz emocional e situacionais que conjuntamente com dificuldades no processo de *coping* poderiam levar a uma redução das relações interpessoais e conduzir ao isolamento social. Sentindo que a minha capacidade de proporcionar alívio poderia ser limitada, pela dimensão do sofrimento quer físico quer psicoemocional, uma abordagem multidisciplinar foi estrategicamente mobilizada. Posicionando-me a seu lado, num papel de “advogada” (Silva D., 2002), insisti no postulado da pessoa integrada nos cuidados garantindo o respeito pela sua vontade e autodeterminação (art.º 2º da Lei n.º 15/2014).

Considerando a má notícia como “qualquer notícia que adversamente e seriamente afeta a visão de um indivíduo do seu futuro” (Buckman, 1984, p.1597) e o seu impacto na pessoa e na sua família, senti como crucial o desenvolvimento de estratégias para a comunicação de más notícias sobretudo às famílias que permanecem à distância, em parte por motivos relacionados com a pandemia CoViD-19. Se antes da pandemia a visita da família já era condicionada pelas dinâmicas exigidas nas UQs – atrás de vidro e através de intercomunicador para garantir o controlo máximo de infeção – durante a minha passagem na UQ esta interação era unicamente realizada por um telefone de serviço. Entendendo que o intercâmbio de informações abrange não só aquilo que a pessoa e/ou família necessitam e querem saber, mas também a transmissão de informação de forma adequada, adaptada e assegurando que a mensagem foi corretamente compreendida, pareceu-me pertinente seguir as orientações de Buckman (2005) na sua estratégia SPIKES⁵. Um guia composto por seis passos, que fui adaptando à minha interação, quer via telefónica, com as famílias, quer na interação com a pessoa alvo dos cuidados.

Assim, um exemplo da adaptação da minha intervenção com este protocolo, foi o momento em que um familiar, de uma pessoa internada na UQ, contactou telefonicamente para saber se este já se encontrava sem suporte ventilatório invasivo. Iniciei o diálogo garantindo que se encontravam num ambiente propício para o diálogo e acompanhada de pessoas significativas capazes de serem suporte; fiz questão de entender o que este familiar sabia do estado clínico da pessoa internada na UQ, questionando abertamente “*o que já sabe sobre a situação do seu familiar?*”; segui perguntando diretamente ao familiar qual era a informação que sentia necessidade de adquirir naquele momento, “*o que precisa de saber?*”; partilhei a notícia, “*realmente o plano era retirar o seu familiar da ventilação invasiva, contudo ele mostrou-se ,ainda, pouco capaz de o conseguir fazer sozinho.*”; sendo esta questão uma expectativa da família fortemente idealizada como um sinal de recuperação, quando confrontada com a ausência de sucesso surgiram emoções como a tristeza e o medo, as quais fui gradualmente dando resposta estimulando a partilha: “*parece-me que ficou desiludido com esta informação...*”; resumindo o ponto de situação da questão em análise, encerramos o diálogo planeando os próximos passos: “*Vamos continuar a tentar, e*

⁵ S-setting; P- perception; I-invitation; K-knowledge; E-empathy; S-strategy and summary.

gradualmente reduzir a dependência do ventilador, garantindo que, quando chegar o momento certo, tudo corre bem.”.

O resultado desta intervenção seguindo a estratégia apresentada por Buckman (2005) permitiu que eu fosse interveniente chave na adaptação da família à situação crítica, de acordo com as suas necessidades que gradualmente identifiquei. Um resultado deveras positivo que me acompanhará ao longo da minha vida profissional.

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *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; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; e Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica* (Regulamento nº 429/2018).

Ainda assente na temática comunicação, parece-me adequado refletir sobre a transição de cuidados com base numa *prática de qualidade* com vista à *segurança da pessoa*, no processo de transmissão de informação através de comunicação eficaz. Foi nesta realidade de estágio que fui confrontada com a aplicação, na íntegra, da técnica ISBAR (*Identify, Situation, Background; Assessment e Recommendation*), enquanto processo preconizado pela DGS (2017c) na sua norma n.º 001/2017. Atualmente, apesar desta normativa, ainda se assiste na prática quotidiana a alguma variabilidade no processo de transmissão de informação. Parece-me que os profissionais, não estando familiarizados, seguem um raciocínio lógico com inúmeras semelhanças à técnica ISBAR, ainda que não contemplem a técnica *per si* enquanto ferramenta. Com suporte à evidência que demonstra as vantagens do uso desta técnica no que respeita à segurança da pessoa alvo dos cuidados (Müller, et al., 2018), a minha intervenção passou pela aplicação rotineira da mesma e pelo incentivo dos pares para o seu recurso. Com resultado último na adesão, contribuindo para a padronização da comunicação em saúde tal como preconizado pela DGS (2017b).

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais*

na área da governação clínica; e Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019).

Ao longo do percurso formativo quer na UCICCT quer na UQ, levantaram-se questões do ponto de vista ético e deontológico, como é o exemplo no cuidado à pessoa em situação crítica a carecer de tratamento emergente, inconsciente e incapaz de estabelecer comunicação. Nesses casos sobrepondo-se o princípio da beneficência e da não-maleficência – consentimento presumido – o postulado foi sempre no sentido do bem maior (artigo n.º 8 da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). Questões relacionadas com a garantia da privacidade, respeito e proteção da intimidade quer da pessoa quer da família – por exemplo no cuidado direto, ainda que urgente (aspiração de secreções), ou na transmissão de más notícias; da confidencialidade quer da informação escrita – na forma de registos de enfermagem – quer da transmissão de informação oral – por exemplo na passagem de turno ou discussão multidisciplinar junto das unidades das pessoas em situação crítica incorrendo no risco de expor informação sob sigilo profissional a pessoas não participantes no processo; o que à luz da nossa responsabilidade profissional exigiu o aprofundar de uma capacidade crítico-reflexiva dos comportamentos e atitudes a adotar durante o cuidado no sentido do *respeito pelos direitos humanos e das responsabilidades profissionais*. Uma atitude permanente de reflexão na ação e sobre a ação conjunta com a equipa de enfermagem que me acompanhou neste percurso constituiu uma ferramenta chave no meu desenvolvimento de competências especializadas. Importa salientar que, mesmo nas situações em que a problemática esteve inserida num contexto multidisciplinar, a valorização enquanto problema teve como foco central o cuidado de enfermagem (Deodato, 2014, p.32). Neste âmbito, todas as decisões basearam-se em valores éticos, conhecimento baseado na evidência e na minha experiência profissional e da equipa.

No contexto da prática do estágio na UQ, o principal dilema ético que me surgiu, e que foi alvo de discussão entre a equipa foi com base num cenário possível: em que momento se privilegiam as medidas de conforto numa pessoa em situação crítica internada na UQ, a vivenciar um processo de doença e alta complexidade, com mau prognóstico, ou seja, com uma perspetiva de cura muito baixa; pessoa essa que permanece inconsciente e não tem diretiva avançada de vida, sem suporte familiar ou qualquer outra evidência de tomada de decisão prévia. A minha intervenção nesta discussão passou pelo recurso aos principais princípios éticos e à minha própria experiência profissional, aliciando à fundamentação das

várias opiniões, válidas, de cada um dos intervenientes. Em virtude de este ser apenas um cenário idealizado, e ainda que evidente a incerteza quanto à decisão para agir dos enfermeiros, não foi possível concluir uma decisão de cuidado em concreto. Ainda assim, encontro resultados benéficos neste momento de partilha, na medida em que, chama à prática diária o julgamento ético permitindo uma avaliação das práticas para um agir de acordo com a nossa deontologia profissional.

Com esta experiência considero que desenvolvi as seguintes competências: *Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade; Promove a proteção dos direitos humanos; e Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente* (Regulamento n.º 140/2019).

No que respeita à complexidade na abordagem da lesão tecidular por queimadura, seja nas intervenções de higienização, de terapêutica ou de prevenção, a necessidade de cuidado de enfermagem especializado surge documentada desde cedo, exemplo Cruz & Muller (1976). Em virtude de ser através de uma prática baseada na evidência que se sustentam opções terapêuticas e cuidado de enfermagem garantindo cuidados de qualidade, esta foi uma área de grande dedicação pessoal. Na procura de uma prática especializada levei a estágio, para discussão, resultados importantes para a construção de um saber-fazer atualizado. Neste âmbito de partilha de informação apraz-me refletir sobre uma prática habitual na UQ, a formação em serviço. Considerando a evidente necessidade de formação permanente para a renovação de conhecimentos adquiridos (Dias J.,2004) são criados vários momentos formativos, dos quais tive oportunidade de participar em três, ministrados por enfermeiros peritos e/ou especialistas do serviço. A criação de um espaço de partilha, a meu ver, gera uma dinâmica convidativa à envolvimento de todos, tornando-nos intervenientes neste processo formativo, tendo como objetivo final a melhoria contínua da qualidade do cuidado.

Considerando que “a teoria é um excelente instrumento para explicar e prever” e que “dá forma às perguntas e permite o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos” (Benner, 2001, p. 32), à semelhança do percurso anterior e em resposta ao objetivo específico B) *contribuir para a promoção da qualidade do sono na pessoa em situação crítica no*

contexto de UQ, permiti-me entender como a problemática da qualidade do sono é alvo de preocupação neste local de estágio.

Após abordagem aos protocolos e procedimentos em vigor no serviço e sondagem dos profissionais, percebi que não existia documentação orientadora para a problemática em análise, o que deixava a valorização do fenómeno dependente da expressão individual de cada profissional com base na sua sensibilidade e/ou conhecimento. Era perceptível um comportamento de valoração do Sono enquanto necessidade e um esforço geral em suprimir fatores perturbadores. Por diversas vezes assisti à referência da pessoa “que não conseguia dormir” (*sic*) associado a uma atitude interventiva por parte do enfermeiro da UQ: encerramento de cortinas na redução de luminosidade; ajuste de alarmes para redução de ruído; antecipar de cuidados sem extrema necessidade para não interromper o sono; garantir prescrição de sedativos. Intervenções que se sustentam numa prática não documentada e sem um fundamento com base em evidência parecendo-me refletir apenas um conhecimento da praxis adquirido ao longo do tempo, o que segundo Benner (2001) exigia estratégias para reconhecer esse saber-fazer com vista ao seu desenvolvimento e melhoramento. Na partilha do fenómeno apercebi-me do interesse dos enfermeiros no mesmo, no sentido da capacitação para a justificação da ação, em conjunto com a colega Ana Rita Correia, desenvolvi uma proposta de norma para protocolo *Quiet-Time* (Anexo II) com base na evidência disponível.

Numa fase inicial procedeu-se à pesquisa da melhor evidência para fundamento da prática a instituir. Posteriormente, já numa etapa de construção e com a consulta de peritos (três enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica de duas instituições diferentes), entendemos que seria pertinente não só a criação de um protocolo de acordo com as necessidades previamente identificadas (Apêndice II), mas também uma grelha de auditoria (Apêndice III), uma sinalética para a hora de repouso (Apêndice IV) e uma ferramenta para divulgação e consulta rápida por parte dos profissionais em forma de cartaz (Apêndice V).

Ao longo deste processo de construção entendemos que a elaboração desta tipologia de protocolo iria permitir a criação de um ambiente mais calmo e tranquilo, promotor do sono e repouso através: do controlo de estímulos ambientais (exemplo: luz, ruído, temperatura), do controlo de fatores psicoemocionais (ansiedade, medo), da promoção do conforto e por exemplo do alívio da dor, sendo que também contemplaria a eventual necessidade de

administração de fármacos (Maidl, Leske, & Garcia, 2014; Pulak & Jensen, 2016). Fruto da sugestão direta da consulta de peritos, a criação da grelha de auditoria (Apêndice III) permitiria, numa fase inicial, avaliar não só a aplicabilidade do protocolo, mas também a adesão dos profissionais. Já na fase final, todos os instrumentos criados foram validados pelos peritos envolvidos. Selecionamos como peritos enfermeiros com o mínimo de 10 anos de experiência profissional, 5 em UQ; com título profissional de Enfermeiro Especialista.

A criação de uma proposta de norma exige uma apreciação e validação por parte da direção de enfermagem que, em virtude da pandemia CoViD-19, se encontrava atrasada na resposta a esta tipologia de submissões. Assim, não incorrendo no risco de divulgar um procedimento não validado pelas entidades competentes, foi com recurso ao cartaz elaborado (Apêndice V) que suporrei a divulgação do fenómeno, através de comunicação com os profissionais por exemplo em passagem de turno.

A apreciação geral foi positiva, consideraram uma ferramenta útil para a adoção de uma atitude confortadora com base em intervenções centradas nas necessidades de sono e repouso das pessoas, sob um fundamento com base em evidência capaz de sustentar uma mudança no sentido da melhoria da qualidade do cuidado. Não tendo sido possível quer a aplicação do protocolo quer da grelha de auditoria, foram preparados todos os documentos necessários para aplicação por parte do serviço após adjudicação.

Nesta abordagem especializada da necessidade identificada e, em virtude do que a evidência mostra ser o impacto da privação do sono na pessoa, particularmente em situação crítica, muito pelas características quer do ambiente quer da situação clínica, tanto na saúde física mas também na manutenção da saúde psíquica (Kamdar et al., 2012a; Costa & Ceolim, 2013; Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015; Almeida et al., 2016; Knauert, et al., 2018), impera uma capacidade de mobilizar conhecimentos e competências. Através da evidência entende-se que os enfermeiros sentem necessidade de mais formação na área do fenómeno em discussão (Gellerstedt et al., 2015, Hopper et al., 2017; Ding et al., 2017) e que há consenso numa prática fundamentada em conceções individuais e muito sustentada na partilha com os pares (Gellerstedt et al., 2015; Hopper et al., 2017). É, portanto, notório que os enfermeiros especialistas, em pleno domínio das suas competências do *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais* devem levar à sua prática o resultado da melhor evidência, promovendo uma adequação da ação dos pares.

Importa salientar que as experiências vividas permitem-me reconhecer o lugar privilegiado que tem o enfermeiro especialista na abordagem da pessoa, valorizando-a no seu todo, colocando-a numa posição de participante ativo na resolução positiva do seu processo de saúde-doença. Numa visão confortadora este, em parceria com a pessoa em situação crítica, planeia o caminho mais adequado de acordo com as suas vontades, necessidades e capacidades, capacitando-o, acompanhando-o, auxiliando-o ou substituindo-o com vista o conforto pleno e o bem-estar.

Em jeito retrospectivo, transversal às duas realidades de estágio, é impossível finalizar sem destacar o papel do enfermeiro especialista enquanto gestor e líder. Perceber de perto as funções de gestão e coordenação de um serviço e o seu impacto nos processos de melhoria. Vi: a procura da excelência do cuidado; o investimento na minimização de risco clínico e não clínico; a dinamização de respostas às problemáticas; a antecipação de necessidades do próprio serviço; o seu papel de referência entre pares, fundamentando em evidência e também o papel de auditor. Algo que contribuiu, sobremaneira, para este meu caminho de crescimento profissional.

CONCLUSÃO

Consciente de que o saber especializado em enfermagem resulta de um processo de construção, assente numa prática refletida, o presente relatório demonstra o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa a vivenciar processos de saúde-doença complexos.

É saindo da nossa zona de conforto que somos expostos a realidades e vivências novas, que se levantam questões e que se gera a incerteza que nos mobilizam no sentido da aprendizagem e da construção de uma identidade à luz das competências ambicionadas.

Em cada realidade foram identificadas necessidades de desenvolvimento de competências tendo sido definidos objetivos, atividades e indicadores de resultado, o que culmina num percurso de sucesso no que respeita à aquisição de competências.

O estágio na UCICCT, a primeira realidade vivida, permitiu aprofundar competências técnicas e comunicacionais, desenvolver um olhar crítico na área do controlo de infeção através do planeamento de ações com vista à melhoria da qualidade do cuidado. Perceber a pertinência do fenómeno em estudo – o sono - através da avaliação da ação confortadora na pessoa em situação crítica no cuidado especializado diário. Permitiu também levar à prática através da partilha, informação com base em evidência que serviu de orientação para ação colocando-me numa posição importante como fonte de conhecimento e experiência relevante perante os colegas.

A experiência na UQ foi de extrema significância, contribuiu sobremaneira para um enriquecimento profissional e pessoal dada à complexidade da pessoa em situação crítica vítima de lesão tecidual, tanto pelo atingimento orgânico, mas também pelo compromisso ao nível psicoemocional e até familiar. Compreendi a importância de um cuidado especializado na sua vertente mais técnica, seja na identificação de focos subtis de instabilidade, na urgência da intervenção adequada bem como na previsão de complicações para garantir cuidado urgente e emergente adequado. Entendi como a visão holística da

pessoa em situação crítica permite trabalhar com elas no sentido da criação de competências para a gestão de uma dimensão psicoemocional afetada, com intuito final uma sensação de conforto essencial. O impacto do afastamento da família marcado pela pandemia CoVid19 mostrou repercussões tanto nas pessoas hospitalizadas como na sua família, algo que exigiu de mim a procura de estratégias comunicacionais no sentido de garantir uma abordagem especializada a este foco de atenção. Neste local, foi-me ainda possível identificar necessidades de formação na área da promoção do sono e repouso, tendo sido construído um protocolo *Quiet Time* com base na evidência. Difundido pelos profissionais do serviço foi recebido com interesse e senso de adequação no sentido de uma aprendizagem para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Ao longo dos locais de estágio mantive como postulado o cuidado de enfermagem de qualidade numa perspetiva de parceira com a pessoa e família, com respeito pela sua individualidade e subjetividade, procurando responder às suas necessidades de conforto numa abordagem multidimensional (física, psicológica, emocional e ambiental).

Admito ainda como contributo forte para o sucesso deste trajeto, a minha experiência profissional. De facto, cerca de onze anos de enfermagem num SUMC, adita um conjunto de saberes que facilitam o desenvolvimento de competências especializadas. O facto de, no meu local de trabalho, desempenhar um papel de chefia de equipa, sendo profissional de referência para os outros, com um nível de perito identificado, impõe em mim um senso de aprendizagem contínua com base em evidência. A capacidade de resolução de problemas em situações novas e inesperadas, de gestão de equipas, de gestão de conflitos e do domínio da gestão do cuidado à pessoa em situação crítica, desenvolvida ao longo de anos, permitiu que existisse espaço para desenvolver outro nível de competências do domínio ético-deontológico e da melhoria contínua da qualidade. Assim, numa procura incessante pelo crescimento profissional e pessoal, todas as dificuldades identificadas foram ultrapassadas com empenho e dedicação, com o suporte das enfermeiras orientadoras, dos pares e da equipa multidisciplinar, culminando numa verdadeira integração no seio das equipas de ambos os serviços.

O incurso neste 2º ciclo de estudos, permitiu também desenvolver e aprofundar conhecimentos obtidos no 1º ciclo. A construção de uma Revisão Sistemática de Literatura, em coautoria, é fruto do interesse em responder à questão colocada sobre a perspetiva da

qualidade do sono, com o objetivo final de compreender qual o significado e assim adequar a abordagem ao problema identificado. Está no plano a disseminação de resultados no sentido da partilha para a adequação da *praxis* e como contributo para a construção de uma rede de saberes próprios da Ciência de Enfermagem.

Este percurso esteve acompanhado de algumas dificuldades e limitações que tornaram inexoravelmente este processo um desafio de superação e crescimento. A minha total dedicação ao 2º ciclo de estudos viu-se afetada pelo período pandémico vivido, que ao condicionar intensamente a minha vida profissional teve também um impacto significativo na interação com o habitual suporte familiar.

Portanto, através da análise das experiências vividas entendo que este percurso além de me possibilitar a aquisição e validação de competências, permite um novo olhar para a essência da nossa profissão. A pertinência do enfermeiro EEMC e mestre assume assim um novo entendimento e valorização individual. Ainda que o desenvolvimento pessoal, pelas suas características inerentes, exija uma maturação prolongada no tempo, entendo que toda a experiência vivida causou impacto na minha forma de pensar e consequentemente no meu agir. A título profissional, entendo que me coloca numa posição privilegiada quer pela promoção do pensamento crítico no outro quer pelo suporte que trás ao agente ativo que me tornei na transmissão de conhecimento com vista à mudança de práticas. Acrescem assim responsabilidades no desenvolvimento contínuo no âmbito profissional e pessoal, promovendo uma Enfermagem Avançada através da excelência no exercício, contribuindo para a visibilidade da profissão enquanto ciência e para o desenvolvimento de competências dos pares (Silva, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *RT nº13/2019: Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados*. Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-Unidades-de-Queimados.pdf>

Alcázar-Gabás, M., Fidalgo-Pamplona, M.P., & Laplana-Miguel, O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 40(2), 159-169. Retirado de <https://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922014000200005>

Allgood, M.R. (Ed.). (2014). *Nursing theorists and their work*. St. Louis, Missouri: Elsevier mosby.

Almeida, B., Silva, P., Souza, J., & Magro, M. (2016). Sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10(12), 4494-4500. Doi:10.5205/1981-8963-v10i12a11515p4494-4500-2016

Al-Mousawi, A. M., Mecott-Rivera, G. A., Jeschke, M. G., & Herndon, D. N. (2009). Burn teams and burn centers: the importance of a comprehensive team approach to burn care. *Clinics in plastic surgery*, 36(4), 547-554. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.cps.2009.05.015>

American Thoracic Society, & the Infectious Diseases 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. *Revista Referência*. 2(9), 61-67. Retirado de <http://www.index-f.com/referencia/2009/9-6167.php>

Assembleia Geral das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Retirado de <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

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: publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 41(6), 539-546. Retirado de <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>

Benner P. (2001). *“De Iniciado a Perito” – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bergamasco, E. C., Rossi, L. A., Amancio, A., & Carvalho, E. C. (2002). Body image of patients with burns sequelae: evaluation through the critical incident technique. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 28(1), 47-52. Retirado de [https://doi.org/10.1016/s0305-4179\(01\)00065-1](https://doi.org/10.1016/s0305-4179(01)00065-1)

Biazim, S. K., Souza, D. A., Carraro Junior, H., Richards, K., & Valderramas, S. (2020). The Richards-Campbell Sleep Questionnaire and Sleep in the Intensive Care Unit Questionnaire: translation to Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *Jornal brasileiro de pneumologia: publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 46(4). Retirado de <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20180237>

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 288(6430), 1597-1599. Retirado de <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>

Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, (2), 138-142. Doi: 10.1016/S1548-5315(11)70867-1

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

Cameron, K.S., & Quinn, R.E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*. San Francisco: Jossey-Bass

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* (4th ed.), 13-23. Philadelphia: Elsevier Saunders

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

Cruz, A. O., & Muller, L. (1976). Balneoterapia do paciente queimado sistematização do atendimento de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 29(2), 87-90. Retirado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-716719760002000012>

Cruzeiro, C., Cabral, L., & Teles, L. (1998). Contributions to the history of burn treatment. *Acta Médica Portuguesa*, 11(3), 271-276. Retirado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2224/1643>

Daniele, M. (2012). The Nursing Management of Cardiac Arrest in the Emergency Departments: The Experience of Cuneo. *Open Access Scientific Reports*, 1(1), 1-12. doi:10.4172/scientificreports.138

Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República: n.º 60/2006, Série I-A. Retirado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência. (2013). Diário da República: n.º 151/2013, Série I. Retirado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/115/2013/08/07/p/dre/pt/html>

Deodato, S. (2014) *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edições Almedina

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República: n.º 153/2014, Série II. Retirado https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn

Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Diário da República: n.º 28/2015, Série II. Retirado de <https://dre.pt/application/filr/a/66457154>

Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?*. Loures: Lusociência

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: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(4), 278-286. Retirado de <https://doi.org/10.4037/ajcc2017333>

Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência hospitalar de Urgência/Emergência*. Retirado de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direcção-Geral da Saúde. (2015a). Norma n.º 021/2015 atualizada a 30/05/2017, “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2015b). Norma n.º 022/2015 de 16/12/2015, “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direcção-Geral da Saúde. (2017b). Norma n.º 022/2012 atualizada a 13/07/2017, *Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto*. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012-png.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2017c). Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017, *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

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. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001>.

Fernández-Sanz, P. L., Sanz-Pupo, N. J., Rodríguez-Pascual, Y., & González-Pérez, B. (2021). Factores diferenciales entre las etapas evolutivas de la isquemia mesentérica aguda. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(1). Retirado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000100006&lng=es&tlng=es.

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. Retirado de <https://doi.org/10.1164/ajrcm.163.2.9912128>

Gellerstedt, L., Medin, J., Kumlin, M., & Karlsson, M. R. (2015). Nurses' experiences of hospitalized patients' sleep in Sweden: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3664-3673. Retirado de <https://doi.org/10.1111/jocn.12985>

Greenfield, E. (2010). The pivotal role of nursing personnel in burn care. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 43(Suppl), S94-S100. doi: 10.4103/0970-0358.70728

Grossi, S. A. (2006). O manejo da cetoacidose em pacientes com Diabetes Mellitus: subsídios para a prática clínica de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4) doi: 10.1590/S0080-62342006000400019

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. New York: Macmillan

Hopper, K., Fried, T. R., & Pisani, M. A. (2017). 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. Retirado de: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.01.011>

Jeschke, M. G., Van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. (2020). Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(11). Retirado de: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5>

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: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 21(4), 261–269. doi:10.4037/ajcc2012111

Knauert, M.P., Pisani, M., Redeker, N., Murphy, T., Araujo, K., Jeon, S., & Yaggi H. (2019). Pilot study: an intensive care unit sleep promotion protocol. *BMJ open respiratory research*, 6(1). 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, non-pharmacologic 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*. New York: Springer

Kulshrestha, A., & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: recent concepts. *Indian journal of anesthesia*, 60(7), 451-457. doi: 10.4103/0019-5049.186012

Lei n.º 15/2014 – Legislação consolidada (2014) Diário da República n.º 57/2014, Série I. Retirado de <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/p/cons/20190909/pt/html>

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015) Diário da República n.º 181/2015, Série I. Retirado de <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

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. Retirado de <https://doi.org/10.3390/healthcare8030351>

Lopes, H., & Frias, A (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(6), 55-58. Retirado de <https://hdl.handle.net/10174/13491>

Maidl, C. A., Leske, J. S., & Garcia, A. E. (2014). The influence of “quiet time” for patients in critical care. *Clinical nursing research*, 23(5), 544-559. Retirado de <https://doi.org/10.1177/1054773813493000>

Marschall, J., Mermel, L. A., Fakih, M., Hadaway, L., Kallen, A., O’Grady, N. P., ..., & Society for Healthcare Epidemiology of America. (2014). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection control and hospital epidemiology*, 35(7), 735-771. Retirado de <https://doi.org/10.1086/676533>

Martin, L., Byrnes, M., McGarry, S., Rea, S., & Wood, F. (2017). Social challenges of visible scarring after severe burn: A qualitative analysis, *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 43(1), 76-83. doi:10.1016/j.burns.2016.07.027

Morais, G.S., Costa, S. F., Fontes, D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 323-327. Retirado de <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300014>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8(e022202). doi: 10.1136/bmjopen-2018-022202

NANDA-International (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed

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. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.005>

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

O’Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., ..., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9), 162-193. Retirado de <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

Ordem do Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Parecer n.º 09/2017 *Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Médicos [Comissão da Competência em Emergência Médica] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doente crítico: recomendações*. Retirado de https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recomendacoes_Doente_Critico.pdf

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., . . . , & Coutinho, P. (2016). *Rede de referência de medicina intensiva*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., . . . , & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.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

Pulak, L. M., & Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of intensive care medicine*, 31(1), 14-23. Retirado de <https://doi.org/10.1177/0885066614538749>

Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República: n.º 35/2011, Série II. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/3477013>

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: n.º 135/2018, Série II. Retirado de <https://dre.pt/home/-/dre/115698616/details/maximized>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos enfermeiros. (2018). Diário da República: n.º 135/2018, Série II. Retirado de <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: n.º 29/2019, Série II. Retirado de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. (2001). Diário da República n.º 2/2001, Série I-A. Retirado de <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/1/2001/01/03/p/dre/pt/html>

Silva, A.P. (2007) Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55(1/2), 11-20.

Silva, D.M. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26. Retirado de http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm.

Silva, R.C. & Ferreira, M.A. (2011). Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 98-105. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100015

Stefanelli M. C., Carvalho E. C., & Abrantes, E. C. (2012). Comunicação e enfermagem. In M. Stefanelli & E. Carvalho (Eds.), *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. (p. 4). Brasil: Editora Manole

Tembo, A., 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. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.05.003>

Tetteh, L., Aziato, L., Mensah, G. P., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kwegvir-Afful, EÇ (2020). Burns pain management: The role of nurse-patient communication. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, (20). Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.11.011>

Tigulini, R.D., & Melo, M. R. (2002). Communication among nurses, family and the critical patient. *Brazilian nursing communication symposium*, 8. Retirado de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200047&script=sci_arttext&tlng=pt

World Health Organization (2005). *World Alliance for Patient Safety: The Global Patient Safety Challenge 2005-2006 "Clean Care is Safer Care"*. Geneva: World Health Organization. Retirado de https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf

World Health Organization (2009). *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care*. Geneva: World Health Organization. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144013/>

World Health Organization. (1996). *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*, 2ª ed. Geneva: World Health Organization. Retirado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>

Yildirim, D., Hut, A., Tatar, C., Dönmez, T., Akinci, M., & Toptas, M. (2017). Prognostic factors in patients with acute mesenteric ischemia. *Turkish journal of surgery*, 33(2), 104-109. Retirado de <https://doi.org/10.5152/UCD.2016.3534>

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 – Revisão Sistemática da Literatura

O significado da experiência do sono na perspetiva da pessoa em situação crítica e dos enfermeiros: uma revisão sistemática de literatura de significado.

The meaning of sleep experiences in the perspective of a person in critical situation and the nurses: a systematic review of qualitative evidence.

Por:

Ana Rita Correia¹, Andreia Almeida¹, Filipa Veludo², Rita Marques²

¹ Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP;

² PhD em Enfermagem Avançada; Professora Assistente da UCP

Lisboa - 2021

RESUMO

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.

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.

Método: Realizou-se uma revisão sistemática de literatura de evidência de significado, 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.

Resultados: A problemática da disrupção do sono em ambientes críticos continua a ser transversal à maioria das experiências relatadas. Contudo, a exploração deste fenómeno sob a perspetiva 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 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.

ABSTRACT

Aim: This review aims to understand the meaning that people in critical situations attribute to the experience of sleep; and understand the meaning that nurses attribute to the experience of sleep of the person in critical situation.

Introduction: Sleep is a vital and complex process, influenced by numerous factors. A significant correlation between critical care environments and poor sleep quality is known, with a negative impact on physical and mental health. In these disruptive contexts, understanding the meaning of the sleep experience allows awareness and adequacy of the comforting professional attitude.

Method: A systematic literature review of evidence of meaning was conducted, using research through the search engines EBSCO Host and PubMed in the period between November 2020 and February 2021. Respecting the selection criteria defined, two independent reviewers selected and analysed a total of 6 qualitative methodology articles, available in full text format and without temporal limitation.

Results: The problem of sleep disorder in critical environments remains transversal to most of the experiences reported. However, the exploration of this phenomenon from the subjective perspective of people allows: to infer a positive meaning to some environmental factors usually disturbing sleep; valuing psychological factors; and simultaneously recognize the impact of this experience on recovery. The appreciation of professionals on the experience of sleep of people in critical situations confirms the importance given to quality sleep. It is in the exploration of the meaning that they are confronted with their limitations of knowledge and of grounded interventions that promoters of sleep.

Conclusion: The experience of sleep in a critical environment is impacting not only on the experience of the critical disease process, but also in the recovery process, an opinion shared by both people and professionals. Although both consider the importance of sleep quality as a subjective and multifactorial process, we see a disparity in the appreciation of disruptive factors and in the evaluation of sleep quality.

Keywords: sleep, experience, person in critical condition, nursing.

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, Nguyen, Pichereau, Maury, Fleury & Fagondes, 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). Já 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 e o 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 concetuais 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).

Através de 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? (2) Qual o significado atribuído pelos enfermeiros à experiência do sono da pessoa em situação crítica?

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 (Aromatis & 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
População	Adultos com mais de 18 anos; Enfermeiros;	Crianças
Fenómeno de interesse	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.	
Contexto	Qualquer contexto onde se encontrem pessoas em situação crítica.	Enfermaria
Tipo de estudos	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 descritores de interesse, posteriormente validados como descritores DeCS/MeSH.

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

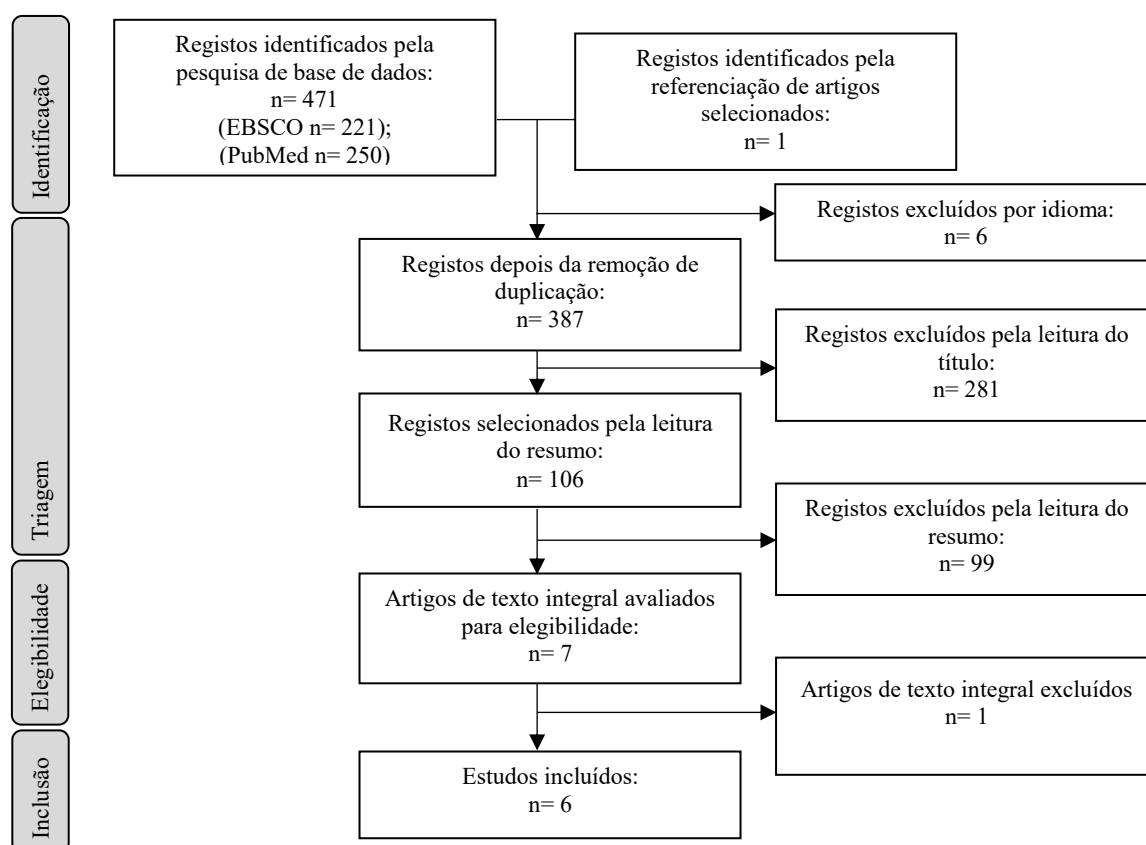
A pesquisa decorreu durante o período de 25 de Novembro de 2020 a 19 de Fevereiro de 2021 com recurso às seguintes bases de dados presentes no motor de busca *EBSCOHost* (*CINAHL complete*; *MEDLINE complete*; *Database of Abstracts of Reviews of Effects*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*,

*Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; MedicLatina)
e PubMed.*

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 (Aromatis & Munn, 2020) na figura 1.

Figura 1. Diagrama PRISMA Flow da estratégia de pesquisa



Fonte: Adaptado de Aromatis & Munn (2020):

Da amostra final, 3 artigos responderam à primeira pergunta 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 (Aromatis & 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 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; Título (Autores; ano, país)	Objetivo(s) do estudo	Metodologia	Principais Conclusões
<i>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	(1) Perspetiva das pessoas: 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 família. Todos descrevem extrema exaustão relacionado com a insuficiência de sono de qualidade e

2; Health care worker attitudes and identified barriers to patient sleep in the medical intensive care unit

Hopper K., Fried T. & Pisani, M.; (2017, EUA)

		quantidade na UCI, impactando o seu pós-alta hospitalar mantendo distúrbios de sono limitados no tempo até à retoma das suas rotinas prévias.
		(2) Perspetiva dos profissionais -----
Identificar barreiras ao sono das pessoas em UCI, do ponto de vista dos profissionais.	Qualitativo (Grounded Theory)	(1) Perspetiva das pessoas -----
		(2) Perspetiva dos profissionais 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 interrupção 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 promoção de sono, e as políticas institucionais

3; *Factors Influencing Patients' Sleep in the Intensive Care Unit: Perceptions of Patients and Clinical Staff*

Ding, Q. et al;
(2017, EUA)

		hospitalares poderão interferir com a experiência do sono das pessoas.
(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;	Qualitativo Exploratório	<p>(1) Perspetiva das pessoas</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> 29% classifica o seu sono como pobre, face a 57% que considera a qualidade de sono boa. 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> Gestão emocional, apontando a proximidade com os profissionais como estratégia tranquilizadora.</p>
(ii) Conhecer estratégias sugeridas pelas pessoas, <i>surrogates</i> , e profissionais para modificar os fatores identificados e melhorar a experiência de sono;		
(iii) Conhecer se existem diferenças entre pessoas e profissionais no que respeita		

<p>às suas percepções e crenças sobre os potenciais fatores de UCI e o impacto no sono.</p>		<p>43% solicita sedação noturna.</p> <p>(2) Perspetiva dos profissionais</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>.Percepção 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 perspectiva das pessoas de que sono de qualidade é importante para a recuperação.</p> <p><i>.Estratégias promotoras do sono:</i></p> <p>Agrupamento de cuidados, agendamento de intervenções e controlo ambiental como estratégias primordiais. 42% dos profissionais reconhece a necessidade de formação baseada em evidência.</p>
---	--	---

4; Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit

Engwall, M.
et al;
(2015, Suécia)

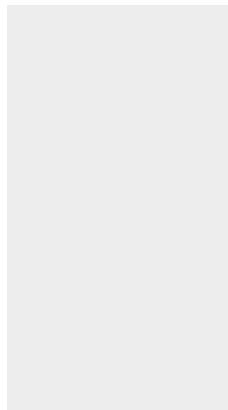
5; Nurses' experiences of hospitalised patients' sleep in Sweden: a qualitative study

		Apenas 21% considera recorrer à sedação noturna.
(i) Avaliar e comparar as experiências de pessoas em ambientes luminosos em dois quartos de UCI com diferentes luminosidades; (ii) Descrever as experiências das pessoas num quarto de ICU equipado com sistema de luz regulada.	Misto (i) Comparativo, Descritivo (ii) Exploratório, Descritivo	(1) Perspetiva das pessoas 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. 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. Ênfase na importância do sono na recuperação da pessoa.
		(2) Perspetiva dos profissionais -----
Descrever a experiência dos enfermeiros sobre o sono das pessoas num hospital de emergência	Qualitativo Descritivo (Focus Group)	(1) Perspetiva das pessoas -----
		(2) Perspetiva dos profissionais 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

<p>Gellerstedt, L. et al; (2015, Suécia)</p>	<p>e suas percepções sobre as intervenções promotoras do sono.</p>		<p>em fazer observação 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.</p> <p>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><i>6; The experience of sleep deprivation in intensive care patients: Findings from a larger hermeneutic phenomenological study</i></p> <p>Tembo, A., Parker, V. & 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</p>	<p>Qualitativo Fenomenológico</p>	<p>(1) Perspetiva das pessoas</p> <p>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.</p> <p>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</p>

<p>vida no pós-alta.</p>		<p>acordar e o testemunho da morte de outros em seu redor.</p> <p>Os pesadelos vividos em pós-alta fazem reviver as experiências negativas na UCI.</p> <p>O sono é encarado não só como símbolo de efetiva recuperação mas simultaneamente um meio para a atingir.</p>
		<p>(2) Perspetiva dos profissionais</p> <p>-----</p>

Fonte: elaboração própria



DISCUSSÃO DE RESULTADOS

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).

Significado da experiência de sono nas pessoas em situação crítica:

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 artigo 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 em situação crítica, 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). Tempo 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. Na literatura, outros autores como Beltrami et al. (2015) e Pisani et al. (2015) 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.

Significado da experiência dos profissionais acerca 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 perspectiva 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 o 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 perspectiva 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 á 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 ao seu cuidado (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 & Goode (2014) explicitam 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.

CONCLUSÕES

A investigação sugere que a experiência do sono vivido 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. Consta-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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Apóstolo, J.L. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 2(9), 61-67. Retirado de <http://www.index-f.com/referencia/2009/9-6167.php>

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: publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 41(6), 539-546. Retirado de <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>

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* (4th ed.). (pp. 13-23). Philadelphia: Elsevier Saunders.

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: doi.org/10.1590/S0080-62342013000100006

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: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(4), 278-286. Retirado de <https://doi.org/10.4037/ajcc2017333>

E. Aromataris & Z. Munn (Eds.). (2020) *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Retirado de <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

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. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001>.

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. Retirado de <https://doi.org/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. Retirado de <https://doi.org/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.

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. Retirado de <https://doi.org/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: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 21(4), 261-269. Retirado de <https://doi.org/10.4037/ajcc2012111>

Knauert, M.P., Pisani, M., Redeker, N., Murphy, T., Araujo, K., Jeon, S., & 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, non-pharmacologic 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*. New York: Springer.

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. Retirado de <https://doi.org/10.3390/healthcare8030351>

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. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.005>.


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

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

Tembo, A., 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. Retirado de <https://doi.org/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. Retirado de <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.2>

APÊNDICE II – Proposta de Norma: Promoção da Qualidade de Sono na
Unidade de Queimados

	<p align="center">Elaborado por: Enf.^a Andreia Almeida; Enf.^a Ana Rita Correia; Em colaboração com: Enf.^a Carla Coelho; Enf.^a Luísa Macau</p>
<p align="center">Proposta de NORMA __/____</p>	
<p align="center">Promoção da Qualidade de Sono na Unidade Queimados</p>	<p align="center">Aprovado em:</p>
<p align="center">Elaborado em: Dezembro / 2020</p>	<p align="center">Revisão:</p>

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 das pessoas em situação crítica em permanência na Unidade de Queimados (UQ).

3. Definições

SONO	<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</p>
-------------	--

	<p>de 4 a 6 ciclos de 90 a 100 minutos onde se assiste à alternância de períodos de sono NREM (subdivididos em três estádios 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 das pessoas é altamente fragmentado e de má qualidade (3-5).</p>
<p>QUALIDADE DO SONO</p> <p>QUALIDADE DO SONO</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” (6, p.12).</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 (7). Vários autores referem que as UCI's são locais propensos à má qualidade do sono, pelas suas características inerentes (3-5;8-10). 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, stress, medo e dor (3,5,8-11).</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 (4,5,10). As consequências desta problemática parecem ter um atingimento multissistémico, desde o sistema cardiovascular, respiratório, metabólico, imunológico e neurológico (3,5).</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 index. 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</p>

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 ^(3,5,12).

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 – Maio 2016.
- 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
- 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 UQ.

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 ^(3,5).
- Tratam-se de recomendações com base na evidência ^(13,14) que não exigem a sua implementação numa sequência estruturada.
- 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 ⁽¹¹⁾.
- A importância de registar diariamente a avaliação subjetiva da pessoa 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 ⁽¹¹⁾.

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>	<ul style="list-style-type: none">. Providenciar tampões auriculares por doente, se aplicável;. Personalizar os limites de alarmes sonoros do monitor e equipamentos;. Diminuir volume dos alarmes sonoros ao limite mínimo aceitável;. Suspende alarmes sonoros dispensáveis durante o período noturno;. Suspende temporariamente os alarmes sonoros da monitorização antes da realização de procedimentos (colheita de sangue em linha arterial, elevação de cabeceiras ou alternância de decúbitos, ...);. Proceder à substituição de seringas e bombas perfusoras de forma antecipada ao alarme sonoro do seu término;. Desligar rampas de aspiração e de oxigénio sempre que não estão a ser utilizados;. Reduzir ao mínimo possível o volume sonoro do telefone de serviço da unidade e silenciar telefones pessoais;. Minimizar níveis de ruído durante diálogos e momentos de passagem de turno durante o período noturno;	<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>

	<ul style="list-style-type: none"> . Permitir portas fechadas nas unidades sempre que possível não comprometendo vigilância; . Minimizar entrada e saída de elementos dispensáveis nas unidades dos utentes; . Prever a necessidade de antecipar atividades ruidosas (esvaziamento de lixos, limpeza de unidade, ...); . Colocar sinalética de sensibilização de período “<i>Quiet Time</i>” na porta da unidade a partir das 23H, se aplicável. 	<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>
<i>Controlo de Luminosidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Providenciar venda ocular por utente, se aplicável; . 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, ...) . Regular a intensidade da luminosidade dos monitores próximos da cabeceira do utente; . Correr cortinas individualizadas de cada unidade; . Permitir exposição solar natural sempre que possível durante o período diurno; 	<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>
<i>Controlo de Temperatura</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Medir temperatura corporal do utente; . Providenciar recursos para aquecimento corporal; . Atentar para necessidade de arrefecimento corporal; 	<p>Garantir temperatura ambiente adequada e promover conforto.</p>
<i>Gestão de Horário de Atividades</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Adequar rotinas de cuidados de enfermagem face às necessidades individualizadas; . Protelar ações não prioritárias para um horário mais tardio, quando clinicamente aceitável; 	<p>Adequar intervenções de forma a minimizar fragmentação do sono.</p>

<p><i>Conforto Físico e Sensorial</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Verificar as condições do leito do utente (humidade, sujidade, lençóis esticados...); . Garantir posicionamentos assegurando alinhamento corporal e alívio de zonas de pressão; . Prestar massagem de relaxamento corporal, salvo contra indicações clínicas; 	<p>Proporcionar conforto.</p> <p>Minimizar risco de dor.</p> <p>Garantir outras técnicas de relaxamento.</p>
<p><i>Controlo da Dor</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Avaliar dor de acordo com escala adequada, caracterizando-a; . Proporcionar alívio de dor com medidas não farmacológicas e gerir administração de terapêutica analgésica prescrita; . 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.</p>
<p><i>Vigilância Ventilatória</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Atentar a sinais de dessincronia ou desadaptação ventilatória no utente sob ventilação mecânica; 	<p>Proporcionar conforto.</p>
<p><i>Conforto Psicoespiritual</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Promover disponibilidade e escuta ativa para verbalização de medos; . Utilizar estratégias comunicacionais na minimização de ansiedade; . Estar presente, apresentando-se e disponibilizando meios de chamada; . Fazer uso do toque terapêutico como meio de transmissão de confiança e redução de stress; . 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.</p>

<p><i>Gestão Terapêutica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Considerar a necessidade de recurso a terapêutica farmacológica indutora do sono; . Gerir administração terapêutica conjuntamente com equipa clínica em horário adequado; 	<p>Adequar intervenções e promover conforto.</p>
----------------------------------	--	--

6.5 Registos

Avaliação subjetiva do padrão 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 UQ.
- II. Sinalética de sensibilização ao período de repouso “*Quiet Time*” para afixação.
- III. Cartaz-resumo das medidas confortadoras da Promoção do Sono na UQ.

APÊNDICE III - Folha de Auditoria Interna para Avaliação da Promoção da
Qualidade na Unidade de Queimados.

Auditoria Interna Norma ___/___ : Promoção da Qualidade do Sono na UQ.		ID utente:			
Auditor:		Data e hora:		Localização:	
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?				
	Diminuído volume dos alarmes sonoros ao limite mínimo aceitável?				
	Suspensos os alarmes sonoros dispensáveis dos monitores e equipamentos durante o período noturno?				
	Suspensos temporariamente os alarmes sonoros da 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?				
	Minimizados níveis de ruído durante diálogos e momentos de passagem de turno durante o período noturno?				
	Foram antecipadas atividades potencialmente ruidosas (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?				
	Cortinas individualizadas de cada unidade encontram-se corridas?				
	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 (cobertores, aquecedores de ar controlado, ...)?				
	A temperatura ambiente da unidade está adequada?				
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?				
Gestão Terapêutica	Foi considerada a necessidade de recurso a terapêutica farmacológica indutora do sono?				
	Gerida prescrição de terapêutica indutora do sono consoante horário adequado?				
Sub-total					
Índice de conformidade*					%

* IQ = $\frac{\text{Total respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } _ \%$

APÊNDICE IV - Sinalética de Sensibilização ao período de repouso “Quiet Time” para afixação na Unidade de Queimados.



APÊNDICE V – Cartaz: Norma – Promoção da Qualidade do Sono na
Unidade de Queimados

Norma: Promoção da Qualidade do Sono — Unidade de Queimados

QUIET TIME



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

Desligar luzes de corredor e teto da unidade até as 06h00;
Usar luzes individuais da unidade do doente;
Reduzir luz dos monitores; Fechar cortinas/ portas;

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;

00h00
às
06h00

Elaborado por:

Enfª Andreia Almeida;

Enfª Ana Rita Correia

Enfª Carla Coelho;

Texto integral disponível

em :

