



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Estratégias Promotoras do Sono à Pessoa em Situação Crítica Internada em UCI

Maria da Conceição de Matos Varela

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Estratégias Promotoras do Sono à Pessoa em Situação Crítica Internada em UCI

Maria da Conceição de Matos Varela

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UC

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente:

Professor Doutor Adriano Pedro – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Vogais:

Professora Doutora Alice Ruivo – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal -
Arguente

Professora Maria Antónia Costa - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja -
Orientadora

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

À docente orientadora pela ajuda, disponibilidade, partilha e incentivo.

Aos enfermeiros supervisores clínicos, pelo percurso realizado ao meu lado, pelo profissionalismo, disponibilidade e partilha.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pela motivação para que chegasse ao fim desta caminhada.

Finalmente, à minha família pelo apoio e incentivo, em especial ao meu marido e filhos, que compreenderam as minhas ausências e me encorajaram nos momentos mais difíceis.

A todos, o meu muito e eterno obrigado!

RESUMO

Introdução: Este relatório reflete o percurso académico, orientado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação crítica. Foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Profissional, que teve por base, as perturbações do sono na pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos. **Objetivo:** Descrever as atividades e estratégias desenvolvidas durante o percurso formativo e as aprendizagens adquiridas rumo à aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica, bem como as Competências de Mestre em Enfermagem. **Metodologia:** Análise descritiva das principais atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo. Descrição do Projeto de Intervenção Profissional com recurso à Metodologia de Projeto, baseado na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. **Resultados:** Análise e reflexão das competências adquiridas ao longo do processo formativo. Promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica, no contexto do desenvolvimento de um Projeto de Intervenção Profissional, através da elaboração de uma Instrução de Trabalho, e de um Instrumento de Registo, com estratégias promotoras do sono. **Conclusão:** Análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do processo formativo. Pretendemos contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com perturbações do sono baseado em evidência científica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Sono; Unidade de Cuidados Intensivos; Qualidade e Segurança.

ABSTRACT

Introduction: This report reflects the academic path, oriented to obtaining the degree of master's in nursing and specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing: The People in Critical Situations. Professional Intervention Project was developed, based on sleep disturbances in people in critical condition admitted to an Intensive Care Unit. **Objective:** To describe the activities and strategies developed during the training course and the knowledge gained towards the acquisition of common skills of the Specialist Nurse, specific to the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing - the Person in Critical Situation, as well as the Master's Skills in Nursing. **Methodology:** Descriptive analysis of the main activities developed throughout the training course. Description of the Professional Intervention Project carried out in the final stage using the Project Methodology and based on Katharine Kolcaba Comfort Theory. **Results:** Analysis and reflection of the skills acquired throughout the training process. Promotion of the quality and safety of care provided to People in Critical Situations, in the context of the development of a Professional Intervention Project, through the preparation of a Work Instruction and a Registration Instrument, with sleep promoting strategies. **Conclusion:** Critical and reflective analysis of the process of acquiring and developing skills throughout the training process. We aim to contribute to the comfort of People in Critical Situations, to standardize and improve the quality and safety of nursing care provided to critically ill patients with sleeping disorders, based on the most current scientific evidence.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Sleep; Intensive Care Unit; Quality and Safety.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

Dec. Lei – Decreto Lei

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário de República

EE- Enfermeiro Especialista

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EF – Estágio Final

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica

EPSC – Estágio à Pessoa em Situação Crítica

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

IT – Instrução de Trabalho

nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobiano

PQCEEMC-PSC - Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RE – Relatório de estágio

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UC - Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UGR - Unidade de Gestão do Risco

UE – Universidade de Évora

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	20
1.1 – TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA	20
1.2 – QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	23
1.3 – O SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	25
1.3.1 – Fisiologia do sono	26
1.3.2 – Fatores que interferem na qualidade do sono	27
1.3.3 - Consequências das perturbações do sono	30
1.3.4 – Estratégias para promoção do sono	32
2 – APRECIACÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	37
2.1 – ESTÁGIO PSC	37
2.1.1 – Serviço de urgência	38
2.1.1.1 – Estrutura	38
2.1.1.2 – Recursos físicos e materiais	39
2.1.1.3 - Recursos humanos	40
2.1.1.4 – Análise de gestão e produção de cuidados	41
2.2 – ESTÁGIO FINAL	42
2.2.1 – Unidade de cuidados intensivos polivalente	43
2.2.1.1 – Estrutura	43
2.2.1.2 – Recursos físicos e materiais	45
2.2.1.3 - Recursos humanos	46

2.2.1.4 – Análise de gestão e produção de cuidados	47
2.2.1.5 – Estágios de observação	48
3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	52
3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	52
3.2 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	61
3.3 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO.....	62
3.4 – AVALIAÇÃO	70
3.5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	73
4 – ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	74
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	75
4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	86
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura taxonómica da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	22
Figura 2 – Conceptual Framework for Confort Theory.....	23
Figura 3 - Fluxograma de identificação e seleção de estudos	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores que interferem no padrão de sono	29
Tabela 2 - Consequências das perturbações do sono	31
Tabela 3 – Estratégias promotoras do sono	35
Tabela 4 – Nº total de episódios de urgência/2023 do SNS.....	41
Tabela 5 – Distribuição de doentes triados por cor no SU no ano de 2023.....	42
Tabela 6 - Análise SWOT	54
Tabela 7 – Critérios de elaboração da questão de investigação pelo método PCC	63
Tabela 8 - Tabela dos artigos selecionados.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Amostra da população participante no PIP.....	55
Gráfico 2 – Género da amostra.....	56
Gráfico 3 – Faixa etária da amostra.....	56
Gráfico 4 – Habilitações académicas da amostra	57
Gráfico 5 – Especialização em Enfermagem da amostra.....	57
Gráfico 6 – Distribuição da amostra por áreas de especialidade	58
Gráfico 7 – Experiência profissional da amostra	58
Gráfico 8 – Pertinência da temática	59
Gráfico 9 – Fatores perturbadores do sono	59
Gráfico 10 – Fontes de ruído na UCIP	60
Gráfico 11 – Pertinência da criação de uma Instrução de Trabalho	60
Gráfico 12 – Pertinência de formação sobre o tema	61
Gráfico 13 - Conteúdos programáticos	72
Gráfico 14 - Avaliação do formador.....	72
Gráfico 15 - Impacto da formação no desempenho profissional.....	72

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Questionário aplicado à equipa de enfermagem da UCIP	106
Apêndice II – Cronograma do PIP	111
Apêndice III – Resumo do artigo científico	113
Apêndice IV – Análise e interpretação dos estudos selecionados	116
Apêndice V - Proposta de IT final	124
Apêndice VI - Elaboração de proposta de registo informático no Patient Care–Bsimple	131
Apêndice VII - Plano da sessão de formação.....	133
Apêndice VIII – Divulgação da sessão de formação.....	136
Apêndice IX – Formação “Estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI”	138
Apêndice X - Questionário de avaliação da sessão de formação	146
Apêndice XI – Poster “Estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI”	149
Apêndice XII – IT “Técnica de colocação, manutenção e remoção de cateter vesical”	151
Apêndice XIII – Formação “Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical”	159

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Aprovação do PIP pelo Conselho de Administração	162
Anexo II – Congresso Internacional do Doente Crítico 2023	164
Anexo III – Curso Gestão de Risco em Saúde: a Segurança do Cliente	166
Anexo IV – Ação de Formação “Treino de práticas seguras”	168

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio [RE], surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, integrado no Plano de Estudos do 7º Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica , a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre entre 2022/2024, em Associação com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, com a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e com a Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, com o intuito de obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Todo o processo formativo, foi suportado no quadro de referência orientador do exercício da profissão de enfermagem, nomeadamente, no Código Deontológico do Enfermeiro [CDE], no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], no Regulamento número [nº] 140/2019 relativo às competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE], no Regulamento nº 429/2018 referentes às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica [EEEMC-PSC], e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Pessoa em Situação Crítica [PQCEEEMC-PSC].

O presente relatório abrange uma descrição, análise e reflexão crítica, das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, demonstrando aquisição total do desenvolvimento das competências comuns do EE, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica, bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

Este processo formativo, dentro do previsto no plano de estudos do curso, contempla dois momentos de estágio. Foi realizado o estágio à Pessoa em Situação Crítica [EPSC], no Serviço de Urgência [SU] entre 22 de maio de 2023 e 30 de junho de 2023 num hospital a Sul do Tejo e o Estágio Final [EF] na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] com início a 11 de setembro de 2023 e término a 26 de janeiro de 2024 num hospital da região centro do país. Foram designados EEEMC-PSC em cada um dos estágios, com a função de supervisão clínica e acompanhamento no processo de desenvolvimento de competências.

Com intenção de enriquecimento da aprendizagem e desenvolvimento de competências no decorrer do EF, foi solicitado um estágio de observação no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos [GCL-PPCIRA] com a duração de 16 horas e estágio de observação na Unidade de Gestão do Risco [UGR], com a duração de 8 horas no mesmo hospital onde decorreu o EPSC.

No decorrer do EF, foi desenvolvido na UCIP um Projeto de Intervenção Profissional [PIP], com o tema “Estratégias promotoras do sono à pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos [UCI]”, que enquadra com a linha de investigação e ação definida para o Curso de Mestrado, segurança e qualidade de vida.

A realização do PIP, bem como o RE, foram suportados na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, a qual se encontra desenvolvida no enquadramento concetual e teórico deste relatório. Do desenvolvimento do PIP, resultou a elaboração de um artigo científico sobre a mesma temática e foi ferramenta de avaliação do EF.

A temática do PIP foi selecionada, tendo em consideração que na UCI, o padrão de sono da pessoa em situação crítica se encontra comprometido por vários fatores e com consequências nefastas quer para o indivíduo, quer para as instituições. As perturbações do sono são um problema relevante em UCI (Souza et al., 2022) e são uma preocupação frequente em doentes críticos (Shiha et al., 2022). O sono do doente crítico é de má qualidade e fragmentado (Almeida et al., 2020; Jun et al., 2021). A literatura evidencia que as perturbações do sono, estão relacionadas com fatores intrínsecos, como a doença subjacente, a dor e a ansiedade, bem como, fatores extrínsecos à pessoa, como condicionantes ambientais e prestação de cuidados de enfermagem (Lee et al., 2020). Estas perturbações do sono têm repercussões para o doente, comprometimento do sistema imunológico, problemas cognitivos, complicações musculares, alterações hemodinâmicas e ventilação mecânica prolongada (Grimm et al., 2020), levando ao prolongando do internamento hospitalar, aumento da mortalidade e alterações do sono mesmo após a alta hospitalar (Shiha et al., 2022).

A pessoa em situação crítica, internada em UCI, quando fica exposta a fatores que perturbam o seu padrão de sono, o seu conforto é afetado. Para assegurar conforto à pessoa é necessário atuar nos fatores de risco, que impedem a pessoa de se sentir confortável (Lin et al., 2023).

Face ao exposto, este relatório tem como objetivo geral: Demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem, desenvolvidas ao longo do processo formativo.

Como objetivos específicos: Apresentar de forma estruturada o quadro concetual e teórico, que constitui o sustentáculo do presente relatório, elaborar a descrição dos contextos de estágio, descrever as etapas de realização do PIP e realizar uma análise crítica e reflexiva acerca do processo de desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

De acordo com os objetivos descritos, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. Assim, no primeiro capítulo faz-se um enquadramento conceptual e teórico, com

recurso à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e referenciando a qualidade e segurança dos cuidados. No segundo capítulo será realizada apreciação dos contextos de estágio, iniciando por uma caracterização das instituições e serviços, abordando a sua estrutura, recursos físicos e materiais, recursos humanos e análise de gestão e produção de cuidados. No terceiro capítulo o PIP, desenvolvido segundo a metodologia de projeto e onde são descritas com detalhe, cada uma das suas etapas. No quarto capítulo, é realizada uma análise crítico-reflexiva acerca do processo de desenvolvimento e aquisição de competências na área da Especialidade e do Mestrado. Terminamos este relatório com a conclusão, que contempla um balanço final da trajetória percorrida e culmina com a entrega do mesmo.

O presente documento segue as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, rege-se pelas normas de citação em texto e referências bibliográficas da *American Psychological Association* (APA)- 7ª edição (2020) e encontra-se redigido em concordância com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Tomey & Alligood (2004) consideram que, teoria de enfermagem é um grupo de conceitos relacionados, que sugerem ações para conduzir a prática. A teoria de enfermagem conduz o pensamento e a prática da enfermagem e contribui para o desenvolvimento de novos conhecimentos.

No âmbito do processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE, específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem, foi desenvolvida no decorrer do EF, a realização de um PIP, assente na metodologia de projeto com o propósito de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

No início do EF, foi identificada temática a desenvolver no PIP “Estratégias promotoras do sono à pessoa em situação crítica internada em UCI”. Esta temática enquadra-se nos enunciados descritivos do “Bem-estar e Autocuidado” presentes nos PQCEEMC-PSC devendo o EE distinguir-se pela excelência do exercício profissional e na procura de níveis elevados de satisfação da pessoa a vivenciar processos de doença crítica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

Como suporte do processo de desenvolvimento e aquisição de competências, tornou-se necessário selecionar a contextualização e fundamentação e o referencial adotado foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, a qual constitui o alicerce de todo o processo de investigação. Os enfermeiros empregam a palavra conforto diariamente nos seus contextos de prática, sendo de extrema importância o conforto da pessoa doente e um dos focos de atenção na prestação de cuidados. Conceituadas teóricas de enfermagem desenvolvem o conceito de conforto na sua teoria, no entanto, a escolha recaiu sobre a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, pelo facto de esta ser mais orientadora e facilitadora para definição de estratégias de intervenção de enfermagem.

No presente capítulo será realizado um enquadramento conceptual e teórico, abordando a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, bem como a evidência científica mais atual sobre a temática.

1.1 – TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

A Teoria do Conforto foi desenvolvida por Katharine Kolcaba na década de 90, no âmbito do seu Curso de Doutoramento em Enfermagem.

A Teoria do Conforto de Kolcaba, é considerada uma teoria de médio alcance, pois tem um foco de interesse direcionado, é precisa, de fácil utilização e centra-se em responder a

questões específicas da prática de enfermagem. Esta teoria provou ser de fácil compreensão e um método eficaz a avaliar as necessidades de conforto (Tomey & Alligood, 2004).

Kolcaba (2003) define a palavra conforto como o resultado essencial dos cuidados de saúde, como um estado holístico, centrado na pessoa e esta é vista como um todo. A autora assume como missão restituir a importância do conforto na prática de enfermagem, incitando os enfermeiros e outros profissionais de saúde a instaurar na sua prática cuidados de conforto.

Segundo Ponte et al (2020), para cuidar e confortar pessoas, os enfermeiros necessitam de um conhecimento ancorado na fundamentação teórica da profissão. Percebe-se a importância de a Enfermagem operacionalizar o seu cuidado, sustentado em teorias, facilitando a prática e permitindo a satisfação da pessoa doente. As teorias de enfermagem são o alicerce do conhecimento científico da profissão, compreendidas como um conjunto de conceitos e definições que permitem diagnosticar, explicar, descrever e caracterizar focos de interesse no cuidar em enfermagem.

Na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) o conforto é visto como, a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto, definida como uma experiência imediata que se vê consolidada pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, atendidas em quatro contextos: físico, psíquico, ambiental e sociocultural. Segundo a autora, a Teoria do Conforto diferencia três tipos de conforto: **alívio**, que diz respeito ao estado no qual uma necessidade de conforto específica é satisfeita; **tranquilidade**, considerado um estado de plena calma e satisfação e **transcendência**, estado no qual a pessoa supera os seus problemas e sofrimento. Estes três níveis de conforto por sua vez estão presentes nos quatro contextos que influenciam o estado do conforto, sendo eles: **conforto físico**, definido como respeitante às sensações corporais; **conforto psíquico**, ligado à consciência que a pessoa tem de si mesma, da sua autoestima e significado de vida; **conforto ambiental**, que se refere ao ambiente externo onde a pessoa está inserida (som, luz, temperatura, odores) e o **conforto sociocultural**, respeitante às relações interpessoais, familiares e sociais.. Os três sentidos do conforto combinados com os quatro contextos, formam a estrutura taxonómica da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

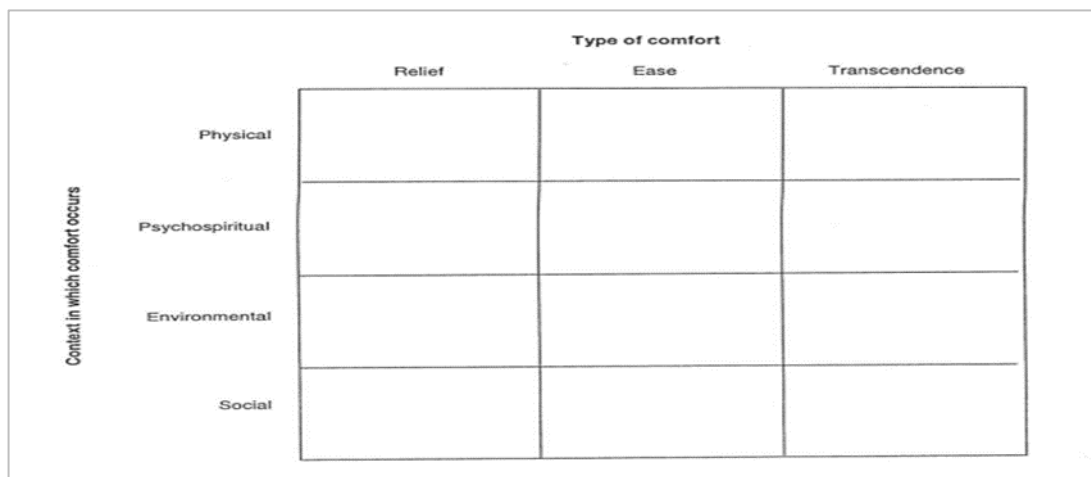


Fig. 1 – Estrutura taxonômica da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

Fonte: Kolcaba (1996), retirado de: (PDF) A Holistic perspective on comfort care as an advance directive (researchgate.net)

Na sua teoria do conforto, Kolcaba (2003) define alguns conceitos metaparadigmáticos: **Enfermagem** é definida como a apreciação intencional das necessidades de conforto, conceção de medidas de conforto para essas necessidades e avaliação dos níveis de conforto, comparando o antes e o depois da aplicação de medidas. **Doente** é definido como aquele que recebe os cuidados de saúde e podem ser os indivíduos, a família, a instituição ou a comunidade. **Ambiente** é qualquer aspeto que pode ser manipulado pelo enfermeiro para melhorar o conforto do doente, família ou instituição.

Filho et al (2019) descrevem que a profissão de enfermagem avalia intencionalmente as necessidades e condições de conforto do doente, delineando estratégias para minimizar o seu desconforto, e atributos como dor, mobilidade e padrão de sono aparecem no contexto do conforto físico. Os doentes críticos admitidos numa unidade de cuidados intensivos e as suas famílias estão sujeitos a múltiplos fatores promotores de stress (físicos, psicológicos e ambientais). O seu controlo destes fatores é de extrema importância e a implementação de estratégias vão contribuir para a satisfação das necessidades, do bem-estar e do conforto do doente.

Kolcaba (2007) define uma estrutura conceptual da teoria do conforto, propondo que os enfermeiros avaliem as necessidades de conforto que não se encontram atendidas, que os enfermeiros concebam intervenções para responder a essas necessidades, são tidas em conta as variáveis intervenientes na conceção das intervenções (idade, estado emocional, experiências anteriores, prognóstico) e é avaliado o conforto antes e depois das intervenções (o aumento do conforto é o resultado desejável). Se o conforto for melhorado, o indivíduo encontra-se motivado para investir em comportamentos de procura de saúde ou de uma morte pacífica. Doentes e enfermeiros ficarão satisfeitos com os cuidados, traduzindo-se em

melhores resultados relacionados com a saúde e a integridade institucional é melhorada e divulgada.

A figura abaixo representa o quadro conceptual da Teoria do Conforto de Kolcaba.



Fig. 2 – Conceptual Framework for Comfort Theory

Fonte: Kolcaba (2007), retirado de: <https://www.thecomfortline.com/>

A teoria do conforto é apresentada como referencial teórico que valoriza as necessidades dos doentes, revigora a Enfermagem enquanto ciência, é baseada na promoção de conforto e consequentemente na melhoria da qualidade de vida das pessoas (Cardoso et al., 2019).

Por considerarmos que os enfermeiros têm um papel fulcral no incentivo à qualidade e segurança dos cuidados prestados nas unidades de saúde, consideramos oportuno de seguida, realizar uma abordagem acerca da qualidade e segurança dos cuidados.

1.2 – QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

O Ministério da Saúde (2015) define qualidade em saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 13551).

Foram desenvolvidos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e institucionalizar uma cultura de qualidade em todo o sistema de saúde nacional.

A Lei de Bases da Saúde nº 95/2019 de 4 de setembro, na sua base 2, determina que os cidadãos têm direito “a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a

melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p.56).

A qualidade e segurança do doente são conceitos intrinsecamente ligados à prestação de cuidados de saúde, sendo necessário a integração de planos e projetos de melhoria neste âmbito.

Foi criado assim, o Departamento de Qualidade na Saúde pelo Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de janeiro com a missão de promover atividades e programas de segurança dos doentes e melhoria contínua da qualidade nas instituições de saúde.

Foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 com o objetivo de melhoria da qualidade e reforço da segurança dos doentes, requerendo a integração de todos os intervenientes na prestação de cuidados. Apoiado nesta estratégia, surgiu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que fomentou a segurança dos doentes em questões específicas como a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança na medicação, a prevenção de quedas, a prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS] e a notificação de incidentes de segurança.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados são uma realidade e exigem implementação de estratégias que reduzam esses incidentes e conduzam a ganhos em saúde. O enfermeiro é o profissional que se encontra em contacto direto com os doentes 24 horas por dia, neste sentido, é o protagonista na identificação e relato de incidentes, na implementação de medidas corretivas e em participar na investigação das causas evitando recorrências.

Com o intuito de dar resposta às recomendações internacionais, foi elaborado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, pelo despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, onde se pretende “o consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde” (p.97). Este assenta em cinco pilares:

Cultura de segurança: fomentando a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente, avaliando a sua cultura de segurança e fomentando a literacia e a participação do doente/família na segurança da prestação de cuidados.

Liderança e governança: o envolvimento dos órgãos de gestão e lideranças das instituições, dando prioridade e criando condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança.

Comunicação: otimizando a comunicação na transição de cuidados entre profissionais de saúde e adequação da comunicação ao doente/família. A educação do doente sobre a sua

condição, tratamento e medidas de segurança, permite que este, identifique e relate problemas, contribuindo para a sua própria segurança.

Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente: preconizando a implementação de sistemas de notificação de incidentes, que promovam a aprendizagem com o erro, numa cultura não punitiva, de proteção do notificador, com vista à implementação de ações de melhoria contínua dos cuidados.

Práticas seguras em ambientes seguros: Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros.

No que diz respeito à qualidade e segurança, a OE (2015) refere através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que o enfermeiro faz a gestão do risco inerente aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes neste processo.

A atuação do enfermeiro na promoção da qualidade e segurança do doente, seguem a estrutura teórica de Kolcaba (2003), em que o enfermeiro identifica riscos para o doente, delinea estratégias de atuação, avalia a sua eficácia e implementa melhorias, de modo a garantir, que os doentes recebam cuidados de alta qualidade e estejam protegidos de riscos desnecessários na prestação de cuidados de saúde. Estas estratégias conduzem à satisfação dos doentes e à integridade das instituições de saúde.

Seguidamente, para compreensão da temática em estudo, considerou-se obrigatório a elaboração de uma revisão da fisiologia do sono e os aspetos mais relevantes que caracterizam o sono da pessoa em situação crítica internada em UCI. Abordaremos as consequências das perturbações do sono, os fatores que interferem na qualidade do sono e as estratégias promotoras do sono, tendo por base a mais recente evidência científica.

1.3 – O SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (2011), o sono é definido como “redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos” (p.76).

1.3.1 – Fisiologia do sono

De acordo com Almeida et al (2020) “o sono é um estado fisiológico complexo e universal, onnipresente na maioria dos seres vivos... desempenha funções vitais na homeostasia do organismo” (p.21). Considera também que três elementos são definidores do ciclo sono-vigília, o ritmo circadiano (relógio interno), a homeostase do sono (o déficit de sono provoca um aumento da necessidade de dormir) e os elementos ambientais que influenciam os ritmos biológicos (luz solar, refeições). O estado de alerta é regulado pelo ritmo circadiano que se repete a cada 24 horas e que está diretamente relacionado com a luz, estando demonstrado que mesmo na ausência de luz solar, o nosso organismo demonstra o mesmo ritmo de 24 horas, que sugere a existência de um relógio interno.

A secreção de várias hormonas está relacionada com o ritmo circadiano. A libertação de melatonina começa no início da noite, tem o pico máximo a meio do período noturno e diminui ao amanhecer e tem um papel importante na indução do sono. A hormona do crescimento, a hormona estimulante da tiróide, o cortisol, a insulina e hormonas responsáveis por controlar o apetite e a digestão (grelinha e leptina) estão fortemente ligadas ao ciclo sono-vigília e a interrupção do sono pode afetar a sua regulação (Almeida et al., 2020).

De acordo com Almeida et al (2020) o sono apresenta uma organização estrutural que compreende duas fases, o Rapid Eyemovement (REM) e o Non Rapid Eyemovement (NREM) que por sua vez, se divide em três estadios (N1, N2 e N3). O estadio N1 caracteriza-se por sonolência e baixo limiar ao despertar, o estadio N2 corresponde a uma diminuição da atividade cerebral, da respiração, da frequência cardíaca, embora a pessoa esteja facilmente despertável e o estadio N3, onde o sono é mais profundo.

Os mesmos autores consideram que o sono apresenta as funções cognitivas, restauradoras e de desintoxicação e são de extrema importância para o bem-estar físico e mental dos indivíduos.

Almeida et al (2020) referem ainda que o sono NREM é visto como reparador, pois restabelece as reservas de energia cerebral, tem função de desintoxicação, promovendo a síntese de proteínas, péptidos ou lípidos necessários à função de vigília. A nível cognitivo, o sono tem um papel importante na formação da memória a longo prazo. O sono REM, prepara o organismo para o funcionamento social e emocional do dia seguinte.

O sono NREM perfaz cerca de 79% da duração total do sono normal. O sono REM surge na sequência de N3 e é mais prolongado pela manhã, é caracterizado por movimentos rápidos oculares, paralisia do músculo esquelético e interrupção temporária da termoregulação. Um ciclo de sono dura cerca de 90 minutos e ocorrem três a cinco ciclos num período noturno (Almeida et al., 2020).

1.3.2 – Fatores que interferem na qualidade do sono

As UCI são serviços hospitalares que se caracterizam por “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Direção Geral de Saúde [DGS], 2003, p.6). Embora o ambiente tecnológico de UCI acarrete benefícios em termos de suporte e recuperação de funções vitais, ele é, física e psicologicamente agressivo para o doente e pode conduzir a perturbações do sono no doente.

O sono é essencial para que o ser humano recupere a saúde, particularmente a pessoa internada em UCI (Shiha et al.,2022).

Jun et al (2021) referem que a doença crítica pode afetar a qualidade do sono dos doentes e alterar o seu ritmo circadiano.

As perturbações do sono são relatadas e uma preocupação comum, entre pessoas em situação crítica internadas em UCI. São descritas alterações do sono como: diminuição da qualidade do sono, sono fragmentado, redução do sono restaurador e despertares noturnos frequentes (Almeida et al.,2020; Grimm et al.,2020; Jun et al.,2021; Lee et al.,2020; Shiha et al.,2022).

A origem dos fatores que perturbam o sono em UCI é multifatorial, podem advir de fatores intrínsecos ou extrínsecos à pessoa segundo a literatura. Vai de encontro ao referenciado na Teoria do Conforto de Kolcaba, os contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, estão afetados, sendo necessário aplicação de estratégias que contribuam para o conforto e bem-estar dos doentes.

Os fatores intrínsecos estão diretamente relacionados com fatores psicológicos (ansiedade, medo, preocupação, solidão), com fatores fisiológicos (idade, sexo, hábitos prévios de sono) e fatores fisiopatológicos (a própria doença crítica, comorbilidades associadas). Os fatores extrínsecos estão associados a fatores ambientais (ruído e luminosidade) e à prestação de cuidados frequentes ao doente crítico (Almeida et al.,2020; Grimm et al.,2020; Jun et al.,2021; Lee et al.,2020; Shiha et al.,2022). São identificados também como fatores que contribuem para alterações do padrão de sono, o uso de ventilador e conexão a dispositivo médico e a imobilidade prolongada (Almeida et al.,2020; Grimm et al.,2020; Jun et al.,2021).

Pode ser constatado na literatura consultada, que os níveis de ruído em ambiente de UCI excede os 40 dB preconizados pela Organização Mundial de Saúde [OMS].

São identificados como fontes de ruído, o tom de voz dos profissionais e os alarmes de equipamentos e máquinas (monitorização, ventiladores, telefones , televisões, portas e depósitos de lixo (Souza et al.,2022).

A iluminação artificial 24 horas por dia na UCI, conduz à alteração do ritmo circadiano e induz a distúrbios do sono ao retardar a secreção de melatonina. Ghada et al (2020) relatam que reduzindo a quantidade de luz que entra no olho, vai permitir a secreção de melatonina e a indução do sono.

Jun et al (2021) consideram que cuidados de enfermagem, como, avaliação de sinais vitais, colheitas de sangue e administração de terapêutica, causam perturbações do sono nos doentes internados em UCI. Complementa também Gimm et al (2020) cuidados de enfermagem como tratamentos respiratórios, colocação e manutenção de cateteres, verificações neurológicas, posicionamentos, mudanças de roupa e cuidados de higiene.

A ansiedade, a preocupação com a saúde, o stress, a dor, o desconforto e a solidão, estão associados a distúrbios do sono em doentes internados em UCI (Grimm et al., 2020; Jun et al., 2021).

Face ao exposto, os fatores que interferem no padrão de sono do doente internado em UCI, são apresentados seguidamente, na Tabela nº 1. A identificação dos fatores vai permitir que sejam delineadas estratégias promotoras do sono atendendo a cada situação.

Fatores que interferem no padrão de sono

Fatores intrínsecos	
Psicológicos • Ansiedade (1), (2), (3), (4), (5) • Stress (4), (5), (7) • Preocupação (3), (4), (7) • Solidão (3), (4)	Fisiológicos/Fisiopatológicos • Dor (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) • Desconforto (1), (3), (4)
Fatores extrínsecos	
Ambientais Ruído (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) • Tom de voz dos profissionais • Som de telefones • Bater de portas • Som de televisão • Som dos caixotes do lixo • Alarmes de máquinas e equipamentos Luminosidade (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) • Luz artificial 24 horas/di Conforto da cama (1), (3) Maus odores (3)	Prestação de cuidados (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) • Monitorização de sinais vitais • Colheitas de sangue • Administração de terapêutica • Posicionamentos • Cuidados de higiene e conforto • Tratamentos respiratórios • Colocação e manutenção de cateteres • Mudança de roupa de cama • Contato iniciado pelo doente

Tabela 1 – Fatores que interferem no padrão de sono

Fonte: Adaptado de (1)Almeida et al.,2021, (2)Ghada et al.,2020, (3)Grimm et al.,2020, (4)Jun et al.,2021, (5)Lee et al.,2020, (6)Shiha et al., 2022, (7)Souza et al.,2022.

1.3.3 - Consequências das perturbações do sono

Como descrito anteriormente, as perturbações do sono no doente crítico internado em UCI são de natureza multicausal, podendo estas ter consequências nefastas.

Referem Souza et al (2022), que as perturbações do sono são um problema relevante para doentes internados em UCI, com alta prevalência e repercussões significativas.

As perturbações do sono contribuem para o comprometimento do sistema imunológico, problemas cognitivos, complicações musculares, complicações respiratórias e associa ainda a ventilação mecânica prolongada (Ghada et al.,2020; Grimm et al.,2020; Jun et al.,2021; Souza et al.,2022).

Shiha et al (2022) acrescentam ainda que as perturbações do sono estão associadas a risco de delírium, prolongamento do internamento e a alta mortalidade em pessoas que estão gravemente doentes. Isto acarreta consequentemente aumento de custos em saúde.

Os distúrbios do sono podem afetar negativamente as funções cardiovasculares, respiratórias e metabólicas, retardando a recuperação e causando problemas persistentes de sono e má qualidade de vida após a alta (Lee et al.,2021). Acarretam repercussões ao nível do sistema neurológico (diminuição da memória e atenção), circulatório (alteração da tensão arterial e frequência cardíaca), endócrino (desregulação na secreção de hormonas como a tiroxina, o cortisol e a insulina), respiratório (diminuição da função muscular, com consequências no desmame ventilatório) (Sá et al.,2020).

Perante o descrito anteriormente, serão apresentadas as consequências das perturbações do sono na pessoa em situação crítica na Tabela nº 2.

Consequências das perturbações do sono

Cognitivo (1), (3), (4), (6), (7)	• Diminuição da memória • Diminuição da atenção • Confusão e Delírium • Alterações do humor e comportamento
Imunológico (1), (2), (3), (4), (5), (7), (8)	• Aumento da suscetibilidade à infeção • Diminuição da cicatrização celular
Circulatório (1), (6)	• Alteração da Pressão Arterial • Alteração da Frequência Cardíaca
Respiratório (4), (5), (6)	• Diminuição da função muscular • Diminuição da resposta ventilatória à hipóxia e hipercapnia • Aumento do consumo de O₂ • Aumento de trabalho respiratório
Endócrino (2), (4)	• Aumento da produção de tiroxina, cortisol • Aumento da resistência à insulina
Agudização do estado clínico (1), (8)	
Atraso na recuperação (1), (2), (6)	
Aumento do tempo de internamento (1), (6), (7)	
Aumento da mortalidade (1), (7)	

Tabela 2 - Consequências das perturbações do sono

Fonte: Adaptado de (1)Almeida et al.,2021, (2)Castren et al.,2021 (3)Ghada et al.,2020, (4)Grimm et al.,2020, (5)Jun et al.,2021, (6)Lee et al.,2020, (7)Shiha et al., 2022, (8)Souza et al.,2022

1.3.4 – Estratégias para promoção do sono

Estratégias para atenuar os fatores que perturbam o sono são de prioridade máxima para a equipa de UCI (Ghada et al., 2020).

De acordo com os PQCEEMC-PSC as estratégias na promoção do sono irão contribuir para a promoção da saúde, do bem-estar do doente e na prevenção de complicações, tendo em vista minimizar o impacto negativo, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde. Consideramos assim, crucial a abordagem de estratégias na promoção do sono do doente internado em UCI, a partir do foco conforto.

Grimm et al (2020), defendem que devem ser incluídos cuidados de enfermagem, direcionados a promover o sono em ambiente de UCI e a equipa de enfermagem deve ser envolvida na criação de protocolo multicomponente. Protocolo esse recomendado também pelas diretrizes PADIS de 2018 (Devlin et al., 2018). Refere ainda Souza et al (2022) que os profissionais devem ser motivados e envolvidos na elaboração de diretrizes, de modo a promover o sono nestes doentes.

Fornecer cuidados de enfermagem consistentes com as melhores práticas e evidência científica mais atual, é importante para reduzir danos e otimizar resultados. Melhores resultados incluem melhorar o estado cognitivo do doente, proporcionar sensação de segurança e promover o conforto (Grimm et al.,2020).

Ritmala-Castren et al (2021) consideram que é essencial avaliar e medir com precisão o sono do doente internado em UCI. No seu estudo, confirmou que o Questionário de Sono de Richards-Campbell (RCSQ) é uma ferramenta promissora para avaliação confiável do sono e foi desenvolvida especificamente para avaliação do sono no doente em UCI.

Para promover o sono no doente crítico internado em UCI Grimm et al (2020), consideram que as estratégias devem focar a diminuição do ruído, podendo recorrer-se ao uso de tampões auriculares, à redução do volume dos alarmes de equipamentos e máquinas, redução do som de telefones, abrir e fechar portas e gavetas com suavidade e implementar o horário de silêncio noturno.

A utilização de tampões auriculares é controversa, podendo causar dor nos ouvidos, ansiedade e não permanecerem no local (Shiha et al., 2022). Perante esta constatação é necessário informar o doente das estratégias disponíveis para promover o sono e ajudá-lo na seleção das mesmas, para seu benefício. Deve ser ponderado entre o risco e o benefício desta estratégia, de modo a garantir o respeito pelo conforto do doente defendido por Kolcaba.

No âmbito do conforto ambiental, emerge ainda a redução da luminosidade, através da redução da intensidade das luzes no serviço ou sempre que possível desligar, deixando

apenas as estritamente necessárias, desligar as televisões do serviço e fornecer informação ao doente de que existem máscaras oculares que podem ser utilizadas, caso este o pretenda (Jun et al., 2021). Sugerem também Grimm et al (2020) estratégias como estimulação cognitiva, reorientação dos doentes (relógios, calendários), promoção da vigília diurna, promoção de mobilidade progressiva

No que diz respeito às estratégias ambientais para promoção do sono, estas vão ao encontro da Teoria do Conforto, que considera o conforto ambiental como determinante para promoção das funções físicas e psicológicas da pessoa hospitalizada. O recurso às estratégias utilizadas na redução do ruído e da luminosidade, são exemplos de que o ambiente pode ser manipulado e modificado no sentido de reforçar o conforto do doente.

Determinados cuidados devem ser planeados, de forma a evitar interrupções desnecessárias. Como estratégias, Grimm et al (2020) sugerem interrupções limitadas a atividades essenciais e agrupamento de cuidados, de modo a minimizar o número de entradas nas unidades dos doentes. Referem também que avaliações de rotina podem ser adiadas em segurança, em doentes estáveis e com monitorização contínua.

Quando o sono é perturbado, a perceção de dor intensifica-se (Ghada et al.,2020). Também Kolcaba (2003) identificou a dor associada ao processo de doença, conduzindo ao desconforto físico e defende o uso de estratégias adequadas para promover o alívio da dor e do desconforto como prioridade nos cuidados. Grimm et al (2020) identificam estratégias na gestão da dor como: administração de analgésicos e promoção de medidas antiálgicas e de conforto (massagens terapêuticas, crioterapia, musicoterapia).

A literatura diz-nos, que existem ainda estratégias que podem ser adotadas na promoção do sono e conforto do doente, nomeadamente técnicas de relaxamento como massagens, musicoterapia e aromaterapia. Defendem Jun et al (2021), que estas técnicas promovem o relaxamento muscular, acalmam a mente e o corpo e aumentam a circulação sanguínea e o conforto.

Grimm et al (2020), referem que ouvir música relaxante uma hora antes de dormir e massagem nas costas, podem melhorar o sono em ambiente de UCI.

Grimm et al (2020) identificam ainda, relativamente à dimensão psicoespiritual, estratégias como a abordagem da ansiedade e medos com o doente, estabelecimento de relação de empatia, apoio emocional, esclarecimento de dúvidas e com respeito pelos valores e crenças do doente.

Jun et al (2021) relatam que intervenções farmacológicas utilizadas para melhorar o sono, podem ter efeitos adversos (tonturas, sonolência, depressão respiratória, dependência e risco de queda), não existindo evidências para recomendar qualquer medicamento específico. Os mesmos autores recomendam ainda, que intervenções não farmacológicas

aplicadas aos fatores de risco modificáveis, são recomendadas para a promoção do sono. São recomendadas devido ao seu baixo custo, risco relativamente baixo e serem de natureza não invasiva.

Defendem Shiha et al (2022) que não existe uma estratégia ideal, mas a combinação de várias parece ser benéfica no controlo dos distúrbios do sono.

As perturbações do sono em UCI continuam subvalorizadas, sendo de extrema importância, o esforço conjunto dos profissionais para desenvolverem trabalhos nesta área.

A participação ativa da equipa de enfermagem na tomada de decisão, no que concerne à implementação destas estratégias, resumidas na Tabela nº 3, pode conduzir a resultados surpreendentes no conforto do doente crítico.

FATORES EXTRÍNSECOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<u>Ruído</u> (1), (3), (4), (5), (6), (7)	- Moderar conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno; - Ajustar o volume dos alarmes de máquinas e equipamentos no período noturno, repondo no final da manhã; - Substituir perfusões contínuas antes do término previsto, evitando assim o ruído do alarme; - Abrir e fechar as portas e gavetas de modo suave e lentamente; - Reduzir o volume dos telefones no período noturno; - Incentivar a utilização do modo de silêncio nos telemóveis dos profissionais; - Colocar música suave para reduzir o stress e o nível de ruído percebido (mascaramento auditivo); - Planear com a equipa procedimentos e técnicas não urgentes, bem como transferência de doentes para o período diurno; - Disponibilizar tampões auriculares, se o doente assim o desejar.
<u>Luminosidade</u> (1), (2), (3), (5), (6)	- Desligar as luzes da unidade do doente no período noturno; - Desligar a luminosidade da central de monitorização deixando apenas a luz da sala de trabalho no período noturno; - Estimular e mobilizar o doente durante o dia; - Disponibilizar máscaras oculares, se o doente assim o desejar.
<u>Prestação de cuidados</u> (1), (3), (4)	- Ajustar o horário da medicação, sempre que possível; - Promover cuidados de higiene e conforto antes do período noturno, de forma a evitar interromper o sono do doente com estes procedimentos; - Evitar procedimentos no período noturno, sempre que possível; - Utilizar técnicas de relaxamento, como massagem nas costas antes do período noturno; - Colocar música relaxante uma hora antes de diminuir a intensidade da luz; - Garantir sincronia com ventilação mecânica.
FATORES INTRÍNSECOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<u>Dor,</u> <u>Desconforto</u> <u>Ansiedade/Medo</u> (1), (3), (4), (6)	- Gerir analgesia e promover o alívio da dor com medidas antiálgicas (massagens, crioterapia, musicoterapia) antes do período noturno; - Promover o conforto do doente no leito e se possível, posicionar de igual modo à sua rotina habitual para adormecer; - Manter referências de orientação temporal (relógios, calendários); - Reduzir a inatividade quando possível (promover a mobilização precoce); - Questionar o doente acerca de fontes de ansiedade e medos que estejam a afetar o sono; - Mostrar disponibilidade para que o doente expresse medos e ansiedades e esclarecimento de dúvidas; - Transmitir ao doente que este não se encontra sozinho e a equipa está disponível para ajudar.

Tabela 3 - Estratégias para promoção do sono no doente crítico

Fonte: Adaptado de (1)Almeida et al.,2021, (2)Ghada et al.,2020, (3)Grimm et al.,2020, (4)Jun et al.,2021, (5)Lee et al.,2020, (6)Shiha et al., 2022, (7)Souza et al.,2022.

Após a apresentação do enquadramento conceptual e teórico que suportou o presente relatório, segue-se um segundo capítulo que contempla a caracterização dos contextos onde foram desenvolvidos o EPSC e o EF.

2 – APRECIACÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A escolha dos contextos de estágio teve em consideração os nossos interesses pessoais e foram definidos refletindo o crescente contributo na aquisição de competências científicas, técnicas e humanas, para o planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados.

O EPSC decorreu no 1º Ano 2º Semestre, tendo sido realizado no período compreendido entre 22 de maio de 2023 e 30 de junho de 2023 num total de 144 horas no contexto de SU, numa Unidade Hospitalar a Sul do Tejo.

No 2º Ano 1º Semestre, foi realizado o EF que decorreu no período de 12 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, num total de 336 horas em contexto de UCIP num hospital da zona centro do país. No decorrer do EF, foram realizados dois estágios de observação, no GCL-PPCIRA num total de 16 horas e na UGR num total de 8 horas, como enriquecimento das aprendizagens neste percurso formativo.

Neste capítulo, procedemos à caracterização dos dois contextos de estágio (EPSC e EF), destacando a estrutura dos serviços, os recursos físicos e materiais, os recursos humanos e análise de gestão e produção de cuidados.

2.1 – ESTÁGIO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A unidade hospitalar escolhida para realização do EPSC, em termos jurídicos reveste a forma de Entidade Pública Empresarial (EPE), foi inaugurada em 27 de dezembro de 1974 numa região a sul do Tejo, serve uma população de 104000 habitantes (dados de 2021) e a sua área de abrangência engloba dois hospitais e dezasseis Centros de Saúde.

A atividade assistencial da instituição abrange: Internamento, SU, Cuidados Intensivos, Consulta externa, Hospital de Dia, Bloco Operatório, Bloco de Partos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, garantindo uma resposta adequada, de qualidade, em tempo útil, com rigor técnico-científico e com respeito pela dignidade humana, promovendo a confiança dos colaboradores e utentes, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde (Portal SNS, 2021).

Tem como objetivos: Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população; promover a vigilância da saúde, a prevenção e o diagnóstico da doença e o tratamento e a reabilitação do utente, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de atividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a

grupos especialmente vulneráveis e à comunidade; garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; promover o acesso e a adequação da oferta de serviços; assegurar a eficiência técnica e económica; garantir a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; valorizar o capital humano, assegurando a formação contínua aos seus profissionais e assegurar a plena integração dos níveis de cuidados de saúde em todas as dimensões (Portal SNS, 2021).

2.1.1 – Serviço de urgência

O SU é denominado por urgência médico-cirúrgica, o que significa que dá resposta a situações urgentes e emergentes, atendendo doentes de baixo, médio e alto risco, segundo o despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. É composto pela Urgência Geral e Serviço de Observação [SO] e funciona 24 horas/dia, 365 dias/ano. O SU destina-se à prestação de cuidados de saúde a utentes urgentes e/ou emergentes, com o objetivo de estabilização e posterior encaminhamento para especialidades médicas, transferência para outras instituições de saúde, internamento ou alta clínica.

O SU tem como missão principal a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes, colaborar no desenvolvimento da formação de profissionais de elevada qualidade, desenvolver investigação em saúde e utilizar de forma eficaz e eficiente os recursos materiais e humanos existentes.

2.1.1.1 – Estrutura

O SU localiza-se no 2º piso do hospital, com ligação direta ao serviço de Cuidados Intensivos e aos meios complementares de diagnóstico.

Existe um conjunto de espaços e circuitos que o utente deve seguir no SU para que possa receber a melhor resposta possível perante as suas necessidades. O SU dispõe de um circuito de utentes previamente definido, tendo início à entrada com a realização da inscrição no guichet administrativo, posteriormente é encaminhado à sala de triagem onde é realizada a triagem de Manchester pelo enfermeiro responsável por aquele posto de trabalho. O posto de triagem da urgência é assegurado por enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester.

Relativamente ao atendimento de utentes com idade inferior a 18 anos, existe um circuito próprio no encaminhamento desses utentes após a triagem de Manchester. A urgência pediátrica dispõe de espaço próprio anexo à urgência geral de adultos.

O SO é destinado ao internamento dos utentes em que se verifique essa necessidade. Na maioria das vezes, verifica-se que as 15 camas existentes são insuficientes, havendo necessidade de colocar utentes internados no corredor do SU.

2.1.1.2 – Recursos físicos e materiais

O espaço físico do SU é constituído por: Área de receção – guichet administrativo de admissão de doentes; Sala de espera exterior para utentes/família; Sala de triagem de Manchester; Balcão azul/verde; Balcão amarelo/laranja; Gabinete médico para utentes triados azul/verde; Gabinete médico para utentes triados amarelo/laranja; Sala de emergência ; Sala de pequena cirurgia; Gabinete de Medicina Interna; Gabinete de Psiquiatria; Gabinete de Ortopedia; Sala de espera interior; Gabinete de enfermagem; Gabinete do enfermeiro chefe; Dois Wc para utentes e um para os profissionais de saúde; Gabinete da equipa médica; Copa; Sala de arrumos; Armazém de materiais de consumo clínico e hotelaria; Sala de sujos; Sala de limpos, três salas de SO (com 5 camas cada) e um corredor central que é utilizado para internamento, na falta de vagas em SO e para utentes alocados ao balcão em tratamento e observação.

A sala de emergência composta por 2 unidades, que permite receber dois doentes críticos em simultâneo e estão equipadas com ventilador, monitor/desfibrilhador, rampas de vácuo e de oxigénio, seringas e bombas infusoras, eletrocardiógrafo portátil e todo o material necessário para prestar cuidados à pessoa em situação crítica.

Cada unidade do doente internado em SO, está equipada de monitor de parâmetros vitais, rampa de vácuo e oxigénio. Existe espaço no SO, onde são armazenadas seringas e bombas infusoras e equipamento de apoio para ventilação não invasiva que podem ser transportados para a unidade do doente, em caso de necessidade. Na maioria das vezes, verifica-se que as 15 camas existentes são insuficientes, havendo necessidade de colocar utentes internados no corredor do SU.

Toda a informação é registada na plataforma informática S-Clínico, onde é realizado o processo clínico com áreas médicas e de enfermagem, sendo comum ao SU e ao SO. Todos os monitores do Serviço estão ligados a uma rede informática estruturada que permite acesso de qualquer ponto das instalações.

A gestão dos fármacos, com exceção dos soros, é feita pelos Serviços Farmacêuticos, através dos dispensadores *Pixys*. A gestão de material de consumo clínico, do material de consumo hoteleiro, dos soros e fármacos que não estão disponíveis nos dispensadores *Pixys*, é feita pelo Enfermeiro Gestor.

A transição de cuidados instituída é baseada na técnica, Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações [ISBAR], recomendada pela norma 001/2017 da DGS, que promove a segurança do doente através de uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre equipas prestadoras de cuidados (DGS, 2017).

2.1.1.3 - Recursos humanos

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, vigilantes, funcionários dos serviços de limpeza e de alimentação e assistentes técnicos.

A equipa de enfermagem é composta por um enfermeiro especialista em funções de gestão adiante designado como enfermeiro gestor, uma equipa de doze enfermeiros que desempenham funções em horário fixo (8-16 horas) e cinco equipas fixas de dez enfermeiros cada em horário rotativo (turnos), totalizando 63 enfermeiros em funções. Existem no serviço 12 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, 4 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 5 enfermeiros a frequentar o Mestrado de Enfermagem..

A distribuição dos enfermeiros é realizada semanalmente pelo enfermeiro gestor pelos diferentes postos de trabalho nos diferentes turnos diários. O método de trabalho utilizado no SU é por posto de trabalho e no SO é o método de trabalho por responsável.

Segundo Silva et al (2022), o método de trabalho por responsável, consiste na prestação de cuidados, através de uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão, sendo o enfermeiro responsável pelo processo de cuidar do doente/família, desde o momento da admissão até à alta clínica. Acrescentam ainda, que a identificação das necessidades de cuidados, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, permitem o envolvimento do doente/família e garantem a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados.

Ressalva-se que existe sempre colaboração entre os elementos dos diferentes sectores de trabalho, principalmente entre os elementos distribuídos pela sala de Reanimação, Balcão 1 e 2, Sala de Pequena Cirurgia/Ortopedia. Embora o Chefe de Equipa coordene a equipa, dá apoio aos outros elementos, privilegiando a sala de Reanimação.

O Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, menciona que o rácio recomendado de enfermeiros para o SU é de 50% de EEEMC-PSC. Esta situação ainda está longe de se

verificar no SU, onde apenas 19% da equipa possui a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC].

2.1.1.4 – Análise de gestão e produção de cuidados

O enfermeiro Gestor do serviço tem como responsabilidades as preconizadas no regulamento nº101/2015 da OE, avaliar e propor os recursos humanos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, estabelecer normas e critérios de atuação, desenvolver a avaliação de desempenho, propor protocolos e sistemas de informação adequados à prestação de cuidados, dar parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem e colabora nas estratégias de ensino entre Instituições de Saúde e Instituições de Ensino Superior.

A tabela 1 mostra uma análise retrospectiva, do total de episódios de urgência do Serviço Nacional de Saúde [SNS] nos últimos três anos:

2021	2022	2023
5046803	6230308	6225139

Tabela 4 – Nº total de episódios de urgência/2023 do SNS

Fonte: Monitorização SNS, serviços de Urgência/ ACSS

De acordo com a tabela acima, podemos observar que o número de episódios no SU aumentou significativamente no ano de 2022, podendo ser uma justificação o terminar da pandemia. O ano de 2023 não apresentou grandes variações em relação ao ano de 2022.

Neste serviço encontra-se implementado o Sistema de Triagem de Manchester [STM] desde 2005, dando resposta ao Despacho nº 1057/2015 de 2 de fevereiro, o reconhece como instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes no SU. O STM consiste em atribuir a cada prioridade um número, uma cor e um nome, tendo sido definido para cada uma delas um tempo-alvo até ao primeiro contato com o médico de serviço. As prioridades que podem ser concedidas são: 1 – emergentes (cor vermelha) e tempo-alvo de espera (0 min), 2 – muito urgente (cor laranja) e tempo-alvo de espera (10 min), 3 – urgente (cor amarelo) e tempo-alvo de espera (60 min), 4 – pouco urgente (cor verde) e tempo-alvo de espera (120 min) e 5 – não urgente (cor azul) e tempo-alvo de espera (240 min). Será atribuída ainda a cor branca a todos os doentes que apresentem situações não compatíveis com o SU, como por exemplo, realização de técnicas programadas.

A análise de produção do serviço, foi desenvolvida com base nos dados facultados pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, para o ano de 2023. O SU desta unidade de saúde, relativamente ao ano de 2023 rondou as 27356 admissões, com uma média de 75 admissões/dia.

A seguinte tabela revela a distribuição de doentes triados por cor no SU no ano de 2023.

Cor de triagem	Nº de episódios	Percentagem %
Vermelho	87	0,3%
Laranja	3318	12%
Amarelo	13834	33%
Verde	8890	50%
Azul	181	0,7%
Branco	1046	4%
Total	27356	100%

Tabela 5 - Distribuição de doentes triados por cor no SU no ano de 2023

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

Da análise de dados apresentados acima, conclui-se que predomina a prioridade pouco urgente com 50%. As prioridades emergentes, muito urgente e urgente perfazem 45,3% dos atendimentos efetuados, e as prioridades pouco urgentes, não urgentes e brancos representam 54,7% dos atendimentos efetuados no ano de 2023.

A percentagem de doentes triados de branco, ainda apresentam uma percentagem significativa, sendo importante desincentivar os doentes que se dirigirem ao SU nestas condições, promovendo o tratamento nas situações realmente urgentes do ponto de vista clínico do doente.

2.2 – ESTÁGIO FINAL

A unidade hospitalar escolhida para realização do EF, foi inaugurada em 1977 na região centro do país, abrange uma população de 117370 habitantes e a sua área de abrangência engloba um hospital e nove Centros de Saúde. Neste distrito a taxa de natalidade é cada vez menor e tem concelhos com a população mais envelhecida do país.

Tem como missão a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados, em tempo útil, com qualidade e equidade. Ainda, participar na formação de novos profissionais de saúde e atualizar os conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços. Desenvolver direta ou indiretamente projetos de investigação clínica e científica (Portal SNS, 2021).

Tem como objetivos a prestação à população de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, bem como, desenvolver atividades de investigação, formação e ensino (Portal SNS, 2021).

2.2.1 – Unidade de cuidados intensivos polivalente

A UCIP encontra-se a funcionar desde janeiro de 1984, inicialmente com 5 camas e após remodelação em abril de 1998 ficou com a lotação de 8 camas, número que perdura até à presente data, alocando doentes de ambos os géneros.

2.2.1.1 – Estrutura

Localiza-se no 4º piso, num corredor comum ao Bloco Operatório e ao serviço de Esterilização, tornando a sua localização adequada.

Esta unidade tem como missão:

“prestar cuidados altamente diferenciados a doentes críticos cuja situação se preveja reversível, que tenham condições que sustente os tratamentos a que vão ser submetidos e necessitem de suporte de função de órgão com meio técnico adequado à situação e existente na unidade; proporcionar cuidados integrados e especializados ao doente em estado crítico e pós-operatório, de alto risco; cuidar de doentes com mais de 16 anos, com problemas médicos e cirúrgicos; proporcionar serviços de vigilância e terapia intensiva de forma permanente e utilizando técnicas especializadas; fornecer apoio às Vias Verdes: Coronária, Sépsis e AVC; colaborar na avaliação e tratamento do doente crítico em todos os serviços do hospital e responder a solicitações externas; intervir em situações de emergência intra-hospitalar, em utentes internados ou utentes dos espaços comuns da instituição através da Equipa

de Emergência Médica Interna [EEMI]; providenciar um ambiente acadêmico propício à formação pré-graduada e pós-graduada em Cuidados Intensivos e investigação” (UCIPCB, 2014, p.6).

A UCIP desenvolve a sua missão de acordo com o seguinte conjunto de valores:

“ética, rigor e competência; acesso, equidade e adequação nos cuidados de saúde; multidisciplinaridade; centralidade nos cidadãos; sustentabilidade; humanização e cidadania; transparência e responsabilidade; integridade e liderança e investigação” (UCIPCB, 2014, p.7).

Esta unidade “tem como visão uma população saudável, contribuindo para a obtenção de ganhos efetivos em saúde, de forma sustentada através de ações preventivas e curativas de excelência” (UCIPCB, 2014, p.7).

Trata-se de uma unidade de nível II e III, tendo em conta a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, que classifica as Unidades de Cuidados Intensivos em 3 níveis de acordo com as técnicas utilizadas e valências disponíveis (Direção Geral de Saúde [DGS], 2003).

Segundo a DGS (2003) as unidades de nível II, têm capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas e deve ter acesso permanente a médico com preparação específica.

As unidades de nível III, devem ter equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física 24 horas, pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003).

A UCIP recebe doentes provenientes do distrito e não só, cujo estado é considerado crítico e portanto de alto risco, que podem subitamente apresentar compromisso grave das suas funções vitais, necessitando por isso de tratamentos complexos e equipamentos de apoio de órgão (ventilação mecânica, hemodinâmica e diálise).

Trata-se de um serviço que funciona em horário contínuo, sem possibilidade de interrupção, com grandes solicitações e exigências ao nível da atenção, disponibilidade e respostas técnicas a dar aos doentes e conta com a presença física de médico permanente e um rácio de 1 enfermeiro por cada 2 doentes, em lotação completa.

Esta unidade admite doentes do foro médico, cirúrgico e ortotraumatológico, sendo prevalente a sua proveniência do serviço de Urgência, mas também a partir dos serviços de internamento ou do Bloco Operatório e pontualmente por transferência de outras unidades hospitalares.

2.2.1.2 – Recursos físicos e materiais

As unidades dos doentes estão dispostas de forma circular, separadas por cortinas, comunicam por um espaço comum e estão ligadas a uma central de monitorização, sediada junto à sala de trabalho de enfermagem. Esta sala apresenta parede envidraçada que facilita a visualização direta e contínua de todos os pacientes, sem perda de privacidade para o doente.

A unidade de cada paciente está equipada com sistema de monitorização dos parâmetros vitais, de pressões evasivas e de parâmetros ventilatório, com bombas e seringas infusoras, com rampa de aspiração e de oxigénio, com ventilador, computador, cama e bancada com material necessário à prestação de cuidados, que são preparados na área individualizada, permitindo que o enfermeiro permaneça junto do doente.

Existem no serviço vários aparelhos de ventilação não invasiva e duas máquinas PRISMA para realização de terapia de substituição renal, que são deslocados à unidade do paciente em caso de necessidade.

Na zona central de monitorização existe também um carro de emergência e equipamento para realização de análises gasométricas.

É na UCIP que se encontra a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar [EEMI], que como o nome indica, existe para dar resposta a emergências intra-hospitalares e é composta por um médico e um enfermeiro, que se encontram a prestar cuidados durante o turno, mas que são responsáveis por sair no caso de haver uma chamada. Existe uma bancada no hall de entrada onde são armazenadas as malas pediátrica e de adulto com todo o material que esta equipa necessita utilizar no caso de ter uma ocorrência, monitor/desfibrilhador e bala de oxigénio que também acompanham a equipa.

Para além da área clínica existem dois armazéns com material de consumo clínico e equipamentos, sala médica e de enfermagem, sala de despejos, casa de banho dos profissionais de saúde, lavandaria, copa e vestiários.

A maioria da medicação do serviço está acondicionada nos dois dispensadores Pixys, à exceção dos soros e albuminas.

Todos os monitores do Serviço estão ligados a uma rede informática estruturada que permite acesso de qualquer ponto das instalações. Os registos clínicos do doente na UCIP são desde agosto de 2015 totalmente digitais. Os dados de ventilação, monitorização e manuseamento de fluidos também são administrados na rede. Toda a informação é registada na plataforma informática Patient Care-BSimple.

A transição de cuidados instituída é baseada na técnica ISBAR, recomendada pela norma 001/2017 da DGS, que promove a segurança do doente através de uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre equipas prestadoras de cuidados e é aplicada nas transferências de doentes para outros serviços, junto do doente e nas passagens de turno que normalmente não são realizadas junto do doente.

2.2.1.3 - Recursos humanos

Ao nível de recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por 3 médicos residentes, 26 enfermeiros, 10 assistentes operacionais e uma assistente administrativa.. Colaboram e dão apoio ainda outros profissionais de saúde, como: técnicos de imagiologia, nutricionistas, terapeutas da fala, assistentes sociais, fisioterapeutas e médicos de outras especialidades que se deslocam ao serviço sempre que necessário.

Dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, 8 enfermeiros são EEMC-PSC, 2 enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica-Pessoa em Situação Paliativa e 2 enfermeiros são especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Alguns destes enfermeiros especialistas além da prestação de cuidados, são responsáveis pela Formação em serviço, são elos de ligação à UGR e ao GCL-PPCIRA.

Um dos enfermeiros especialistas encontra-se a desenvolver as funções de Gestão do serviço nos turnos da manhã durante a semana.

O Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, menciona que o rácio recomendado de enfermeiros para a UCI é de 50% de enfermeiros EEMC-PSC, verificando-se nesta unidade um rácio de apenas 30%. O mesmo regulamento menciona um rácio de 1 enfermeiro por cada dois doentes, sendo cumprido este rácio.

O trabalho de enfermagem está organizado em três turnos diários de 8 horas: manhã (8:00 às 16:00), tarde (15:30 às 24:00) e noite (23:30 às 8:30). Por cada turno estão escalados sempre 4 enfermeiros dedicados à prestação de cuidados.

O método de trabalho é o método por responsável, sendo o enfermeiro responsável por planear, executar e avaliar os cuidados a prestar ao doente/família e em parceria com a

restante equipa de enfermagem, delegar a continuidade dos cuidados, promovendo cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

A equipa de enfermagem está dividida por equipas de 4 elementos, dos quais faz parte, sempre, um enfermeiro especialista que, além da prestação de cuidados, assume funções de gestão na ausência do enfermeiro gestor do serviço. Cabe a este a distribuição de doentes internados, novas admissões e saída da EEMI.

No que diz respeito à gestão de recursos humanos, é cumprido o preconizado pela OE, de um enfermeiro por cada dois doentes, tendo em conta o número de horas necessárias de cuidados obtidos pelo programa TISS 28 e as diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde e OE, no que diz respeito a dotações seguras e cálculo das necessidades de enfermeiros. Sempre que necessário houve recurso a trabalho extraordinário.

Todos os monitores do Serviço estão ligados a uma rede informática estruturada que permite acesso de qualquer ponto das instalações. Os registos clínicos do doente na UCIP são desde agosto de 2015 totalmente digitais. Os dados de ventilação, monitorização e de manuseamento de fluidos também são administrados na rede. Toda a informação é registada na plataforma informática Patient Care-BSimple.

A gestão de material de consumo clínico, do material de consumo hoteleiro, dos soros e fármacos que não estão disponíveis nos dispensadores Pixys, é feita pelo Enfermeiro Gestor. O enfermeiro Gestor do serviço tem como responsabilidades as preconizadas no regulamento nº101/2015 da OE e já mencionadas anteriormente.

2.2.1.4 – Análise de gestão e produção de cuidados

Os dados apresentados de seguida, foram retirados do relatório de Indicadores de Qualidade para o ano de 2022 da UCIP (UCIP, 2023).

O nº de internamentos na UCIP no ano de 2022 foi de 271 doentes, aumentou 2,11% em relação a 2021.

A tipologia de admissão dos doentes na UCIP no ano de 2022 contou com 294 (67,43%) indivíduos com doença médica não coronária, 73 (16,74%) com doença coronária, 51 (11,70%) provenientes de cirurgia urgente, 13 (2,98%) de cirurgia eletiva e 5 (1,15%) doentes neurocríticos. Salienta-se que 30 (6,88%) apresentava trauma associado à sua admissão.

Em relação ao tempo médio de internamento em UCIP foi de 6,57 dias, menos 18,18% em relação a 2021.

A mortalidade foi de 16,55%, menos 6,60% em relação ao ano anterior.

A taxa de reinternamento às 48 horas foi de 0,81% e aos 5 dias de 1,63%.

Em cerca de 32,79% dos dias de internamento não foram prescritos antibióticos, mas o seu uso aumentou 5,68% em relação a 2021.

Foram submetidos a ventilação não invasiva 17,23% dos doentes admitidos, menos 12,36% em relação a 2021. A ventilação mecânica invasiva, foram submetidos 27,74% dos doentes admitidos, menos 25,63% em relação ao ano anterior.

Com base nos resultados acima descritos, concluímos que a produção da UCIP tem como horizonte, diminuir a taxa de mortalidade, reduzir o nº de antibióticos prescritos e também o nº de doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva.

2.2.1.5 – Estágios de observação

Foi realizado estágio de observação de 8 horas na UGR, de modo a enriquecer as aprendizagens e dar resposta à competência comum do EE no “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” no estágio final e ser igualmente útil no nosso percurso profissional, enquanto elo de ligação à Gestão do Risco no nosso serviço.

Esta unidade funciona das 8.30 às 16.30 horas e o espaço físico situa-se em edifício anexo ao edifício principal do hospital onde foi realizado o EPSC.

Fomos acompanhados pela engenheira que desempenha funções na UGR não clínico e pelo enfermeiro responsável pelo UGR, no que diz respeito à UGR clínico, sendo este enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O trabalho desenvolvido conta com a colaboração de todos os serviços clínicos e não clínicos, com os elos de ligação nomeados em cada serviço e com o Conselho de Administração da Instituição. A UGR nesta instituição de saúde, colabora em interação com os serviços: Comissão de Qualidade, GCL-PPCIRA, Saúde Ocupacional, Gabinete do Utente entre outros.

Segundo o despacho nº 9390/2021 da DGS de 24 de setembro, a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados é uma realidade dos sistemas de saúde, sendo fundamental a implementação de estratégias que reduzam estes incidentes, visto que grande parte deles são evitáveis.

A UGR tem como visão promover uma estrutura organizada multidisciplinar dentro da instituição, no que respeita aos vários tipos de risco e à sua prevenção/redução e que resulte em sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras. Promove a partilha de aprendizagens com o erro e consequentemente implementação de ações de melhoria e consciencialização de todos os funcionários, da importância do seu contributo na procura de excelência na segurança do doente. Esta unidade centra-se em quatro pilares: Sistema de

Registo de Incidentes, Identificação e Avaliação de Risco, Monitorização dos Indicadores de Segurança no doente e auditoria como instrumento de melhoria.

A abordagem do risco clínico deve ser feita de modo a aceitar e identificar a falha como crítica construtiva que futuramente pode vir a evitar o erro e não como um ato que deve ser punido. Mais importante do que identificar quem errou, é tentar perceber porque é que o sistema falhou, quais os fatores que condicionaram às circunstâncias adversas, e ainda, o que deve ser feito para a falha não se repetir. É crucial criar sistemas de notificação de incidentes em saúde e motivar os profissionais de saúde para a sua utilização. Além do sistema de notificação nacional (NOTIFICA), esta unidade conta ainda com um sistema de notificação interno, desenvolvido na instituição (SAGRIS).

Foi ainda realizado estágio de observação de 16 horas no GCL-PPCIRA de modo a enriquecer o nosso estágio final e dar resposta à competência específica

“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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”,

segundo o Regulamento de competências específicas do EEEMC-PSC, conforme Regulamento número nº 429/2018 de 16 de julho de 2018 (OE, 2018. p.19364).

Fomos acompanhados pela enfermeira especialista responsável neste grupo de trabalho, que é composto por Enfermeiro, Cirurgião, Farmacêutica, Técnica de Microbiologia, Infeciologista, dois Médicos de Medicina Interna e Elos de Ligação dos serviços clínicos e não clínicos.

Este serviço funciona das 8.30 às 16.30 horas e o espaço físico situa-se em edifício anexo ao edifício principal do hospital onde foi realizado o EPSC. O espaço físico é constituído por uma sala de trabalho com arquivo, onde laboram a enfermeira responsável, especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e uma assistente administrativa. Neste espaço decorrem todas as atividades inerentes à sua área de atuação, particularmente vigilância epidemiológica de IACS, elaboração e divulgação de normas e recomendações de boas práticas, promover e monitorizar investigação de surtos, realização de inquéritos epidemiológicos e realizar sessões de formação na área da Infeção. Das áreas maior da segurança do doente, uma delas são as infeções associadas aos cuidados de saúde.

Como referido no Despacho nº 10901/2022 de 8 de setembro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto de Saúde, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências Antimicrobianas [PPCIRA] surgiu em 2013 pela junção do Programa de Controlo de Infeção com o Programa de Resistências aos Antimicrobianos e tem como objetivos a redução da incidência de infeção associada a cuidados de saúde, promoção do uso correto e responsável

de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos.

À Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos compete:

- Promover e supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos;
- Garantir o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão;
- Promover práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes;
- Garantir retorno da informação sobre vigilância epidemiológica;
- Garantir cumprimento das normas e orientações nacionais do PPCIRA e DGS;
- Colaborar no processo de notificação de doenças de declaração obrigatória;
- Promover a investigação de possíveis surtos;
- Promover a aquisição de conhecimento nesta área;
- Ter como interlocutores o diretor de serviço e o enfermeiro gestor de cada serviço, bem como médico / enfermeiro de cada serviço que funcionem como elo de ligação;
- Integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da Direção Nacional do PPCIRA.

Vários Procedimentos de Qualidade foram criados nesta unidade, baseados na norma nº029/2012 de 29 de dezembro e atualizada a 31 de outubro de 2013 da DGS quanto às Precauções Básicas de Controlo de Infeção, nomeadamente, isolamento de doentes, higienização das mãos e uso de luvas, etiqueta respiratória, uso adequado de equipamentos de proteção individual, descontaminação de material e equipamentos, medidas de higienização ambiental, manuseamento seguro de roupas, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição de risco (sangue, cortes, picadas) no local de trabalho.

Realiza-se ainda, vigilância epidemiológica de infeção do local cirúrgico, bacteriemia relacionada com o cateter vascular central, pneumonia associada ao tubo endotraqueal, infeção urinária associada ao cateter vesical, cumprimento dos feixes de intervenções de

prevenção de infecção, consumo de antimicrobianos e resistências a antimicrobianos, que através de ferramenta informática produz dados em tempo real.

Também com base na norma nº 020/2015 atualizada a 17 de novembro de 2022 “Feixe de intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, na norma nº 021/2015 atualizada a 17 de novembro de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação, na norma nº 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção , Urinária Associada a Cateter Vesical e na norma nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central, foram criados foram criados Procedimentos de Qualidade institucionais.

São realizadas sessões de formação nos serviços da instituição sempre que necessário e algumas campanhas de sensibilização dos profissionais, dentro desta temática.

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O PIP, desenvolvido em contexto da Unidade Curricular Estágio Final “Estratégias promotoras do sono à pessoa em situação crítica internada em UCI”, pretende dar resposta à problemática identificada na UCIP, através da implementação de medidas que orientem e uniformizem as práticas e englobando a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

O PIP alicerçou-se na metodologia de projeto, “ligada à investigação, centrada na resolução de problemas” (Ruivo et al., 2010, p.3).

A metodologia de projeto define-se como uma investigação centrada num problema real identificado e na implementação de intervenções eficazes para a sua resolução, constitui uma ponte entre a teoria e a prática, tornando-a fundamentada e baseada em evidência (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia é constituída por cinco etapas: (1) conceptualização da própria teoria, (2) diagnóstico da situação, (3) definição de objetivos, (4) execução e avaliação, (5) discussão de resultados (Ruivo et al., 2010).

Pressupondo autonomia e iniciativa, desenvolveu-se um PIP, uma atividade intencional, dotada de autenticidade que envolve complexidade e incerteza e com caráter prolongado e faseado ao longo do tempo (Ruivo et al., 2010).

3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é considerado a primeira etapa da metodologia de projeto e visa “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al., 2010, p.10). Para que a necessidade de intervenção seja corretamente identificada, é necessário que se recorra a vários instrumentos de diagnóstico, como é o caso das entrevistas, questionários, escalas de avaliação, observação, entre outros (Ruivo et al., 2010).

Em contexto de estágio, pode-se afirmar que a observação é o método por excelência no que concerne ao entendimento das ações e das atividades de todos os intervenientes do serviço em causa. Deste modo, tornou-se necessário analisar o contexto de estágio, proceder à identificação de temáticas pertinentes e de interesse para o serviço, que permitissem a elaboração de um plano de intervenção que fosse vetor de mudança para um problema existente e promovesse a aprendizagem e desenvolvimento de capacidades e competências de todos os intervenientes.

Da observação do contexto de práticas da UCIP, constatou-se que o sono da pessoa em situação crítica [PSC], está muitas vezes comprometido e não é suficientemente valorizado pelos profissionais de saúde. Através de entrevista exploratória não estruturada ao enfermeiro

supervisor clínico e aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, foi unânime tratar-se de um tema relevante para o serviço. Constatou-se, ainda, que não existia nenhum documento com a sistematização de estratégias ou intervenções definidas e implementadas nesta unidade para a promoção do sono da PSC.

Foi apresentada a proposta desta temática ao enfermeiro gestor do serviço, ao diretor clínico da UCIP e redigido pedido para o desenvolvimento do projeto. Os mesmos consideraram o tema pertinente, uma mais-valia para o serviço e forte contribuição para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, tendo sido deliberado parecer positivo. A problemática foi igualmente apresentada e discutida com a docente orientadora, que considerou o tema pertinente e interessante.

Face à modernização dos cuidados de saúde, exige-se dos profissionais de enfermagem um conjunto de competências, que vão desde a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção nas diversas dimensões do cuidar (OE, Regulamento nº429/ 2018).

Tendo em consideração a importância da intervenção dos enfermeiros na melhoria da qualidade dos cuidados, sobressaiu a necessidade de sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática e procurar estratégias fundamentadas para a promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.

Para avaliar o potencial do PIP, foi elaborada uma análise SWOT (Strengths, Weakness, Threats e Opportunities) que segundo Ruivo et al (2010) é uma das técnicas mais utilizadas na investigação e elaboração de diagnósticos. Este método, permite identificar forças e fraquezas, oportunidades e ameaças, a reflexão e a confrontação com os fatores positivos e negativos identificados.

Deste modo, foi possível delinear objetivos e intervenções de forma organizada, tendo já em mente quais os possíveis fatores passíveis de interferir na realização do projeto (Ruivo et al., 2010). A análise SWOT comprova a prevalência de pontos fortes e oportunidades, que motivam o investimento nesta temática, apresentados na tabela nº4.

FATORES POSITIVOS	FATORES INTERNOS		FATORES NEGATIVOS
	PONTOS FORTES (S)	PONTOS FRACOS (W)	
	- Identificada necessidade de intervenção em conjunto com os enfermeiros orientadores; - Reconhecimento da importância da promoção do sono na pessoa em situação crítica; - Ausência de Instrução de Trabalho sobre a temática; - Consentimento do diretor do serviço e Gestor do serviço; - Motivação da equipa de enfermagem para o desenvolvimento de estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica; - Custos adicionais reduzidos e facultativos; - Ganhos em saúde associados à melhoria da Qualidade dos Cuidados prestados e à satisfação dos doentes.	- Resistência de alguns elementos da equipa de enfermagem à mudança de comportamentos e rotinas; -Sobrecarga de trabalho que pode conduzir à desmotivação da equipa de enfermagem. - Temática desvalorizada em detrimento de outras	
	FATORES EXTERNOS		
	OPORTUNIDADES (O)	AMEAÇAS (T)	
- Incentivo à prática baseada na evidência científica; - Implementação de Instrução de Trabalho para uniformização das intervenções; - Implementação na plataforma informática Patient Care - B-Simple, de intervenções de enfermagem associadas à promoção do sono na pessoa em situação crítica; - Instituição inserida em programas de melhoria contínua; - Reforço à política de melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados do serviço e da instituição.	- Tempo reduzido para a realização e implementação do projeto de intervenção. - Feedback negativo da pessoa internada em UCI relativamente aos cuidados prestados no âmbito da promoção do sono.		

Tabela 6 – Análise SWOT

Fonte: Elaboração do própria

Sistematizando, os instrumentos utilizados para diagnóstico de situação, foram a observação do contexto, análise da situação através do método SWOT, bem como a aplicação de um questionário.

Esta fase compreendeu também a aplicação de um questionário (apêndice I) aos elementos da equipa de enfermagem da UCIP, tendo como finalidade a caracterização da equipa alvo e suportar a pertinência do tema a desenvolver. O consentimento livre e esclarecido foi disponibilizado na primeira parte do questionário e garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

O questionário foi aplicado na segunda quinzena de outubro, para preenchimento recorreu-se à aplicação web *Google Forms* e o mesmo foi disponibilizado através de um link informático, partilhado no grupo *WhatsApp* da equipa de enfermagem. Os resultados do questionário serão apresentados de seguida, identificando-se os gráficos.

Dos 26 questionários enviados, obtiveram-se 22 respostas, ou seja, cerca de 85% da equipa aceitou participar no questionário (gráfico 1).



Gráfico 1 – Amostra da população participante no PIP

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao género podemos constatar que 68% da equipa corresponde ao género feminino e 32% corresponde ao género masculino (gráfico 2).

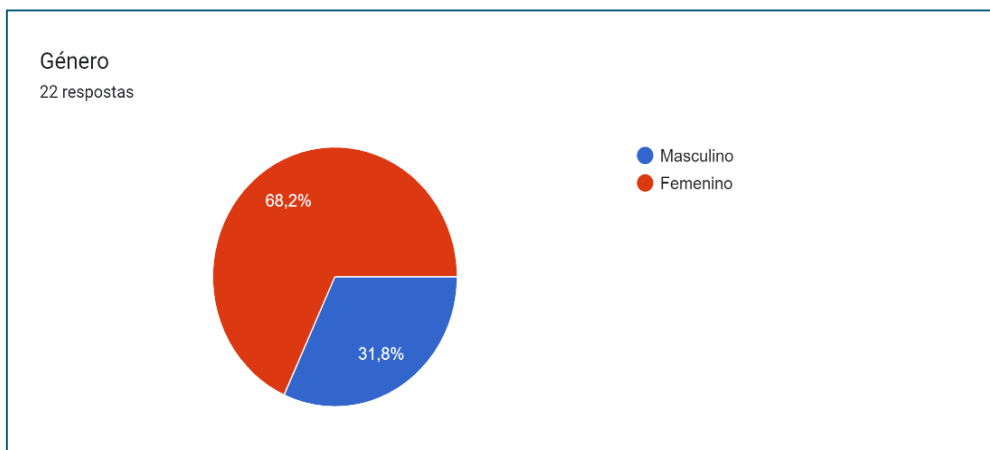


Gráfico 2 – Género da amostra

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à idade dos enfermeiros do serviço, o escalão etário dominante situa-se entre os 51-60 anos (8 enfermeiros - 36,4%), seguido pelo escalão dos 31-40 anos (7 enfermeiros - 31,8%), pelo escalão dos 41-50 anos (6 enfermeiros - 27,3%) e apenas 1 enfermeiro apresenta mais de 60 anos (4,5%). Podemos assim, constatar que se trata de uma equipa homogénea em termos de faixas etárias (gráfico 3).

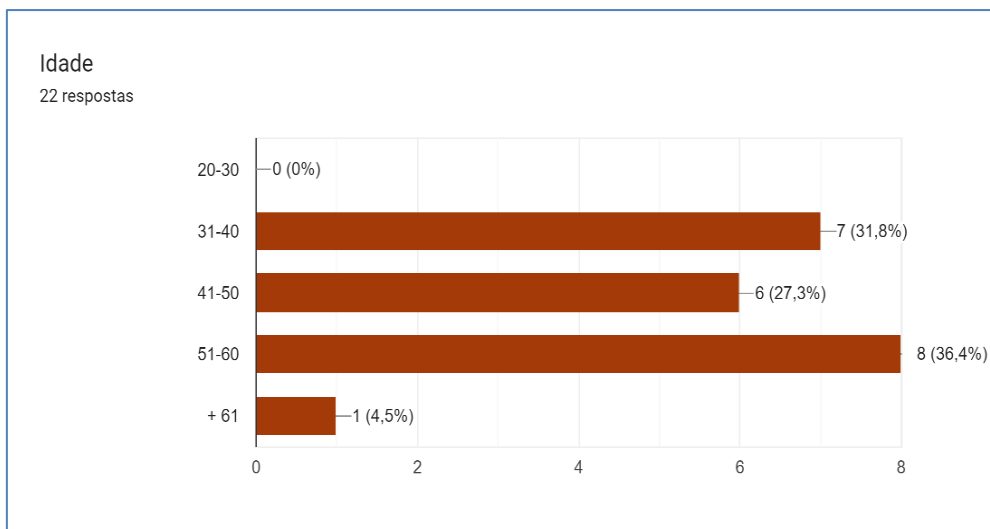


Gráfico 3 – Faixa etária da amostra

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito às habilitações académicas, 17 enfermeiros (77,3%) possui a licenciatura, 5 enfermeiros (22,7%) possuem mestrado em enfermagem (gráfico 4).

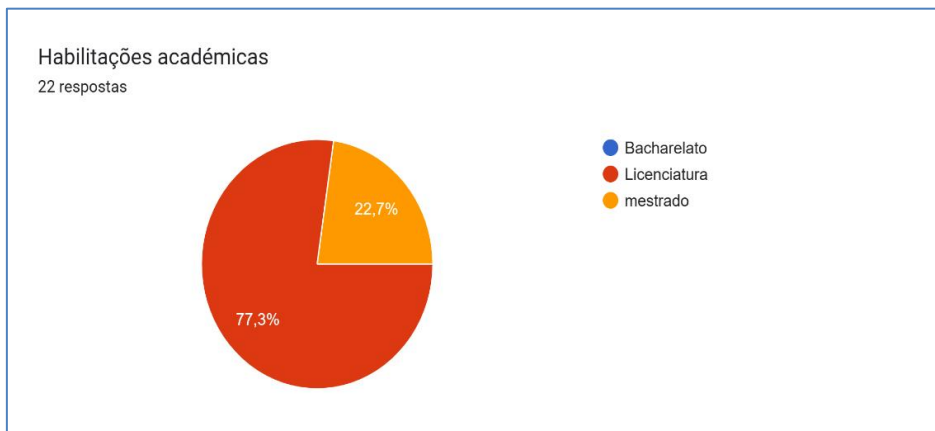


Gráfico 4 – Habilitações académicas da amostra

Fonte: Elaboração própria

Dos enfermeiros inquiridos, 8 enfermeiros (36,4%) possuem especialização em enfermagem e 14 enfermeiros (63,6%) não possuem especialização (gráfico 5).

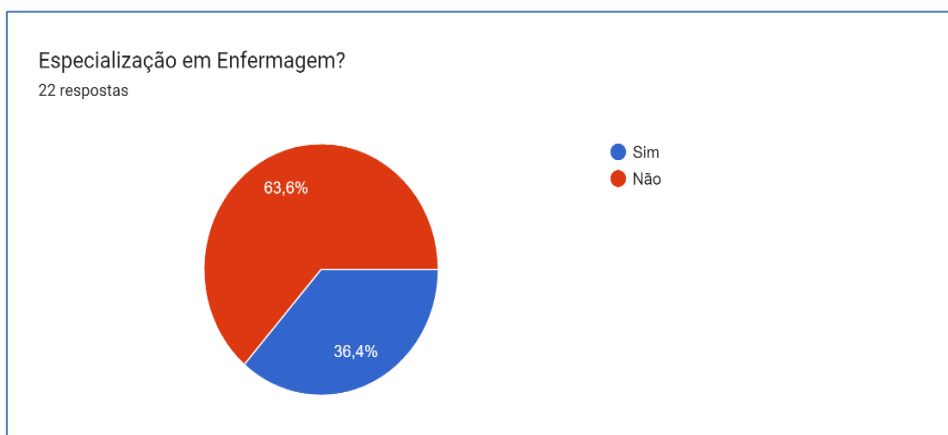


Gráfico 5 – Especialização em Enfermagem

Fonte: Elaboração própria

Dos enfermeiros com especialização, 5 enfermeiros (62,5%) são de enfermagem médico-cirúrgica - PSC, 2 enfermeiros (25%) são de enfermagem de reabilitação e 1 enfermeiro (12,5%) de enfermagem médico-cirúrgica na pessoa em situação paliativa (gráfico 6).

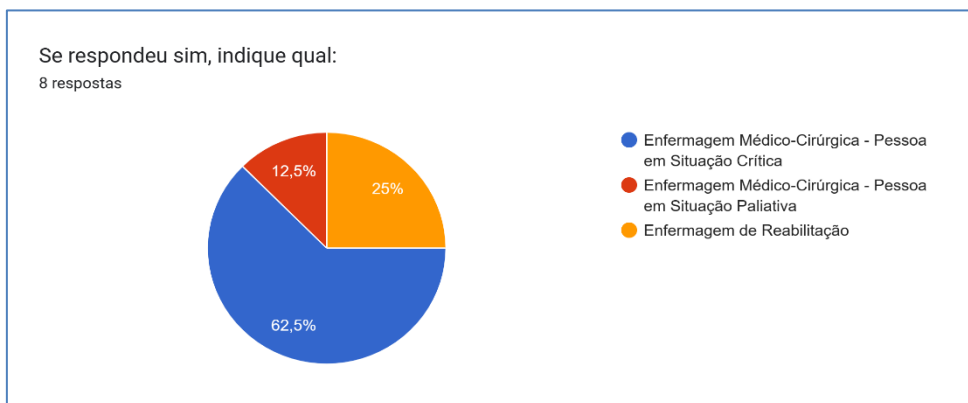


Gráfico 6 – Distribuição da mostra por áreas de especialização

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao tempo de exercício profissional na UCIP, 7 enfermeiros (31,8%) exerce há menos de 5 anos na UCIP, 5 enfermeiros (22,7%) exerce entre 11 e 15 anos na UCIP, 2 enfermeiros (9,1%) exerce entre 16 e 20 anos na UCIP, 3 enfermeiros (13,6%) exercem entre os 21 e 25 anos na UCIP e 5 enfermeiros (22,7%) exercem há mais de 25 anos na UCIP. Assim, verificamos que a experiência é necessária para prestar cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica numa UCI. A equipa possui uma percentagem significativa de enfermeiros experientes, traduzindo-se na qualidade e excelência dos cuidados prestados nesta unidade (gráfico 7).

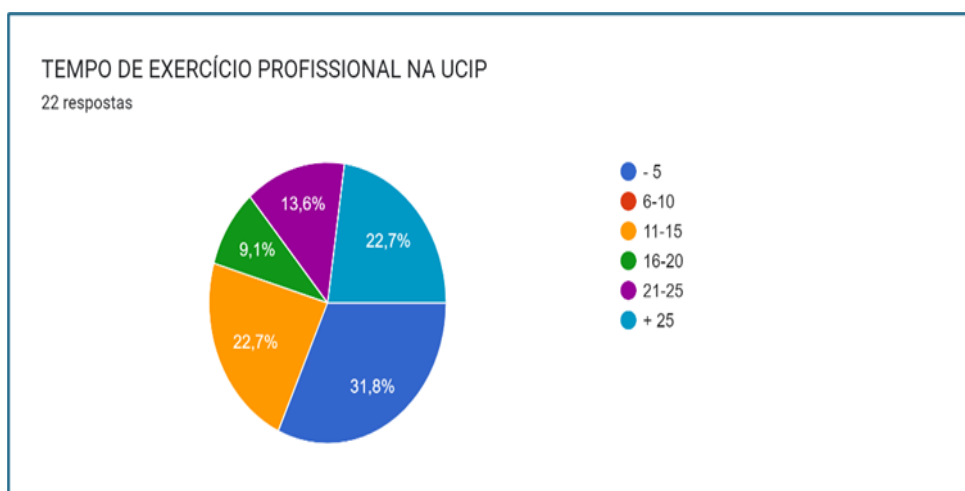


Gráfico 7 – Experiência profissional da amostra

Fonte: Elaboração própria

Quanto à pertinência desta temática, a totalidade da amostra, 22 enfermeiros (100%) considera o tema em estudo pertinente e útil para o serviço (gráfico 8).

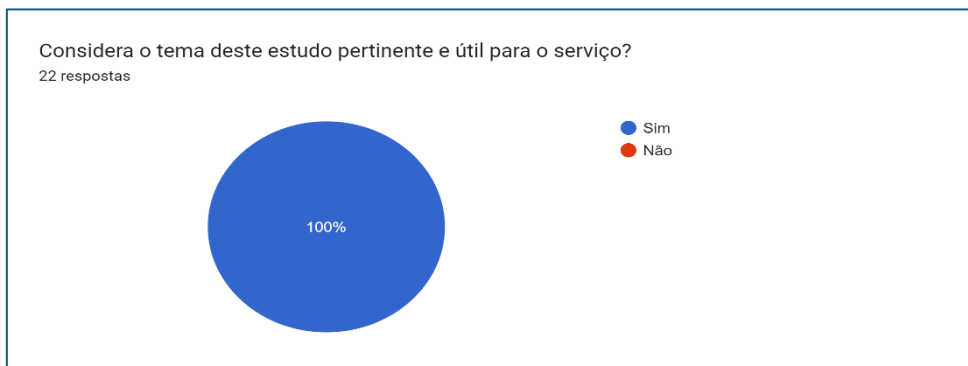


Gráfico 8 – Pertinência da temática

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à perspetiva da equipa da UCIP sobre o principal fator que prejudica o sono da pessoa em situação crítica internada em UCI, 14 enfermeiros (63,6%) consideram o ruído como principal fator, 3 enfermeiros (13,6%) consideram a dor como principal fator, 2 enfermeiros (9,1%) consideram os cuidados ao doente como principal fator, 2 enfermeiros (9,1%) consideram a ansiedade como principal fator e 1 enfermeiro (4,5%) considera o fator luminosidade (gráfico 9). Concluimos que a maioria dos profissionais, considera o ruído como principal fator que prejudica o sono em UCI.

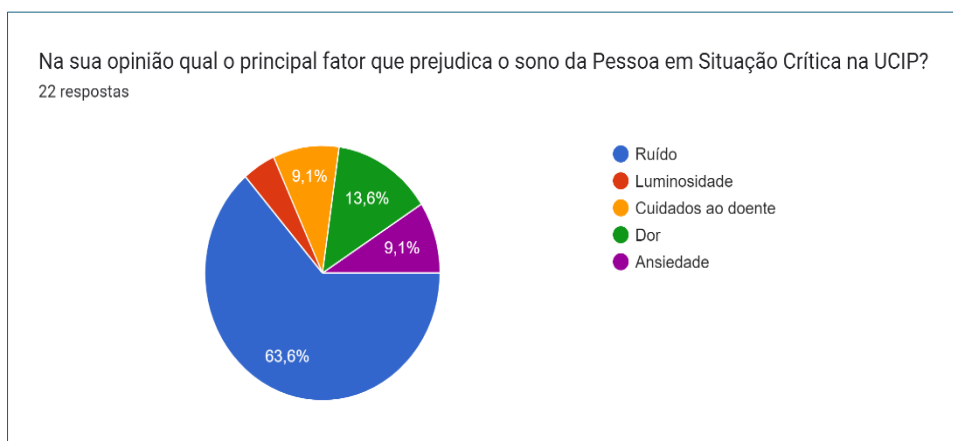


Gráfico 9 – Fatores perturbadores do sono

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito às fontes de ruído na UCIP, são identificadas por 8 enfermeiros (38,4%) as conversas entre profissionais, por 6 enfermeiros (27,3%) os alarmes dos equipamentos, por 5 enfermeiros (22,7%) os alarmes de monitorização e por 3 enfermeiros (13,6%) a agitação/ruídos de outros doentes (gráfico 10).

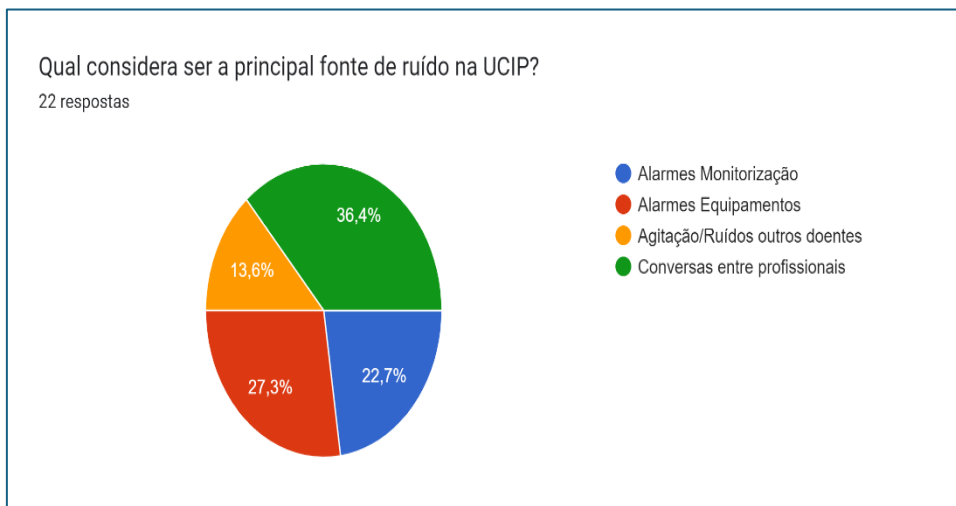


Gráfico 10 – Fontes de ruído na UCIP

Fonte: Elaboração própria

Questionados acerca da pertinência da realização de uma instrução de trabalho [IT] para implementar no serviço, 20 enfermeiros (90,9%) confirma a sua importância para o serviço (gráfico 11). Consideram fundamental a criação de uma IT, para uniformização de procedimentos para melhoria dos cuidados prestados e adequar comportamentos.

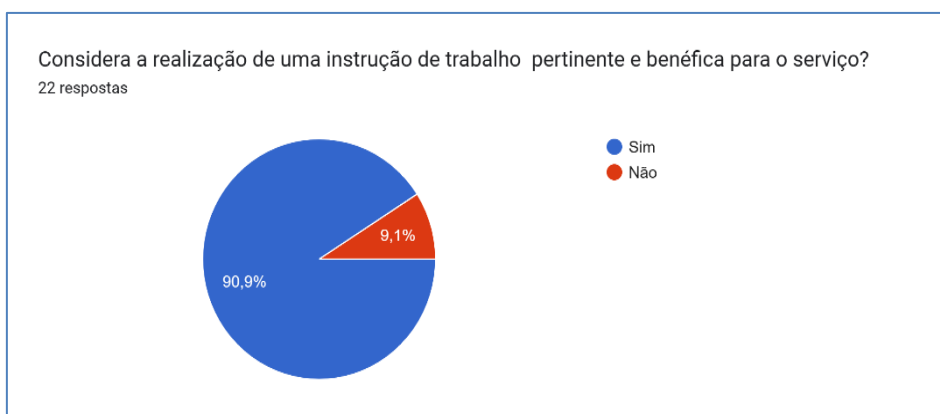


Gráfico 11 – Pertinência da criação de uma Instrução de Trabalho

Fonte: Elaboração própria

Finalmente considerou-se pertinente avaliar a recetividade de efetuar uma sessão de formação sobre a temática, sendo a resposta unânime e positiva (gráfico 12). Justificando a sua pertinência para aquisição de conhecimentos, pela pertinência e importância do tema, para aumentar a sensibilização dos profissionais, refletir sobre a prática e promover melhor recuperação do doente.

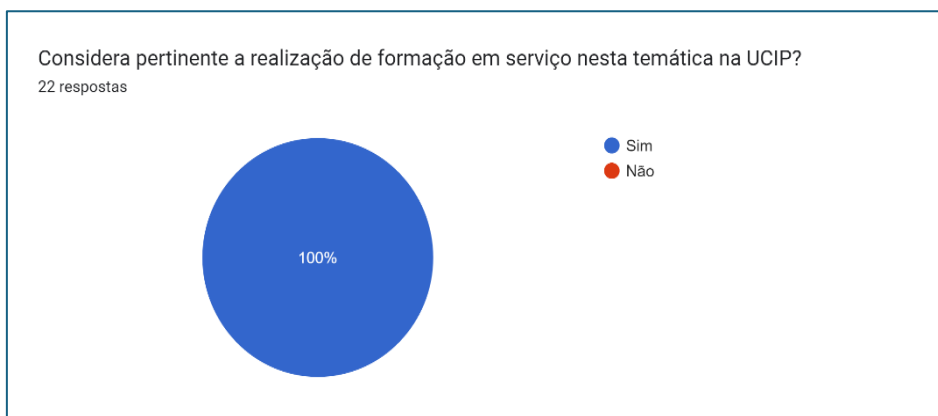


Gráfico 12 – Pertinência de formação sobre o tema

Fonte: Elaboração própria

Face ao exposto, torna-se imperativo desenvolver estratégias que promovam o sono na pessoa em situação crítica em UCI. Identificado o tema como problemática do serviço, justifica-se assim a sua pertinência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3.2 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Esta faz parte da segunda etapa da metodologia de projeto, que consiste em definir objetivos tendo em conta a problemática identificada.

“Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ruivo et al., 2010, p.18).

Assim, no desenvolvimento do PIP definimos como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na promoção do sono à pessoa em situação crítica internada em UCI.

Como objetivos específicos:

1. Identificar estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI;
2. Elaborar proposta de IT com estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI;
3. Construir proposta de registo com intervenções de enfermagem promotoras do sono na plataforma informática *Patient Care – Bsimple*;
4. Elaborar poster sobre estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI;
5. Realizar formação em serviço sobre estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI e divulgação dos instrumentos elaborados durante o estágio.

3.3 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

A etapa seguinte da metodologia de projeto é a fase do planeamento, onde se realiza o levantamento de recursos e das limitações condicionantes do trabalho, são definidas as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa e o respetivo cronograma (Ruivo et al., 2010).

Na quarta etapa da metodologia de projeto ou etapa de execução, é colocado em prática tudo o que foi planeado nas fases anteriores (Ruivo et al., 2010).

Atendendo à manifesta proximidade e relação entre estas duas etapas, planeamento e execução, a sua análise será realizada em paralelo.

Foi realizada proposta de PIP, o qual foi aprovado pelo Diretor Clínico do serviço, pelo Enfermeiro Gestor, pelo Enfermeiro Supervisor Clínico e Docente Orientadora do Estágio Final. Foi também submetido o pedido de parecer ao Concelho de Administração que autorizou a realização do projeto (anexo I).

De forma a calendarizar as atividades a desenvolver, foi criado um cronograma (apêndice II), com as fases da metodologia de projeto, no período definido pela duração do estágio.

Seguidamente procedemos à análise sucinta das atividades desenvolvidas, estratégias e recursos utilizados, que permitiram atingir os objetivos específicos planeados.

Objetivo 1: Identificar estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.

Atividades e estratégias planeadas:

- Elaboração de uma *Scoping Review*, para identificar fatores que perturbam o sono e estratégias promotoras do sono em UCI;
- Consulta de diretrizes e estudos relevantes sobre o sono em UCI;
- Realização de entrevistas não estruturadas com o Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Supervisor Clínico e Docente Orientadora.

Recursos Humanos: Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Supervisor Clínico, equipa de enfermagem e Docente Orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: livros, internet, bases de dados científicas, computador e papel de impressão.

Indicador de avaliação: Identificação de fatores e estratégias promotoras do sono à pessoa em situação crítica internada em UCI.

Com o intuito de recolher evidência científica sobre a temática, foi efetuada uma revisão da literatura da qual resultou a elaboração de um artigo, cujo resumo se encontra disponível (apêndice III). A metodologia adotada foi a *scoping review*, seguindo o protocolo de revisão do *Joanna Briggs Institute* com o intuito de sintetizar de forma criteriosa os resultados obtidos em pesquisas bibliográficas, utilizando bases de dados fidedignas, no sentido de encontrar a mais recente e melhor evidência científica.

Através da metodologia de desenho do Joanna Briggs Institute [JBI], passou-se para a elaboração da pergunta de pesquisa, recorrendo à metodologia PCC – Participantes (P), Conceito (C), Contexto (C), (JBI, 2020).

PARTICIPANTES	Pessoa em situação crítica
CONCEITO	Cuidados de enfermagem
CONTEXTO	Unidade de Cuidados Intensivos

Tabela nº 7 - Critérios de elaboração da questão de investigação pelo método PCC

Fonte: Elaboração própria

Foi deste modo elaborada a seguinte questão de investigação: Quais os cuidados de enfermagem que contribuem para a promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI?

De acordo com os descritores em Ciências da Saúde MeSH e DeCS estruturou-se as palavras-chave Sleep, Critical Care Nursing e Intensive Care Units, utilizando o operador booleano *AND*. A pesquisa bibliográfica foi realizada no mês de novembro de 2023 nas bases de dados da *EBSCO HOST WEB: Cinahl Complete e Medline Complete e na Pubmed*. Os critérios de inclusão que foram tidos em conta, foram intervalo cronológico de 2020 a 2023, restringindo-se a pesquisa aos artigos científicos publicados em inglês, com texto integral disponível e em pessoas adultas com mais de 19 anos. Relativamente aos critérios de exclusão estipulou-se que não iríamos abranger artigos cujo contexto não fosse em ambiente de UCI, cujo tema não fosse o sono e o texto completo não se encontrasse acessível.

Ao realizar a pesquisa com os descritores selecionados foram abrangidos 68 artigos. Destes, após leitura de título e resumo, foram excluídos 49 artigos. Foram ainda excluídos 11 artigos por texto integral não acessível. Foi ainda excluído 1 artigo por não cumprir os critérios de elegibilidade.

Este processo de seleção seguiu os princípios do modelo PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, (Liberati et al., 2009) que se encontra apresentado na figura nº 3.

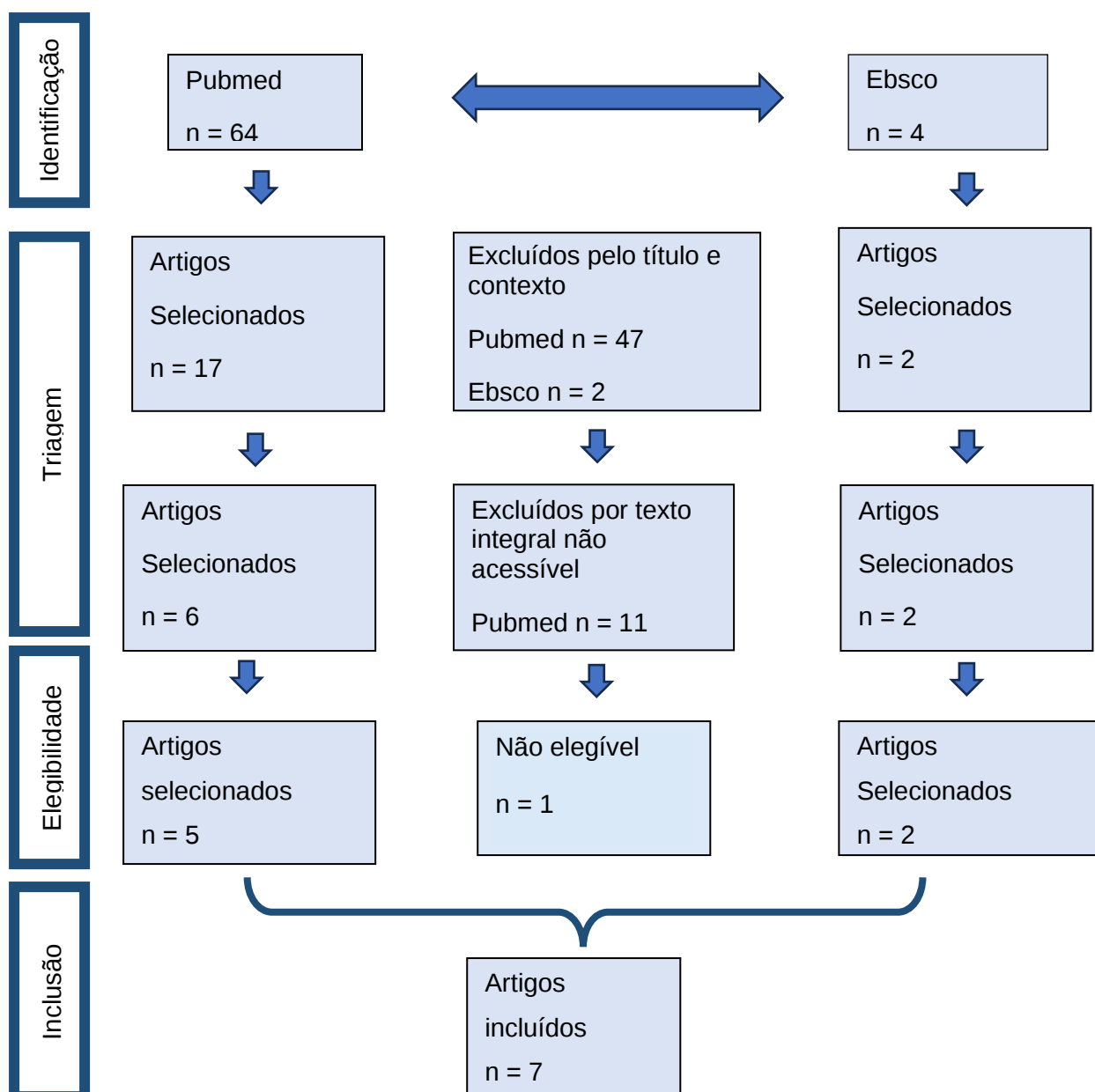


Figura 3 – Fluxograma de identificação e seleção de artigos

Fonte: Elaboração própria, adaptada de JBI, 2020

Uma vez terminada a seleção dos artigos, seguiu-se a extração de dados através de uma tabela sinóptica que englobou os autores, data, título, desenho do estudo e fonte.

Nº estudo	Título	Autor/Ano/ País	Desenho do estudo	Fonte
A1	Investigating the construct and concurrent validity of the Richards Campbell Sleep Questionnaire with intensive care unit patients and home sleepers	Ritmala-Castren et al, 2021 Finlândia	Estudo transversal descritivo	Revista Australian Critical Care
A2	Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial	Mahran et al, 2020 Egito Austrália	Ensaio clínico randomizado e controlado	Revista Critical Care Nurse
A3	Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient	Grimm et al, 2020 EUA	Revisão integrativa da literatura	Revista Critical Care Nurse
A4	Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care units: A systematic review	Jun et al, 2021 EUA	Revisão sistemática da literatura	Revista de Enfermagem de Cuidados Intensivos e Críticos
A5	Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: A randomised controlled trial	Lee et al, 2020 Coreia do Sul	Ensaio clínico randomizado	Revista de Enfermagem de Cuidados Intensivos e Críticos
A6	Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis	Shiha et al, 2021 Taiwan Austrália	Meta-análise de rede	Revista International Journal of Nursing Studies
A7	Noise reduction in the ICU: a best practice implementation project	Souza et al, 2022 Brasil	Projeto de implementação de boas práticas	Wolters Kluwer Health

Tabela 7 – Tabela dos artigos selecionados

Fonte: Elaboração própria, adaptado de JBI 2013 e JBI 2014.

Através da análise detalhada e de uma rigorosa interpretação dos estudos (apêndice IV), podemos verificar que é consensual a existência de fatores de risco que contribuem para alteração do padrão do sono no doente crítico internado em UCI e são de natureza multifatorial.

Em todos os artigos o ruído é identificado como fator perturbador do sono e é das queixas mais frequentes dos doentes internados em UCI. Esforços devem ser feitos para reduzir o ruído gerado por máquinas, equipamentos, portas, telefones e conversas entre profissionais. O uso de protetores auriculares pode ser útil apenas para uma parcela de doentes, por não tolerarem o seu uso.

A utilização de máscaras oculares pode ajudar a reduzir a quantidade de luz que entra no olho, permitindo o aumento da secreção de melatonina com a escuridão e a indução do sono. Deve ser avaliada a sua aceitabilidade e fornecida informação adequada ao doente para ajudar na seleção do melhor dispositivo para melhorar a qualidade do sono em UCI.

Devem ser criados planos de cuidados individualizados para reduzir os despertares noturnos com a prestação de cuidados.

Reorientar os doentes e fornecer estimulação cognitiva, incute sensação de segurança e promovermos o conforto do doente.

Aromaterapia, técnicas de relaxamento, musicoterapia e massagem mostram impactos positivos na qualidade do sono, promovem o relaxamento, aumentam o conforto, ativam a circulação e reduzem o stress.

As intervenções promotoras do sono identificadas são recomendadas, pelo seu custo e risco relativamente baixos para os doentes, serem de natureza não invasiva e terem benefícios na redução do stress/ansiedade e promoverem o relaxamento.

Recomenda-se o desenvolvimento de mais estudos na promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI e motivar os profissionais na elaboração de diretrizes sobre o assunto.

Deste modo, foi possível respeitar os pressupostos de Kolcaba (2003), uma vez que foram identificados fatores que interferem no padrão de sono e posteriormente foram identificadas estratégias para a promoção do sono, com vista à promoção do conforto à pessoa em situação crítica internada em UCI.

Objetivo 2: Elaborar proposta de Instrução de Trabalho com estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.

Objetivo 3: Construir proposta de registo com intervenções de enfermagem promotoras do sono na plataforma informática *Patient Care – Bsimple*

Objetivo 4: Elaborar poster sobre estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.

Atividades e estratégias planeadas:

- Elaboração de proposta de IT com estratégias promotoras do sono em UCI;
- Apreciação da proposta de IT pelo Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Supervisor Clínico e Docente Orientadora;
- Elaboração de IT final com sugestões de melhoria;
- Apresentação da IT final à equipa de enfermagem da UCIP (apêndice V);
- Entrega da versão final da IT ao Enfermeiro Supervisor Clínico para validação pelo Gabinete da Qualidade.
- Elaboração de proposta de registo informático no *Patient Care-BSimple*;
- Apreciação da proposta de registo informático ao Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Supervisor Clínico e equipa de enfermagem da UCIP;
- Pedido de colaboração à equipa de enfermagem para apresentação de sugestões;
- Elaboração de proposta final após sugestões efetuadas (apêndice VI);;
- Entrega da versão final da proposta de registo ao Enfermeiro Supervisor Clínico, para introdução na plataforma informática.
- Elaboração de poster;
- Validação do poster com o Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Supervisor Clínico e Docente Orientadora;
- Divulgação do poster e afixação na sala de trabalho de enfermagem.

Recursos Humanos: Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Supervisor Clínico, equipa de enfermagem e Docente Orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: livros, internet, bases de dados científicas, computador, intranet da instituição, aplicação informática Canva e papel de impressão.

Indicador de avaliação:

- Apresentação da proposta final da IT com estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI;
- Apresentação da proposta final de registo com intervenções de enfermagem promotoras do sono na plataforma informática Patient Care – Bsimple;
- Apresentação do poster com estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.

A elaboração da proposta de instrução de trabalho “estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI”, a criação de uma proposta de registo com intervenções de enfermagem promotoras do sono na plataforma informática *Patient Care – Bsimple* e elaboração de um poster sobre estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI, foram apoiadas pelo enfermeiro gestor e pelo enfermeiro supervisor clínico com o intuito de uniformizar algumas intervenções / práticas junto da equipa de enfermagem e melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.. O desenvolvimento destas ferramentas foi sustentado pela pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados científicas.

Objetivo 5: Realizar formação em serviço sobre estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI

Atividades e estratégias planeadas:

- Elaboração da formação em serviço;
- Elaboração do plano de sessão formativa (apêndice VII);
- Divulgação da sessão de formação (apêndice VIII);
- Realização da formação em serviço com o tema “Estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI” (apêndice IX).
- Realização de questionário de avaliação da sessão de formação (apêndice X);
- Divulgação da proposta de IT e da proposta de registo informático;
- Apresentação de poster alusivo ao tema (apêndice XI).

Recursos Humanos: Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Supervisor Clínico, equipa de enfermagem e Docente Orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: bibliografia pesquisada, material audiovisual, computador e aplicação *web Teams*.

Indicador de avaliação:

- Apresentação da sessão de formação em serviço sobre estratégias promotoras do sono à pessoa em situação crítica internada em UCI a 60% da equipa de enfermagem.
- Divulgação da proposta de IT, da proposta de registo informático e do poster.

Com o intuito de cumprir o objetivo proposto, foi definida e calendarizada sessão de formação à equipa de enfermagem da UCIP. Foi realizado o plano de sessão, onde foram descritos e planificados os objetivos da sessão, os conteúdos a abordar, os recursos necessários e a metodologia a utilizar. Foi realizada divulgação da sessão de formação, através da plataforma *Whatsapp* e afixação de cartaz na sala de enfermagem. A apresentação da sessão formativa foi elaborada em diapositivos na aplicação *Power Point* e cuja estrutura cumpriu o plano de sessão elaborado anteriormente. A sessão de formação foi realizada em formato online na aplicação *Google Teams* no dia 30 de janeiro de 2024. Na conclusão da apresentação, a proposta de IT, a proposta de registo informático e o poster foram divulgados à equipa de enfermagem e foi apresentado questionário de avaliação da sessão de formação.

3.4 – AVALIAÇÃO

A avaliação na metodologia de projeto implica comparação dos objetivos previamente definidos com os objetivos atingidos e avaliar se atingir o objetivo foi útil. Deve ser um processo contínuo e contempla as vertentes de análise reflexão (Ruivo et al., 2010).

De seguida vamos proceder à avaliação dos objetivos traçados anteriormente e efetuar uma análise da eficácia das atividades e estratégias utilizadas.

A realização de uma *Scoping Review* permitiu reunir a mais atual evidência científica, proporcionar um maior e mais abrangente conhecimento acerca do tema, fornecendo ferramentas para atingir os objetivos traçados. Foi deste modo possível, identificar as principais estratégias de promoção do sono, contribuir para a consciencialização acerca do problema e, assim, melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico internado em UCI na área do sono.

A maioria das estratégias mencionadas têm, como vantagens, a aplicabilidade autónoma por parte da equipa de enfermagem e o facto de serem seguras, baratas e não invasivas. Assumem ainda um papel importante na proteção da pessoa, na sua recuperação e prevenção de complicações.

Desta revisão da literatura resultou a elaboração de um artigo, cujo resumo se encontra disponível. Assim, face ao exposto consideramos ter atingido o primeiro objetivo específico.

Após realização da revisão da literatura com a mais recente evidência científica sobre a temática, foi possível a criação de uma proposta de IT, onde constam estratégias para a promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.

Esta proposta de IT foi elaborada e sofreu remodelações/ revisões ao longo do estágio e contou com sugestões de toda a equipa de enfermagem. A proposta final foi validada pelo Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Supervisor Clínico, e Docente Orientadora e foi entregue ao

Enfermeiro Supervisor Clínico, para ser enviada para validação e normalização pelo gabinete da Qualidade e Direção de Enfermagem.

O resultado deste segundo objetivo específico foi validado com sucesso e bastante elogiado pela equipa de enfermagem da UCIP.

A elaboração de uma proposta de registo informático na plataforma contou com a estreita colaboração do Enfermeiro Gestor e Enfermeiro Supervisor Clínico e foi ao encontro das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem. No final do estágio a proposta foi validada pelo Enfermeiro Gestor e Enfermeiro Supervisor Clínico e aguarda introdução na plataforma, de modo a poder ser utilizada pela equipa de enfermagem.

Consideramos que este também foi um objetivo atingido com sucesso, pela receptividade positiva e por ser uma ferramenta de trabalho com utilidade na prestação de cuidados.

Foi sentida necessidade de realizar algo alusivo ao tema, que fosse possível deixar visível e de fácil consulta no serviço. Após sugestão ao Enfermeiro Supervisor Clínico e Docente Orientadora de criarmos um poster alusivo ao tema, a mesma foi apoiada e resultou na elaboração do poster já identificado. Deste modo, foi igualmente atingido o objetivo específico proposto.

A divulgação da formação foi realizada através de afixação de cartaz no serviço e também através de partilha no grupo *WhatsApp* do serviço. A formação foi realizada à distância através da aplicação informática *Microsoft Teams* e foi feita em simultâneo com outra colega de mestrado que apresentou outra temática. É rotina do serviço realizar a formação online e juntar mais do que uma formação na mesma sessão, de modo a, abranger um maior leque de participantes.

A sessão de formação teve uma ótima adesão, com um total de 26 participantes, enfermeiros e médicos.

Foram tecidas críticas construtivas, elogios pelo trabalho realizado ao longo do estágio e agradecimentos pelas ferramentas desenvolvidas.

No final da formação foi solicitado o preenchimento do questionário de avaliação da sessão de formação, através de link criado e disponibilizado no chat do *Microsoft Teams*.

Da análise do mesmo podemos constatar que a opinião dos participantes se divide entre o Bom e Muito Bom (gráfico 13) e (gráfico 14).

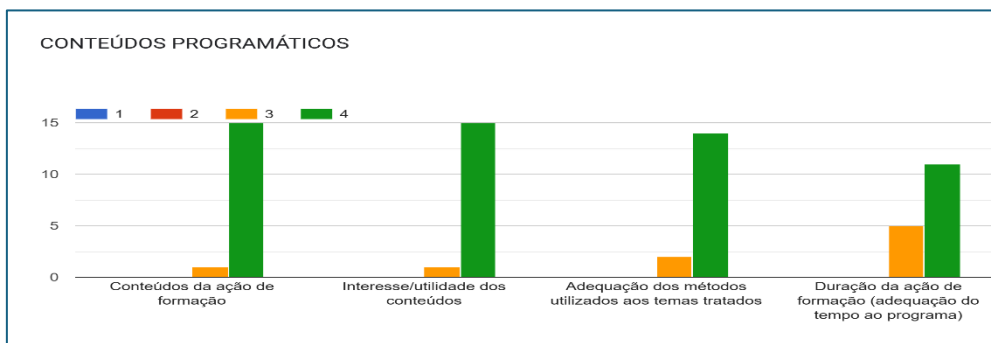


Gráfico 13 – Conteúdos programáticos

Fonte: Elaboração própria

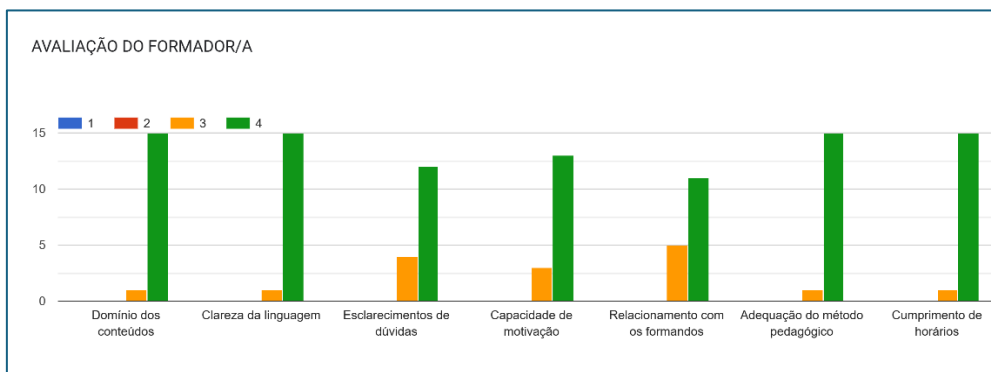


Gráfico 14 – Avaliação do formador

Fonte: Elaboração própria

A totalidade dos participantes considerou que a formação terá um impacto positivo no seu desempenho profissional (gráfico 15).



Gráfico 15 – Impacto no desempenho profissional

Fonte: Elaboração própria

Consideramos deste modo, que o quarto objetivo específico foi concluído com êxito.

Ao longo do estágio final, foi possível constatar que a equipa de enfermagem considerou ser benéfico para o serviço o desenvolvimento deste PIP e útil na prestação de cuidados de qualidade e conforto ao doente crítico internado em UCI.

3.5 – DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

A divulgação dos resultados dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução do problema (Ruivo et al., 2010).

Constitui uma etapa importante de um projeto, dando a conhecer, à população em geral e às diferentes entidades, a sua pertinência e o caminho percorrido na resolução de um problema, assumindo um papel preponderante no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria contínua dos cuidados prestados.

Como meios de divulgação deste Projeto de Intervenção Profissional destacamos a sessão de formação à equipa da UCIP e também, com a exposição de um poster, acessível aos profissionais do contexto onde foi realizado o estágio. Este foi impresso em formato A3, apresentado no decorrer da sessão de formação e afixado na sala de trabalho de enfermagem.

O desenvolvimento do PIP desenrolou-se acompanhando os pressupostos teóricos de Kolcaba (2003), onde foi definida uma necessidade de conforto, foram concebidas estratégias para responder a essa necessidade, através da manipulação dos contextos que influenciam o estado de conforto, com a fim de melhorar o conforto e saúde da PSC.

Consideramos que a elaboração do presente relatório e respetiva discussão pública promovem a divulgação do PIP.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a OE (2019) o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica. Técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744).

Refere o Regulamento nº 140/2019 que “os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (OE, 2019, p. 4744).

As aprendizagens realizadas em contexto formativo nas Unidades Curriculares deste curso, foram relevantes para as práticas em contexto de estágio e para a aquisição e desenvolvimento de competências, refletindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados e constituindo o suporte de uma prática baseada em evidência.

Este capítulo retrata o percurso efetuado na vertente de aquisição de competências ao longo do EPSC e EF e é alusivo à reflexão crítica e fundamentada, no desenvolvimento de Competências Comuns do EE registadas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019), Competências Específicas do EEEMC-PSC regidas pelo Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018) e Competências de Mestre mapeadas em documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, enquadradas no Decreto Lei [Dec. Lei] nº 65/2018 de 16 de agosto, pela Universidade de Évora [UE] em 16 de fevereiro de 2015 (EU, 2015).

Assim, o grau de Mestre é conferido a quem:

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral

e da enfermagem em particular; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (EU, 2015, p.27).

Uma vez que as Competências de Mestre em Enfermagem estão interligadas com as competências comuns do EE e específicas do EEEMC-PSC, será feita uma análise reflexiva conjunta das mesmas, sempre que se justificar.

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, as Competências Comuns do EE são

“as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 1019, p. 4745).

e envolvem as dimensões de “educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019, p.4744).

Estas Competências Comuns do EE, estão organizadas em quatro domínios de competência e são os seguintes: A - Responsabilidade profissional, ética e legal; B - Melhoria contínua da qualidade; C - Gestão de cuidados e D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 — 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;

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências de Mestre em Enfermagem

3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Durante a realização de ambos os estágios e para desenvolvimento desta competência, tornou-se fundamental basear a nossa prática na evidência científica, nos documentos reguladores da nossa conduta profissional e ainda proceder a uma revisão dos conteúdos abordados na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem.

Tanto no EPSC como no EF, consideramos ter tido uma integração fácil nas equipas multidisciplinares, foi demonstrada empatia, disponibilidade, abertura a novos conhecimentos, proatividade na prestação de cuidados e interajuda, quer com os profissionais, quer com os doentes.

A profissão de Enfermagem encontra-se regida por documentos legais que regulam a sua prática, como o REPE e o CDE, inserido no Estatuto da OE, aprovado pelo Dec.-Lei nº 104/1998 de 21 de abril, republicado como anexo pela lei nº 56/2015 de 16 de setembro, com última alteração ao Estatuto efetuada pela Lei nº 8/2024 de 19 de janeiro. Para o desenvolvimento desta competência consideramos particularmente importante a consulta e revisão dos documentos que regem a prática da profissão de enfermagem.

O REPE no seu capítulo IV, artigo 8º, ponto 1, afirma que no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015, p.101-102).

O CDE no seu artigo 97º, ponto 1 diz-nos que os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015, p.78).

Também Kolcaba (2003), defende que a prática da enfermagem, permite aos enfermeiros conceberem intervenções direcionadas aos resultados esperados, na procura da saúde, aumentando a satisfação dos doentes e família.

Iremos destacar alguns dos deveres do enfermeiro, no âmbito profissional, ético e legal, que foram alvo de reflexão tendo em conta os E1 e EF.

No artigo 102º do CDE, o enfermeiro cuida da pessoa, sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, no respeito pelos valores humanos (OE, 2015, p. 82). Refere também o CDE no artigo 105º, que o enfermeiro tem o dever de informar o doente e/ou família, no que respeita aos cuidados que presta, promovendo o acesso ao consentimento informado (OE, 2015, p. 82). Foi sempre acautelada, a informação sobre os

cuidados de enfermagem a prestar ao doente, quer ao próprio quer à família e a obtenção do consentimento informado.

Outro dever consagrado no CDE, artigo 106º, ponto 1, é que o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, mantendo confidencial toda a informação acerca do doente e família e partilhando apenas informação pertinente com os envolvidos no processo (OE, 2015, p. 84). Durante os estágios, assegurámos sempre a confidencialidade da informação e a transmissão de informações foi realizada e espaços reservados. No que respeita à confidencialidade e segurança da informação escrita, foi cumprido criteriosamente o encerramento do perfil no programa informático após cada utilização, evitando leitura da informação por terceiros.

O CDE, no artigo 107º, publicado no Estatuto da OE relata que o enfermeiro deve respeitar a intimidade da pessoa ou supervisionar as tarefas delegadas, salvaguardando a privacidade e intimidade da pessoa (OE, 2015, p. 85). Tendo em conta os constrangimentos físicos de ambos os serviços, nem sempre foi fácil assegurar a privacidade e intimidade do doente, contudo foi tida sempre em consideração essa questão. Foi preocupação constante nossa e da equipa de enfermagem, a minimização da exposição do doente, aquando da realização de procedimentos ou técnicas, promovendo a sua intimidade e conforto.

Também no artigo 108º do CDE, o enfermeiro deve defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida (OE, 2015, p. 85). Foi permitido nos estágios presença de familiar fora do horário de visitas, ou alargar o período de visita no doente em fim de vida, respeitando as manifestações de perda expressas e o corpo após a morte.

Ainda no artigo 110º do mesmo Código, o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados (OE, 2015, p. 86). No EF, foi possível reflexão com o enfermeiro supervisor clínico acerca da perpetuação da vida dos doentes em situação crítica e sem perspetiva de cura, com recurso a tecnologias e tratamentos, que já não conseguem ser úteis ou fazer a diferença no prognóstico. A valorização da humanização dos cuidados, com uma tomada de decisão fundamentada da equipa multidisciplinar, foram passos importantes na defesa por uma morte digna e sem sofrimento. Tal como na teoria do conforto de Kolcaba (2003), é permitido que sejam concebidas intervenções de enfermagem de conforto em fim de vida, cujo resultado caminha na procura de uma morte pacífica.

A questão da contenção física foi abordada com os enfermeiros supervisores clínicos, no E1 e EF, uma vez que quando se decide conter um doente, se limita a liberdade de decisão do doente e se menospreza a sua autonomia e liberdade de decisão. É aplicado o princípio da não maleficência, ou seja, a necessidade de preservar a segurança em detrimento da

liberdade. Apesar de não respeitada a liberdade, quando se decide conter um doente são mantidos os pressupostos de preservar a dignidade humana.

Neste sentido, consideramos ter conseguido desenvolver as competências incluídas neste domínio e todo o nosso percurso profissional no âmbito dos cuidados especializados, foi desenvolvido pelo cumprimento dos princípios ético-deontológicos, no seguimento das normas deontológicas, na tomada de decisão ética, tendo sempre em conta o respeito pela proteção dos direitos humanos na prestação de cuidados e fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do doente.

De salientar, que no desenvolvimento do PIP e na elaboração deste relatório foram salvaguardados os princípios éticos, através do anonimato das instituições onde foram realizados ambos os estágios, bem como, de todos os intervenientes.

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem

5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

A Qualidade em saúde define-se como

“a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão ... e está intimamente ligada à segurança dos cuidados” (DGS, 2015, p.13551).

Refere a DGS (2021) que

“A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é

reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde” (p.96).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS, cuidados esses que devem ser realizados em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança (DGS, 2015). Este plano tem como objetivo alcançar o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, da segurança da comunicação, da segurança cirúrgica, da segurança na utilização de medicação, da identificação inequívoca de doentes, da prevenção de ocorrência de quedas, da prevenção de ocorrência de úlceras de pressão, da prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos e de assegurar a prática sistemática de notificação de incidentes.

Mais recentemente a DGS desenvolveu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, dando continuidade a este projeto de melhoria contínua da segurança do doente, dos profissionais de saúde e do SNS.

A definição de Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem, perspetivam a necessidade e preocupação sobre o exercício profissional com o intuito da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros. A OE (2017) define PQCEEMC-PSC, de forma a construir um referencial para a prática especializada, que estimule à reflexão e criação de projetos de melhoria contínua da qualidade.

Garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem implica uma otimização da equipa de enfermagem e articulação com as restantes equipas multidisciplinares.

Na contextualização do desenvolvimento das competências no domínio da melhoria da qualidade, foi necessário mobilizar conhecimentos adquiridos na UC Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e revisão de documentos como o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC-PSC.

Pudemos verificar que em ambos os locais de estágio, existem vários protocolos e normas que incidem em diferentes áreas da segurança do doente. Foi nossa prioridade ter conhecimento dos mesmos e ainda de projetos de melhoria contínua em curso, através da consulta de documentos.

Nos dois campos de estágio, a comunicação eficaz na transmissão e transição de cuidados de saúde, efetuada através da ferramenta ISBAR está operacionalizada, conforme norma da DGS (2017). Foram realizados registos individualizados de cada doente, transição de cuidados ou transferência de doentes para outros serviços e passagens de turno, utilizando esta técnica.

Com o intuito de minimização do erro e consequentemente redução ou eliminação de dano para o doente, a nossa atuação foi ativa, pela utilização da estratégia dos 9 certos na preparação e administração de medicamentos e alguma pesquisa bibliográfica nesta área.

No que diz respeito à identificação inequívoca dos doentes, sempre foi confirmada a existência de pulseira de identificação e em caso de inexistência, providenciámos a sua aplicação no doente, conforme orientação nº 018/2011 de 23 de maio da DGS.

Constatámos que está implementada a utilização da plataforma informática NOTIFICA, em ambos os serviços de estágio, conforme norma nº 017/2022 de 19 de dezembro da DGS e o serviço onde foi realizado o EPSC conta também com a plataforma interna SAGRIS para notificação de incidentes.

Na prática diária em contexto de estágio, tivemos sempre em consideração, a criação de um ambiente seguro, direcionado para a prevenção de quedas e com aplicação da escala de Morse e prevenção de úlceras de pressão, com a aplicação da escala de Braden.

Verificou-se também que ambos os serviços consideram a aprendizagem da equipa muito importante, são realizados planos de formação anualmente, com base no diagnóstico de necessidades formativas, por parte dos enfermeiros que constituem as equipas. Existem ainda no SU e na UCIP, elos de ligação, em diversas áreas como na prevenção e controlo de infeção e a gestão do risco, que são dinamizadores na implementação de projetos de melhoria da qualidade

Em relação à prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos, foi desenvolvido no EPSC, uma IT acerca da Prevenção da Infeções do Trato Urinário associado a Cateter Vesical e criado um kit de apoio com todo o material necessário aos procedimentos com o cateter vesical, com o objetivo de normalizar procedimentos no serviço acerca da colocação, manutenção e remoção de cateter vesical, contribuindo deste modo para a prevenção de infeções do trato urinário, para a segurança do doente e para a melhoria contínua da qualidade nesta área.

As competências em apreciação foram demonstradas com a realização do PIP no EF, em que foi identificada uma área de atuação, com potencial de melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico com risco de perturbações do sono. Através da mais recente evidência científica, o desenvolvimento no serviço de uma IT, a criação de uma proposta para a aplicação informática Patient Care – BSimple e de um Poster, veio acrescentar qualidade aos cuidados prestados, bem como, garantir a segurança do doente. Uma vez mais, a Teoria do Conforto de Kolcaba está aplicada, pois foram avaliadas necessidades do doente na área do sono, foram concebidas intervenções como a criação de um documento orientador com estratégias de promoção do sono, que ao fortalecerem o conforto do doente na área do sono, vão conduzir à satisfação do mesmo e dignificar e divulgar a integridade da instituição.

Consideramos deste modo, ter atingido o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade, assim como a competência de mestre supramencionada.

C — Domínio da gestão dos cuidados

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competências de Mestre em Enfermagem

1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

A gestão em enfermagem, é uma competência importante no domínio da prestação de cuidados especializados. O enfermeiro especialista, deve além da responsabilidade na prestação de cuidados diretos, ser agente de “(...) gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e adequar “(...) os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4748).

O aporte teórico da UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, foi essencial para o desenvolvimento desta competência.

Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais e dos próprios cuidados de saúde, com o objetivo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Surgiu oportunidade de, em ambos os campos de estágio, acompanhar os enfermeiros supervisores clínicos, visto ambos serem chefes de equipa com funções de gestão especializadas e perceber as atividades desenvolvidas no âmbito dos recursos humanos, materiais, tomadas de decisão, estilo de liderança e gestão de conflitos. Pela observação, análise e reflexão, constatámos tratar-se de elementos preponderantes no seio da equipa, uma referência para os restantes elementos da equipa e que colaboram ativamente na resolução de problemas.

Santos (2019) refere que “Um bom líder, deve estar atento para o aprendizado e desenvolvimento dessas competências pessoais e profissionais para a obtenção dos melhores resultados para o alcance dos fins desejados pelas organizações de saúde: prestação de cuidados satisfatórios. (p. 63).

Fernandes (2021) considera que uma liderança eficaz consiste na interação entre o líder e os seus colaboradores, em que o primeiro influencia o comportamento dos outros, estabelecendo com estes, relações de empatia, lealdade, afeto, maturidade, parceria e reciprocidade. Refere ainda que, um ambiente favorável à prestação de cuidados, comunicação efetiva e satisfação no trabalho conduzem a uma prestação de cuidados com qualidade.

Consideramos que ambos os supervisores clínicos são um elemento-chave no desempenho das equipas, têm um papel fundamental na criação de um ambiente de trabalho positivo, proporcionam uma relação de proximidade e interação com a equipa, doentes e família, são dinamizadores e motivadores das equipas promovendo a qualidade dos cuidados prestados. As equipas encontravam-se motivadas, satisfeitas e eram consultadas nas tomadas de decisão.

No SU, o chefe de cada equipa é um enfermeiro especialista em EMC, que no início do turno recebe informações das diferentes zonas de trabalho (balcões, salas de tratamentos, sala de emergência e SO) sobre afluência ao serviço, assuntos pendentes, número de internados, altas previstas, transferências previstas, e que além das funções de gestão, normalmente dá apoio à sala de emergência e a todas as zonas de trabalho.

É responsável pelo pedido de reposição de materiais e medicamentos, alocação dos enfermeiros da equipa às várias zonas onde são necessários, solicitação de reparação e substituição de equipamentos, gestão de conflitos, gestão de transporte de doentes, organização de espólios, articulação com a equipa médica na gestão de altas, gestão de internamentos em macas, supervisão de tarefas delegadas e avaliação da execução das mesmas.

Na UCIP, o chefe de equipa, é um enfermeiro EEMC, que no início do turno faz a distribuição dos elementos da equipa pelas camas da UCIP. Os horários são estruturados com o número de elementos por equipa, de modo, a cumprir os rácios previstos pela OE (2019) para o serviço de UCI, de 1 enfermeiro por cada 2 doentes. São referenciados também, quais os enfermeiros da equipa que ficam com admissão de novos doentes em caso de vagas e enfermeiro que compõe a EEMI. Além dos cuidados diretos ao doente, o chefe de equipa nesta unidade é responsável por pedir reposição de medicamentos e materiais, gerir o empréstimo de equipamentos a outros serviços, articulação com a equipa médica, gestão de conflitos e delegação de tarefas com supervisão da sua execução. Foram-nos delegadas tarefas nesta unidade como verificação do carro de emergência, reposição da mala da EEMI após cada saída e reposição das unidades dos doentes. Tivemos oportunidade, de deteção de necessidades de medicamentos e materiais que em conjunto com o enfermeiro supervisor providenciámos para que fossem fornecidos.

Também nesta perspectiva, a teoria do conforto é aplicada, são constatadas necessidades, cabe ao EE a tomada de decisão de implementar intervenções, avaliar a eficácia dessas mesmas intervenções, com o intuito final de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao doente crítico.

Com o evoluir do processo de integração em ambos os serviços, passámos a ser vistos como elemento destas equipas, fomos chamados a participar nas tomadas de decisão, fomos proativos no processo de entre ajuda com os restantes elementos da equipa e na delegação de tarefas, acompanhando a sua realização e supervisão.

O desenvolvimento do PIP, implicou a criação de uma IT e uma proposta na aplicação informática Patient Care, que contribuiu para a gestão dos cuidados ao doente crítico. Foi necessário mobilizar competências de gestão, de modo a fazer uso dos recursos disponíveis de forma eficaz e eficiente e cumprir o cronograma delineado na fase de planeamento deste projeto. Face ao exposto, consideramos ter atingido e desenvolvido as três competências em análise neste domínio.

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Competências de Mestre em Enfermagem

2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

A decisão de frequentar este Mestrado era desafiante e envolveu adaptação às novas circunstâncias na perspectiva pessoal e profissional.

Apesar de desenvolvermos a nossa prática profissional de forma autónoma há vinte e nove anos, em contextos diferentes dos do EPSC e EF, esta experiência não deixou de representar um desafio, pois agora o nosso papel foi diferente e desenvolveu-se enquanto discente.

Das nossas próprias experiências, da interação com os diferentes profissionais de saúde, resultou uma reflexão profunda sobre as nossas competências e os limites profissionais e pessoais. O conhecimento profundo das nossas limitações e capacidades, desenvolveu o

autoconhecimento e o crescimento profissional e pessoal. Este autoconhecimento permitiu desenvolvimento de assertividade, em interação, quer com a equipa multidisciplinar, quer com o doente e família. Permitiu atuar sob situações de pressão, reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade e expressar pensamentos e sentimentos nos contextos.

Consideramos que a UC Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental, foi uma mais-valia no desenvolvimento desta competência, conduziu ao autoconhecimento, uma vez que, através da reflexão das nossas vivências anteriores foi possível estabelecer relação com a nossa postura enquanto profissionais.

Neste domínio importa salientar o dever de atualização permanente, patenteado no Código Deontológico inserido no Estatuto da OE (2015), nomeadamente no artigo 100º sobre os deveres deontológicos em geral, o qual explicita “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p. 81), assim como, no artigo 109º relativo à excelência do exercício, sendo dever do enfermeiro “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação pertinente e aprofundada das ciências humanas” (OE, 2015, p. 86).

A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem, é essencial para a prestação de cuidados de qualidade e num ambiente seguro, ao doente.

A formação permanente do enfermeiro contribui para alicerçar os processos de tomada de decisão, para a prática diária de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes e ser empreendedor no campo da investigação (OE, 2019).

Ao longo dos estágios, foi contínua e ativa, a procura de conhecimentos para prestação de cuidados ao doente em situação crítica, e deste modo, alargar o âmbito das aprendizagens, com o propósito de qualidade e excelência no cuidar, o que vai ao encontro do defendido na teoria de Kolcaba. Os campos de estágio, motivaram a pesquisa em bases de dados científicas, a mobilização de conhecimentos para o contexto clínico, bem como, esclarecimento de dúvidas com os enfermeiros supervisores clínicos, refletindo-se numa prática baseada em evidência e no desenvolvimento de processos de tomada de decisão devidamente fundamentada. Foram revistas e aplicadas as matérias lecionadas neste curso de Mestrado para aquisição desta competência.

Importa ressaltar, que nesta área das competências, os Cursos de Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida e o International Trauma Life Support foram importantes, devido ao seu reconhecido valor no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Destacamos também a nossa participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 (Anexo II) que decorreu no Instituto Politécnico de Setúbal, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023 e o Curso “Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente” (Anexo III) com um total de 15 horas, emanado pela OE em 14 de dezembro de 2023. A participação nestes eventos, proporcionou contato com especialistas nas várias temáticas específicas da abordagem do doente crítico e da segurança do doente, promovendo a atualização de conhecimentos e desenvolvimento de aprendizagens nestas áreas de cuidados.

No decorrer do EPSC, o desenvolvimento de uma IT no SU, acerca da colocação, manutenção e remoção do cateter vesical, permitiu pesquisa da evidência mais atual, a normalização do procedimento para prevenção das infeções do trato urinário associadas a cateter vesical e a disseminação de boas práticas na equipa de enfermagem.

O desenvolvimento do PIP na UCIP no EF, conduziu a uma revisão da literatura sobre o tema do sono no doente crítico internado em UCI e permitiu identificar fatores que afetam o sono, consequências das perturbações do sono e delinear estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica. Desta revisão resultou a criação de uma proposta de IT e produção de um artigo, sendo intenção futura proceder à disseminação da investigação, através da sua publicação. Para o desenvolvimento das aprendizagens, consideramos ainda oportuno efetuar um estágio de observação no GCL-PPCIRA e na UGR, para perceção das áreas sensíveis e modos de atuação eficaz, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Durante todo o processo formativo, participámos nas formações em serviço efetuadas no SU e UCIP como formanda.

De acordo com a OE (2019), o EE “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (p. 4749).

As sessões de formação efetuadas no SU e na UCIP “Prevenção de Infeção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical” e “Estratégias Promotoras do Sono na Pessoa em Situação Crítica Internada em UCI”, favoreceram a aprendizagem, proporcionaram conhecimentos, fomentaram a segurança e a melhoria contínua na qualidade dos cuidados a prestar aos doentes.

As UC Investigação em Enfermagem e Formação e Supervisão Clínica, conferiram-nos conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento desta competência.

Desta forma, consideramos que a pesquisa da evidência mais recente, o conhecimento adquirido ao longo dos estágios e a realização do PIP, foram essenciais para adquirir as competências neste domínio.

Face ao explanado, consideramos ter atingido e desenvolvido as competências supracitadas.

4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

“Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico -Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (OE, 2018, p. 19360).

O regulamento nº124/2011 de 18 de fevereiro foi alterado pelo regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, pois da abrangência da EMC surgiu a necessidade de criação de áreas específicas. Porém apenas serão alvo da nossa reflexão e análise as competências específicas do EEEMC-PSC.

A OE (2018) considera PSC “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” e considera também que os cuidados de enfermagem à PSC

” são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p. 19362).

O EEEMC-PSC segundo a OE (2018) deve ser detentor das seguintes competências específicas:

1 – “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”;

2 – “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”;

3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p. 19363-19364).

Também neste subcapítulo será realizada uma reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEEMC PSC, às quais se associam as competências de Mestre.

Competências específica do EEEMC-PSC

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

Competências de Mestre em Enfermagem

1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Apesar de vinte e nove anos de experiência profissional, a realização dos estágios em SU e UCI, apresentam contextos completamente distintos da minha prática profissional. No entanto estes ficaram marcados pela diversidade de experiências enriquecedoras e que permitiram o desenvolvimento de boas práticas.

Os conhecimentos teóricos mobilizados nas várias UC deste curso de Mestrado foram uma mais-valia, assim como pesquisas bibliográficas efetuadas em contextos de trabalhos solicitados, alguns momentos formativos nos serviços e de forma contínua através das experiências decorrentes dos estágios.

Durante todo o processo formativo, procuramos prestar cuidados eficientes de qualidade e em segurança, antecipando situações de instabilidade hemodinâmica.

Nos locais onde foram realizados os estágios, tivemos oportunidade de vivenciar situações de instabilidade e risco de falência orgânica, que nos permitiram contactar com inúmeras experiências diferentes na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tanto do foro médico como cirúrgico.

Na avaliação e monitorização do doente crítico, foi aplicada a abordagem ABCDE, seguindo a sequência de avaliação e atuação por prioridades (A – Via Aérea, B – Ventilação, C – Circulação, D – Disfunção Neurológica e E – Exposição). Segundo o INEM (2020) “A abordagem ABCDE é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida” (p. 27).

No SU e UCIP, durante a prática clínica, sempre fomos estimulados a refletir sobre a prioridade das intervenções e os cuidados a ter na sua execução, promovendo o desenvolvimento do raciocínio e melhorando a nossa atuação.

O nosso estágio no SU, decorreu maioritariamente na sala de emergência por nosso interesse pessoal. As oportunidades de aprendizagem foram variadas e abordaram diversas situações vivenciadas: Acidente Vascular Cerebral, Síndrome Coronário Agudo, Edema Agudo do Pulmão, Insuficiências Respiratórias, Disritmias Periparagem, Intoxicação Medicamentosa, entre outros.

A realização dos Cursos de Suporte Avançado de Vida e de Trauma durante o Curso de Mestrado, foram indispensáveis no desenvolvimento de conhecimento e habilidades nesta área do doente crítico. No SU, recorreu-se diversas vezes aos algoritmos das taquicardias e bradicardias e cuidados ao doente com queimaduras.

O EEEMC-PSC assume um relevo especial na execução de cuidados técnicos de alta complexidade. Na UCIP foram prestados cuidados no âmbito da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, do desmame ventilatório e extubação, da nutrição entérica e parentérica, da administração de insulina em perfusão, da técnica de substituição renal, tratamento de feridas, entre outras. Foi realizada colocação e manutenção de dispositivos invasivos, como, linhas arteriais, cateteres venosos centrais e cateteres de diálise. Ainda foram realizados procedimentos como aspiração de secreções, limpeza da boca e monitorização do nível do tubo endotraqueal e da pressão do cuff no doente ventilado, mudança de circuitos e filtros ventilatório, colheitas de espécimes para análise, e gasimetrias.

A gasimetria arterial sempre foi realizada com o intuito de interpretar os resultados da mesma e poder atuar em conformidade de forma pronta e eficaz, nomeadamente para ajuste de parâmetros ventilatório.

Na UCIP, foi possível o acompanhamento de doentes para a realização de exames complementares de diagnóstico e Bloco Operatório, verificando toda a logística que envolve. Conforme recomendações emanadas pela Ordem dos Médicos (2023), é realizada a confirmação prévia de que a área de destino se encontra pronta a receber o doente de imediato, acompanham o doente, médico, enfermeiro e assistente operacional, são providenciados todos os equipamentos necessários ao transporte (ventilador portátil, monitor/desfibrilhador, fonte de oxigénio, seringas infusoras) mala de transporte com fármacos e dispositivos médicos, para o caso de surgir necessidade de intervenção emergente/urgente e documentação necessária. Terminado o transporte ressalva-se a importância da reavaliação clínica e a acomodação do doente na unidade.

Segundo a OE, a avaliação da dor como 5º sinal vital, está associada ao bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (p. 19363). Ambos os serviços de estágio

utilizam a escala visual analógica e numérica para os doentes conscientes e comunicantes. Na UCIP é utilizada também a escala BPS (Behavioral Pain Scale) nos doentes que se encontram ventilados e não comunicantes. Consiste na avaliação de três aspetos, expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. A pontuação varia entre 3 (nenhuma dor) e 12 pontos (maior intensidade de dor) (Marques et al, 2022). A gestão da terapêutica analgésica, habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor e avaliação da resposta às medidas instituídas, foram uma prioridade nos cuidados prestados.

A escala de Coma de Glasgow (Glasgow Coma Scale), foi utilizada em ambos os serviços e avalia o estado de consciência ou grau de profundidade do coma nas vertentes, abertura dos olhos, resposta verbal e resposta motora. A avaliação é realizada com base na observação do comportamento, traduzindo-se numa pontuação que varia entre 3 (não reage a estímulos externos) e 15 pontos (sem alteração do nível de consciência) (Cunha et al., 2020).

Na UCIP, foi ainda utilizada a escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) que permite identificar o nível de sedação. Esta escala vai desde o -5 (não responde) até ao 4 (combativo), sendo que no 0, o doente se encontra calmo e acordado (Portalenf, 2020).

Posto isto, é de fácil compreensão, a existência de protocolos complexos que o enfermeiro tem de administrar e vigiar. Foi constante preocupação a implementação desses protocolos através de práticas baseadas numa cultura de segurança e comunicação, diagnosticando complicações, instituindo respostas convenientes e monitorizando e avaliando a sua eficácia. Destacamos o papel das equipas e dos enfermeiros supervisores clínicos na partilha de experiências e ajuda a ultrapassar dificuldades iniciais.

Na UCIP foi ainda possível, acompanhar a EEMI, cujo objetivo é intervir em situações de deterioração aguda dos doentes dentro da instituição e após a sua estabilização assegurar a sua transferência para outro serviço intra-hospitalar. Foi conhecida o procedimento normativo relativamente à ativação da EEMI.

Refere Gomes (2019) que a comunicação é um mediador da humanização nos cuidados de enfermagem.

A comunicação não pode estar dissociada da componente técnica. A comunicação foi adaptada à situação do doente e foram utilizadas estratégias verbais e não verbais como a saudação, o contato visual e o toque. Foi utilizado o Google Tradutor para comunicar com doentes de outras nacionalidades que não a Portuguesa.

Foram desenvolvidas e aprimoradas a relação de ajuda com o doente e família, conduzindo a uma redução da ansiedade, do medo e dúvidas, sempre no respeito pela pessoa, pelas suas crenças e valores.

O cuidar da PSC convida o enfermeiro a reconhecer o sofrimento e desconforto do doente/ família, identificar necessidades e encontrar estratégias na prestação de cuidados, garantindo que a família possa estar presente e envolvendo a mesma na prestação de cuidados. Deste modo, a satisfação das necessidades é realizada mediante uma relação positiva e de confiança, conduzindo ao conforto e satisfação do doente/família com os cuidados prestados. Neste contexto a teoria do conforto de Kolcaba (2003) foi tida como referencial.

Muitas vezes as situações de fim de vida são inevitáveis, sendo necessário o alívio do sofrimento do doente/família, bem como, proporcionar um ambiente em que estes se sintam seguros e acompanhar o processo de morte e luto. Tendo em consideração o referencial teórico de Kolcaba (2003) que evidencia que o alívio, a tranquilidade e a transcendência nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) proporciona conforto, as intervenções de enfermagem foram conduzidas, de modo, a facilitar um fim de vida tranquilo e sereno à pessoa alvo de cuidados.

Constatando que a privação do sono no doente crítico, tem consequências nefastas para a sua saúde e intervenções adequadas nesta temática são importantes, baseamo-nos na mais recente evidência científica para a elaboração do PIP e posteriormente na IT, contribuindo para a consciencialização dos enfermeiros para o problema, minimizando-o e contribuindo para o conforto do doente crítico em UCI.

Face a toda a fundamentação tecida, consideramos que as competências supramencionadas foram adquiridas e desenvolvidas.

Competências específica do EEEMC-PSC

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

Competências de Mestre em Enfermagem

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, catástrofe é definida como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2006, p. 4696).

A OE (2018) considera situação de emergência a agressão sofrida a um indivíduo por parte de um fator, que lhe causa a perda brusca e violenta da saúde, a ameaça de um ou vários órgãos vitais e a colocam em risco de vida, sendo necessária a sua assistência de forma imediata. Define ainda situação de exceção como “situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (p. 19362).

A ocorrência de catástrofes e acidentes graves são cada vez mais frequentes e suscitam a procura de cuidados de saúde e urgência. Torna-se necessário que os profissionais de saúde se encontrem capacitados na resposta, através de uma especialização na área (International Council of Nurses [ICN], 2009).

O ICN (2019) reconhece necessidade de capacitar os enfermeiros para atuarem na proteção das populações, de modo a, limitar lesões e mortes e manter o funcionamento dos sistemas de saúde em situações de ameaça ou risco de vida.

A DGS (2010) de acordo com a orientação 007/2010 de 6 de outubro, recomenda a elaboração de um Plano de Emergência nas unidades de saúde como guia orientador, na eventualidade de uma catástrofe ocorrer, qualquer que seja a origem e de forma a se poder agir de forma rápida e eficiente.

Os aportes teóricos da UC EMC3 foram fundamentais na abordagem de conteúdos, relacionados com a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, desde a concetualização, ao planeamento, à gestão e operacionalização de respostas.

Durante a realização dos estágios, não se verificou nenhuma situação de emergência, exceção ou catástrofe.

Em ambos os contextos de estágio, foram consultados os planos de emergência internos e externos das instituições em causa e os planos de emergência internos dos serviços. Neste âmbito foram realizadas reuniões não estruturadas com os enfermeiros supervisores clínicos e retiradas dúvidas dos documentos consultados. Foi possível a reflexão e compreender o modo de atuação em cada serviço, na eventualidade de ocorrência de uma catástrofe ou emergência multivítimas.

De forma a desenvolver esta competência também o estágio de observação, desenvolvido no EF na UGR, permitiu conhecer o plano de emergência interno e externo, a compreensão da dinâmica envolvida e entidades envolvidas neste processo. É responsável por esta unidade um enfermeiro EEMC que integra a comissão de catástrofe da instituição. Esta comissão é responsável pela elaboração do Plano de emergência da instituição, a sua articulação com o Serviço Nacional de Proteção Civil, Bombeiros, Cruz Vermelha e outras instituições no âmbito da catástrofe e emergência, é responsável por promover a realização

de vistorias nas instalações da instituição tendo a vista a verificação de condições de segurança e por promover ações de prevenção, informação e sensibilização dos funcionários.

Ao longo do EPSC, foi reforçado o estado de alerta no diagnóstico de prática de crime, na salvaguarda da preservação de vestígios e encaminhamento da vítima para entidades competentes de apoio.

Consideramos, por tudo o que foi referido anteriormente, que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

Competências específica do EEEMC-PSC

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

Competências de Mestre em Enfermagem

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (OE,2018, p. 19364).

A IACS é “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p.4).

A IACS constitui um problema de grande relevância a nível nacional. Com o aumento da esperança média de vida, o aparecimento de novas tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, o uso de terapêuticas cada vez mais agressivas, o risco de infeção associada aumenta (DGS, 2007). Reconhece-se que estas causam aumento da morbilidade e mortalidade, prolongam o internamento e se traduzem num aumento de custos em saúde (DGS, 2017).

Resultante destas preocupações, é criado em 2013 o PPCIRA (Diário da República [DR], 2013) com o objetivo de diminuir a incidência de IACS, promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos (DR, 2022).

O PPCIRA em 2014 iniciou a promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção aliadas à promoção da Higiene das mãos, que se traduzem em regras de boas práticas a ser adotadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada e são compostas por dez padrões de qualidade: 1. Avaliação individual do risco de infecção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; 2. Higiene das mãos; 3. Etiqueta respiratória; 4. Utilização de equipamento de proteção individual; 5. Descontaminação do equipamento clínico; 6. Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; 7. Manuseamento seguro da roupa; 8. Gestão adequada dos resíduos; 9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e 10. Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Segundo o PPCIRA (2022), a prevenção de IACS é realizada através do cumprimento de feixes de intervenções de prevenção de infecção como, infecção do local cirúrgico, da bacteriemia associada ao cateter vascular central, pneumonia associada ao tubo endotraqueal e infecção urinária associada ao cateter vesical, da vigilância do consumo de antimicrobianos e resistência aos antimicrobianos, através de vigilância epidemiológica.

Ao longo dos estágios, existiu um esforço em manter uma atualização constante do conhecimento relativamente à prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, de forma a adequar os cuidados prestados e contribuir para a redução das IACS.

Foram realizados momentos de partilha de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas com os enfermeiros supervisores clínicos. Observámos ao longo dos estágios, os enfermeiros na prestação de cuidados, analisando e refletindo as suas práticas em comparação com as mais recentes recomendações sobre prevenção e controlo de infeções.

Considerámos também relevante a leitura das normas e orientações nacionais do PPCIRA e da DGS, nomeadamente as normas dos feixes de intervenção, que diariamente estiveram presentes na nossa prestação de cuidados à PSC. Tivemos oportunidade de consultar procedimentos implantados no SU e UCIP e o facto dos enfermeiros supervisores clínicos serem elos de ligação ao GCL-PPCIRA, possibilitou momentos de reflexão sobre as recomendações de boas práticas.

Salientamos a importância dos conteúdos temáticos desenvolvidos na UC EMC5, bem como a realização do trabalho escrito para a mesma “Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico” na aquisição e desenvolvimento desta competência.

A nossa atuação enquanto futuro enfermeiro especialista, nos campos de estágio, foi de contribuir sempre para a prevenção e controlo de infeções na PSC, tendo em conta a sua situação de saúde, na necessidade de ser submetida a procedimentos invasivos, se encontrar vulnerável a IACS, nunca foi descuidada a manutenção dos protocolos de assepsia nos procedimentos, a higienização das mãos e a colocação e remoção dos equipamentos de proteção individual.

Durante o EF, foi possível colaborar no rastreio microbiológico, através da realização de zaragatoas nasais e retais e colheitas de expetoração, sangue e urina. Na confirmação de presença de microrganismos foi iniciado processo de descolonização e isolamento de doentes. A importância de isolamento e correta identificação da via de transmissão foi preocupação constante, assim como, de existir um enfermeiro exclusivamente dedicado à prestação de cuidados à pessoa colonizada ou infetada, de forma a evitar infeções cruzadas.

Também as visitas na UCIP são alvo de atenção em matéria de prevenção e controlo de infeção. O acolhimento da família/ pessoa significativa é realizado pelo enfermeiro responsável na prestação de cuidados, onde é explicada a importância da higienização das mãos, como a efetuar corretamente e os momentos em que se deve realizar e a importância do uso de máscara. Foi constante a salvaguarda das medidas de prevenção e controlo de infeção por parte das visitas à PSC.

O estágio de observação realizado no GCL-PPCIRA no decorrer do EF, permitiu compreender o seu funcionamento e colaborar nas suas áreas de atuação, de modo a consolidar esta competência específica do enfermeiro EEMC-PSC.

Partilhamos uma situação vivenciada no SU, onde pudemos constatar que as técnicas de colocação, manutenção e remoção de cateter vesical não era efetuada cumprindo a norma da DGS, que um elevado número de enfermeiros desconhecia a mesma e que o material necessário para efetuar as técnicas se encontrava disperso e acabava por faltar sempre algum material.

A elaboração de uma IT acerca da colocação, manutenção e remoção de cateter vesical (Apêndice XII), a apresentação de uma sessão de formação com o tema “Prevenção da Infeção do Trato urinário Associado ao Cateter Vesical” (Apêndice XIII) no SU e a criação de um carrinho de apoio a estas técnicas com todo o material necessário, contribuíram para o desenvolvimento desta competência específica, exigindo fundamentação baseada na pesquisa exaustiva da evidência mais atual e contribuíram para prestar cuidados de qualidade nesta área.

Salientamos ainda, a participação na formação em serviço realizada na UCIP “Treino de práticas seguras” (Anexo IV) na área da infeção hospitalar como mais-valia no desenvolvimento desta competência e que nos permitiu concluir que o momento de

higienização das mãos, antes de tocar no doente, é ainda descurado pela maioria dos profissionais de saúde.

Mais uma vez, a identificação de áreas problemáticas e o desenvolvimento de estratégias para as minimizar, conduzem ao bem-estar e satisfação dos intervenientes e à promoção da qualidade dos cuidados prestados nesta área da prevenção e controlo de infeção, conferindo os supostos teóricos de Kolcaba (2003).

Tendo em consideração a fundamentação e análise crítica apresentada, consideramos ter atingido as competências acima citadas.

CONCLUSÃO

Esta caminhada neste Curso de Mestrado foi um investimento pessoal e uma opção tomada perante a necessidade e vontade de aperfeiçoar a nossa conduta profissional, com o intuito de uma prestação de cuidados de qualidade e excelência.

As opções de locais de estágio foram muito desafiantes, dado a nossa experiência profissional não ser nestes contextos, no entanto, a diversidade de oportunidades na componente prática, permitiu-nos crescimento e enriquecimento profissional e pessoal.

De sublinhar alguns aspetos facilitadores, como o acolhimento por parte das equipas de enfermagem e multidisciplinares e dos supervisores clínicos, que nos proporcionaram momentos de partilha de conhecimento e estimularam a revisão de literatura e o pensamento crítico. A comunicação com estes intervenientes, permitiram a prestação de cuidados em equipa de forma harmoniosa e respeitosa, em prol das necessidades da PSC e a participação ativa nas tomadas de decisão.

A realização do presente relatório permitiu uma reflexão sobre o percurso formativo efetuado e espelha um caminho repleto de aprendizagens. Permitiu-nos uma análise crítica e reflexiva acerca das competências comuns do EE, das competências específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem, aplicando e mobilizando os conhecimentos adquiridos nas várias Unidades Curriculares deste Curso de Mestrado, com fundamentação na evidência e regulamentação estabelecida para a profissão de Enfermagem. Acreditamos ter demonstrado a aquisição e desenvolvimento das mesmas, atingindo os objetivos propostos no início deste relatório.

Através da metodologia de projeto, identificámos necessidades que permitiram o planeamento do nosso PIP. Com a auxílio de ferramentas de diagnóstico, delineámos objetivos e um plano de intervenção no serviço, que culminou com a criação de uma proposta de IT com estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI, a criação de uma proposta para a aplicação informática Patient Care – Bsimple centrada no foco do sono e numa sessão de formação à equipa de enfermagem acerca da mesma temática, como forma de promover o conforto da pessoa em situação crítica. Com a consecução deste projeto, contribuímos para consolidar conhecimentos, uniformizar procedimentos e para o crescimento profissional da equipa de enfermagem, melhorando deste modo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Procedemos à pesquisa da literatura atual e fidedigna da mais recente evidência científica, que permitiu a realização de uma scoping review e elaboração de um artigo científico.

Foi reconhecido pela equipa de enfermagem a pertinência do tema e os benefícios para a PSC, bem como, os instrumentos desenvolvidos e facultados no serviço.

A escolha de um referencial teórico recaiu na teoria do conforto de Katharine Kolcaba e demonstrou-se um pilar orientador no desenrolar de todo este relatório. Foi evidenciado, a forma como o sono e o conforto da PSC se encontram associados. A manipulação dos contextos (físico, psíquico, ambiental e sociocultural) que perturbam o sono e a tomada de decisão face à implementação de estratégias dirigidas à promoção do sono, têm repercussões surpreendentes nas vertentes do conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) no doente crítico.

Chegámos ao final com o sentimento de dever cumprido, o caminho não foi fácil, mas permitiu-nos desenvolvimento contínuo e especializado na prática da enfermagem. Referindo ainda que o futuro trará novos desafios dentro da enfermagem, sendo nossa intenção evoluir em paralelo, na procura da manutenção da formação contínua e no sentido da procura de melhoria da qualidade dos cuidados a prestar no que à pessoa em situação crítica diz respeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, B., Machado, C., Fragoeiro, C. & Gomes, S. (2020). *A ciência do sono- da fisiologia à (psico)patologia*. 1ª ed. Parsifal.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (pp.1-123).
<https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhidiCvHFWdPvAvDd>
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I. & Martins, M. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos - 2ª versão*. Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde.
https://ess.ipportalegre.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1-bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf
- Cardoso, R., Caldas, C. & Souza, P. (2019). Uso da Teoria do Conforto de Kolcaba na Implementação do Processo de Enfermagem. Uma Revisão Integrativa. *Revisão Integrativa. Revista de Enfermagem Atenção à Saúde*, 8(1), 118-128.
<https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/2758>
- Castren, M., Axelin, A., Richards K., Mitchell M., Vahlberg T., Kilpi, H. (2021). Investigating the construct and concurrent validity of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire with intensive care unit patients and home sleepers. *Australian Critical Care*, (35), 130-135.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34049774/>
- Cunha, D., Ribeiro, A., Pereira, F. (2020). Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43 (1), 59-68. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31334/1/59-68.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. ICNP. (2019). *Browser CIPE*.
<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Decreto-Lei nº 104/98 do Ministério da Saúde. (1998). *Diário da República: I Série*, nº 93.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>
- Decreto Regulamentar nº 14/2012 do Governo Constitucional. (2012). *Diário da República: I Série*, nº 19. <https://files.dre.pt/1s/2012/01/01900/0048000482.pdf>
- Despacho n.º 15423/2013 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2013). *Diário de República: IIª Série*, nº 229.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>
- Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República: II Série*, nº 153.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho nº 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República: II Série*, nº 48. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

- Despacho nº 1057/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, nº 22. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/ Despacho/1057-2015-66396673>
- Despacho nº 5613/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da saúde. (2015). Diário de República: IIª Série, nº 102. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/ Despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho nº 1250/2020 da Direção Geral da Saúde. (2020). Diário da República: II Série, nº 19. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/01/019000000/0012500127.pdf>
- Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II Série, nº 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/ Despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho nº 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Diário da República: II Série, nº 174. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J...& Joffe, A. 2018. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46 (9), 1532-1548. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113371/>
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos, recomendações para o seu desenvolvimento*. <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
- DGS. (2007, março). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- DGS. (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- DGS. (2022). *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf
- Equipa de Enfermagem da UCIP. (2014). *Plano de Actividades de 2014. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco*.

- Fernandes, V., Contente, A., Guerreiro, I., Guerreiro, H., Gouveia, M., Melo, M. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa. *Gestão e desenvolvimento*. 29. 465-482. [Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa | Gestão e Desenvolvimento \(ucp.pt\)](#)
- Filho, J., Tamboril, A., Domingos, J., Silvia, C., Silva, H. & Pinto, A. (2019). Promoção do Conforto na Assistência de Enfermagem em Dermatologia: Subsídios da Teoria de Kolcaba. *International Journal of Development Research*, 09(09), 29703-29705. <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/16796.pdf>
- Fink, A. (2020). Sleep Neurobiology and the Critical Care Environment. *Critical Care Nurse*, 40(04), 1-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32737492/>
- Ghada, M., Matthew, P., Mostafa, M., Ahmed, M., Ahmed Mohamed, M. 2020. Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. *American Association of Critical-Care Nurses*, 40(1), 27-35. <https://aacnjournals.org/ccnonline/article/40/1/27/30716/Effect-of-Eye-Masks-on-Pain-and-Sleep-Quality-in>
- Gomes, D., (2019). *Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família [Relatório de Mestrado]*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37133>
- Grimm J., DNP, APRN, ACNP-BC & CNE. (2020). Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient. *Association of Critical-Care Nurse*, 40(2), 16-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32236431/>
- INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida. 1ª (edição)*. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). *Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB_final.pdf
- Joanna Briggs Institute. (2013). *Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. <https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *Joanna Briggs Institute Manual For Evidence Synthesis*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>

- Jun, J., Kapella, M. & Hershberger, P. 2021. Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care units: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, (67), 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34456110/>
- Kolcaba, K. & Fisher, E. (1996). A holistic perspective on comfort care as na advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*. 18 (4), 66-76. https://www.researchgate.net/publication/14513712_A_Holistic_perspective_on_comfort_care_as_an_advance_directive
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=copyright&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false
- Kolcaba, K. (2007). *Confort Theory*. www.TheComfortLine.com
- Lee, L., Kang, J. 2020. Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: A randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, (59), 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32241625/>
- Lei nº 27/2006 da assembleia da República. (2006). Diário de República: Iª Série, nº 126. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Lei nº 156/2015 da assembleia da República. (2015). Diário de República: Iª Série, nº 181. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Lei nº 95/2019 da assembleia da República. (2019). Diário de República: Iª Série, nº 169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lei nº 8/2024 da assembleia da República. (2024). Diário de República: Iª Série, nº 14. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/01400/0005700075.pdf>
- Lessa, R., Fonseca, L., Silva, V., Mesquita, F., Costa, A., Souza, D., César, M., Ferreira, T., Abad, L. & Mendes, N. 2020. A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura. *Electronic Journal Collection Health*, (56), 1-10. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3846>
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. & Moher, D. (2009). *The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration*. Research Methods & Reporting. BMJ | online <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19631507/>
- Lin, Y., Zhou, Y. & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *BMC*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>

- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(1075), 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35742126/>
- Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2013 da Direção Geral de Saúde. (2013). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Norma 017/2022 da DGS. (2022). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf
- Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022 da Direção Geral de Saúde. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 da Direção Geral de Saúde. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022 da Direção Geral de Saúde. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022 da Direção Geral de Saúde. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Norma 001/2017 da Direção Geral de Saúde. (2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional da Prática de Enfermagem. (versão 2). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, setembro 16). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017, novembro, 25). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Site OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Médicos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos*. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%C3%A7%C3%A3o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Orientação nº 007/2010 da Direção Geral da Saúde. (2010). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

- Paraginski, A. (2014). Compasso que varia de pessoa para pessoa. *Revista UCS*, (15). <https://www.ucs.br/site/revista-ucs/revista-ucs-15a-edicao/no-ritmo-do-relogio-biologico/>
- Ponte, K., Silva, L., Zagonel, I., Guedes, M. & Farias, M. (2020). Teoria do Conforto no Cuidado Clínico de Enfermagem pelo Método de Pesquisa – Cuidado. *Enfermagem em Foco*, 11(5), 13-19. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3569/1018>
- Portalenf. (2020). *Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS)*. <https://www.portalenf.com/2017/03/escala-agitacao-sedacao-richmond-rass/>
- PPCIRA, (2017, dezembro). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. SNS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Regulamento nº 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário de República: II Série, nº 35. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifepessoasituacaocritica.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, nº135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº26. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário de República: II Série, nº 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sá, F., Miranda, F., Morais, I., Almeida, M. & Afonso, M. (2020). Comprometimento e promoção do sono em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*, (34), 1-8. <https://www.scielo.br/j/ape/a/qHdFB6H7WdxbFgpdsWLkz7p/?format=pdf&lang=pt>
- Santos, S. (2019). *Impacto da liderança no desempenho da equipa de enfermagem [Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Universidade de Coimbra]*. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/89596/1/disserta%c3%a7%c3%a3o%20feuc%20-%20st%c3%a9fane%20s.%20santos%20-%2018.09.pdf>
- Shiha, C., Gordon, C., Chena, T., Phuca, N., Tu, M., Tsai, P. & Chiu, H. (2022). Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 130(104220), 1-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748922000499>

Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: *scoping review*. Journal Health NPES. 6 (2). 278-295. [document-7.pdf \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org/document-7.pdf)

Souza, R., Calache, A., Oliveira, E., Nascimento, J., Silva, N. & Poveda, V. (2022). Noise reduction in the ICU: a best practice implementation project. *Wolters Kluwer Health*, (20), 385-393. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35200201/>

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª edição. Lusociência.

UCIP. (2023). *Indicadores de Qualidade – Processo Clínico 2022*. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

ULSCB. (2021). *Portal do SNS*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-de-castelo-branco-epe/>

ULSNA. (2021). *Portal do SNS*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-alto-alentejo/>

Universidade de Aveiro. (2020). *APA – 7ª edição: Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas*. <https://www.ua.pt/file/62230>

Universidade de Évora. (2015). NCE/14/01772 — *Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. [file:///C:/Users/Sao%20Varela/Downloads/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20-%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20\(2%C2%BA%20ciclo\).pdf](file:///C:/Users/Sao%20Varela/Downloads/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20-%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20(2%C2%BA%20ciclo).pdf)

World Health Organization and International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário aplicado à equipa de enfermagem da UCIP



Estratégias promotoras do sono à pessoa internada em Unidade de Cuidados Intensivos

No âmbito do Estágio do 7º Mestrado em Associação de Enfermagem Médico Cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação Crítica, referente à Unidade Curricular Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do **Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco**, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional com a temática "Estratégias promotoras do sono à Pessoa em Situação Crítica internada em UCI. Com este questionário pretendo realizar um diagnóstico de situação, avaliar a pertinência do tema e avaliar a necessidade de criação de uma Instrução de Trabalho e realização de formação acerca desta temática. Com a realização deste estudo, pretende-se identificar fatores que interferem na qualidade do sono e identificar estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos, criação de instrução de trabalho com estratégias de intervenção e formação em serviço sobre a temática, com o fim de uniformização e melhoria dos cuidados de enfermagem.

Investigadores:

Aluno: Enfermeira Maria da Conceição Varela

Orientador Clínico: **Enfermeiro Nelson Antunes**

Docente Orientadora: **Professora Maria Antónia Costa**

Confidencialidade e anonimato: Os dados obtidos serão totalmente confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o fim a que se destinam, não existirá identificação de nenhum dos participantes e será garantido total anonimato.

Caso manifeste vontade em abandonar ou não participar no estudo, poderá fazê-lo sem qualquer consequência.

Agradeço a sua disponibilidade e participação, contribuindo deste modo para o desenvolvimento da área científica.

Deste modo, solicito o preenchimento do questionário com o objetivo de elaboração de instrução de trabalho com estratégias de intervenção e promotoras do sono à Pessoa em Situação Crítica internada na UCIP e formação em serviço sobre a temática.

O preenchimento deste questionário é voluntário e anónimo.

Agradeço a colaboração de todos.

Ao dispor para qualquer contato.

Contato: Maria Varela (saovarela1@gmail.com)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador

Aceito participar neste estudo:

☐ Sim

☐ Não

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade

☐ 20-30

☐ 31-40

☐ 41-50

☐ 51-60

☐ +61

Género

☐ Masculino

☐ Femenino

Habilitações académicas

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

Especialização em Enfermagem?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se respondeu sim, indique qual:

- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica
- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica
- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Paliativa
- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Peri-Operatória
- ☐ Enfermagem de Reabilitação
- ☐ Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ☐ Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- ☐ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ☐ Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL (ANOS)

- ☐ -5
- ☐ 6-10
- ☐ 11-15
- ☐ 16-20
- ☐ 21-25
- ☐ +25

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA UCIP

- ☐ -5
- ☐ 6-10
- ☐ 11-15
- ☐ 16-20
- ☐ 21-25
- ☐ +25

INFORMAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA

Considera o tema deste estudo pertinente e útil para o serviço?

- ☐ Sim
☐ Não

Na sua opinião qual o principal fator que prejudica o sono da Pessoa em Situação Crítica na UCIP?

- ☐ Ruído
☐ Luminosidade
☐ Cuidados ao doente
☐ Dor
☐ Ansiedade

Qual considera ser a principal fonte de ruído na UCIP?

- ☐ Alarmes Monitorização
☐ Alarmes Equipamentos
☐ Agitação/Ruídos outros doentes
☐ Conversas entre profissionais

Considera a realização de uma instrução de trabalho pertinente e benéfica para o serviço?

- ☐ Sim
☐ Não

justifique: _____

Considera pertinente a realização de formação em serviço nesta temática na UCIP?

- ☐ Sim
☐ Não

justifique: _____

Obrigado pela colaboração.

Apêndice II – **Cronograma do PIP**

CRONOGRAMA

Tempo Actividades	ANO/MÊS/QUINZENA													
	2023						2024							
	Out.		Nov.		Dez.		Jan.		Fev.		Março		Abril	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Identificação da Área de Intervenção														
Entrevista não estruturada com enfº orientador e docente orientadora														
Definição de objetivos														
Análise swot														
Pedido parecer ao Conselho de Administração														
Aplicação de questionário e Consentimento Informado														
Revisão integrativa da literatura														
Criação de proposta de IT														
Criação de proposta de registo informático no B-Simple														
Realização das alterações sugeridas														
Criação de Poster														
Realização da sessão de formação														
Elaboração de artigo científico														
Elaboração, redação e divulgação do Relatório Final														

Apêndice III – **Resumo do artigo científico**

RESUMO

Introdução: As alterações do padrão de sono na pessoa em situação crítica são comuns e podem ter consequências nefastas no seu bem-estar. O incremento de estratégias promotoras do sono, tem implicações significativas no conforto e recuperação da pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos.

Objetivo: Identificar cuidados de enfermagem promotores do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.

Métodos: Scoping review baseada na metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para responder á questão: “Quais os cuidados de enfermagem que contribuem para a promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI”. Foram utilizados os descritores em ciências da saúde MeSH e DeCS com as seguintes palavras-chave: Sleep, Critical Care Nursing e Intensive Care Units. Recorreu-se às bases de dados EBSCO Host Web: CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Pubmed. A pesquisa foi centrada no intervalo cronológico de 2020 a 2023, restringindo-se a pesquisa aos artigos científicos publicados em inglês, com texto integral disponível e em pessoas adultas com mais de 19 anos.

Resultados/Discussão: Foram localizados 68 artigos, tendo a amostra final incluindo 7 estudos que responderam ao objetivo da revisão. Após análise dos 7 artigos, considera-se que o comprometimento do sono é de natureza multifatorial, sobretudo por desconforto ambiental, prestação de cuidados frequentes e de natureza intrínseca ao doente. Intervenções de enfermagem como gestão das condições ambientais, agrupamento de prestação de cuidados, controle da dor e da ansiedade do doente, são essenciais para melhorar a qualidade do sono do doente crítico internado em UCI.

Conclusão: A evidência científica demonstra que o uso de protocolo de higiene do sono é fundamental, com identificação de fatores perturbadores do sono e intervenções de enfermagem promotoras do sono num plano de cuidados individualizado e contribui para a melhoria da qualidade do sono no doente crítico internado em UCI.

Palavras-chave: Sono; Enfermagem de cuidados críticos; Unidade de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Introduction: Changes in the sleep pattern of people in critical situations are common and can have harmful consequences on their well-being. The increase in sleep-promoting strategies has significant implications for the comfort and recovery of people in critical situations admitted to an Intensive Care Unit.

Objective: To identify sleep promoting nursing care for people in critical condition admitted to the ICU.

Methods: Scoping review based on the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute to answer the question: "What nursing care contributes to promoting sleep in critically ill people admitted to the ICU". The health sciences descriptors MeSH and DeCS were used with the following keywords: Sleep, Critical Care Nursing and Intensive Care Units. The EBSCO Host Web databases were used: CINAHL Complete, MEDLINE Complete and Pubmed. The research was focused on the chronological interval from 2020 to 2023, restricting the search to scientific articles published in English, with full text available and on adults over 19 years of age.

Results/Discussion: 68 articles were located, with the final sample including 7 studies that responded to the objective of the review. After analyzing the 7 articles, it is considered that sleep impairment is multifactorial in nature, mainly due to environmental discomfort, frequent care provision and intrinsic nature to the patient. Nursing interventions such as managing environmental conditions, grouping care, controlling the patient's pain and anxiety, are essential to improve the quality of sleep of critically ill patients admitted to the ICU.

Conclusion: Scientific evidence demonstrates that the use of a sleep hygiene protocol is fundamental, with the identification of sleep disturbing factors and sleep-promoting nursing interventions in an individualized care plan and contributes to improving the quality of sleep in hospitalized critically ill patients in ICU.

Keywords: Sleep; Critical care nursing; Intensive Care Unit.

Apêndice IV – **Análise e interpretação dos estudos selecionados**

Artigo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
E1	Explorar a validade do construto do RCSQ com a técnica de grupos conhecidos e a validade concorrente como medida de critério de sentir-se revigorado ao despertar.	Estudo transversal descritivo	Grupo de pessoas que dormiam em casa (alunos, funcionários, seus familiares e amigos) N=114 E grupo de doentes adultos internados em UCI, não entubados e alertas N=114	Avaliar a qualidade do sono com o preenchimento do RCSQ após noite de sono durante sete noites, nos dois grupos participantes.	Pessoas que dormem em casa avaliam o seu sono significativamente melhor do que os pacientes que dormiam em UCI em todos os domínios do sono do RCSQ. Na UCI os pacientes relatam que podem adormecer com certa facilidade, no entanto, o seu sono é leve e os despertares são frequentes.	A qualidade do sono pode ser medida com precisão utilizando o RCSQ, em pessoas alertas tanto na UCI como em casa. O RCSQ pode ser usado para avaliação do sono em UCI, para promover o bem-estar e recuperação dos pacientes.

Artigo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
E2	Examinar o efeito das máscaras oculares noturnas na dor pós-operatória e na qualidade do sono em pacientes cirúrgicos cardíacos.	Ensaio clínico randomizado e controlado	70 pacientes adultos submetidos a cirurgia cardíaca com pós-operatório imediato em UCI, foram designados para o grupo de controle n=35 E para o grupo de intervenção n=35	Pacientes foram aleatoriamente designados para além dos cuidados de rotina que incluíam redução da luz, ruído e despertares com cuidados, para dormir sem máscara ocular (grupo de controle) ou com máscara ocular noturna (grupo de intervenção) durante as primeiras 3 noites na UCI. Utilizada escala analógica para avaliar a intensidade da dor e RCSQ utilizado para avaliar a qualidade do sono nos dois grupos.	Melhores resultados no grupo de intervenção no que diz respeito à qualidade do sono, profundidade do sono nº de despertares e eficiência do sono. Melhores resultados no grupo de intervenção no que diz respeito aos scores de dor. Frequência Cardíaca média, Pressão Arterial média e SPO2 com melhores resultados no grupo de intervenção. O uso de máscaras oculares associado aos cuidados de rotina demonstra ser mais eficaz do que a aplicação só de cuidados de rotina.	O uso de máscaras oculares noturnas pode ajudar a melhorar a qualidade do sono e contribuir para a redução da dor percebida e na necessidade de analgésicos. Intervenção simples, de baixo risco e de baixo custo. Pode ser utilizado por enfermeiros para complementar outras estratégias para otimizar o conforto do paciente.

Artigo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
E3	Identificar abordagens baseadas em evidências na privação do sono na UCI.	Revisão integrativa da literatura	54 artigos selecionados N= 54	Identificar fatores de risco na privação do sono em UCI, Intervenções de enfermagem para prevenção do delirium e promoção do sono e atividades noturnas de cuidados de enfermagem.	Identificados fatores de risco modificáveis como: dor, medicamentos, stress e ansiedade, ruído, luminosidade, intervenções frequentes com cuidados, cama desconfortável, visitantes e maus odores e fatores de risco não modificáveis como: dormir mal em casa ou necessidade de apoio farmacológico, doença aguda, fatores respiratórios, presença de ventilador e procedimentos emergentes. As diretrizes PADIS de 2018 recomendam o uso de protocolo multicomponente para abordar a privação do sono na UCI. Abordagens não farmacológicas para gerir a privação do sono devem ser utilizadas. Não se recomenda o uso de benzodiazepinas, hipnóticos, antidepressivos pelos seus efeitos adversos nem o uso rotineiro de Propofol ou Dexdor na promoção do sono. Uso de melatonina oral parece controverso.	A abordagem deve ser multifacetada e incluir medidas de higiene do sono, Planos de cuidados envolvendo a promoção do sono e regimes de medicação apropriados.

Artigo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
E4	Sintetizar e avaliar as atuais intervenções não farmacológicas do sono para pacientes adultos gravemente doentes em UCI e fornecer recomendações para estudos futuros de meios não farmacológicos para melhorar a qualidade do sono nesta população.	Revisão sistemática da literatura	20 estudos primários dos quais 18 estudos quase experimentais e 2 estudos observacionais n=20	Identificação de intervenções não farmacológicas como o uso de protetores auriculares e máscaras oculares, mascaramento auditivo, música, aromaterapia, massagem, acupressão, intensidade da luz, protocolo de higiene do sono, tempo de silêncio e minimização dos cuidados de enfermagem. Comparação da eficácia de intervenções agrupadas.	O uso de máscaras oculares e protetores auriculares são eficazes para melhorar a qualidade subjetiva do sono. Aromaterapia e acupressão influenciam positivamente a qualidade do sono. Música e massagem com aromaterapia melhoram a qualidade subjetiva do sono. A existência de um horário de silêncio melhorou a duração do sono e oportunidade de descanso, mas requer cooperação de todos os profissionais. Um protocolo de higiene do sono pode melhorar a qualidade subjetiva do sono. Intervenções multicomponente são eficazes na melhoria da qualidade subjetiva do sono.	As intervenções não farmacológicas do sono com foco nos controles ambientais e estratégias de relaxamento, podem ter influência positiva na qualidade do sono em pacientes gravemente doentes em UCI.

Artigo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
E5	Investigar o efeito da meditação com realidade virtual na qualidade do sono de pacientes em UCI.	Ensaio clínico randomizado	48 adultos maiores de 18 anos com doença cardiovascular internados em UCI, alocados aleatoriamente aos grupos. Grupo de controle n=24 Grupo experimental n=24	O grupo de controle recebeu intervenções de rotina diária sobre o sono. O grupo experimental utilizou o programa de meditação em realidade virtual por 30 minutos antes de dormir. Na manhã seguinte 30 minutos após acordar, ambos os grupos preencheram questionário para avaliação subjetiva do sono.	O uso de meditação com realidade virtual pode bloquear os pacientes em UCI de ruídos circundantes e cenas que podem causar ansiedade. A meditação com realidade virtual por 30 minutos antes de dormir melhorou a qualidade subjetiva do sono, o tempo de sono profundo e a eficiência do sono nos pacientes.	A meditação com realidade virtual afetou positivamente a qualidade do sono dos pacientes em UCI. Os enfermeiros de Cuidados Intensivos devem considerar o uso de meditação com realidade virtual como uma intervenção de enfermagem para melhorar a qualidade do sono dos pacientes em UCI.

Artigo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
E6	Comparar a eficácia de intervenções não farmacológicas na melhoria da qualidade do sono em pacientes gravemente doentes.	Meta-análise de rede	20 ensaios clínicos randomizados n=20	Avaliação comparativa de várias intervenções não farmacológicas em pessoas com má qualidade do sono que estão gravemente doentes.	A combinação de música com tampões auriculares e máscaras oculares; máscaras oculares isoladas e a combinação de aromaterapia, tampões auriculares e máscaras oculares melhoram substancialmente a qualidade do sono em comparação com os cuidados de rotina. Música, tampões auriculares, máscaras oculares e aromaterapia são baratos, fáceis de usar e seguros. O uso de tampões auriculares pode causar efeitos negativos no sono (não permanecer no local, causam desconforto, dor no ouvido e ansiedade). Aromaterapia mitiga níveis de ansiedade e stress.	Música combinada com tampões auriculares e máscaras oculares, bem como apenas as máscaras oculares, podem ser intervenções ideais para melhorar a qualidade do sono em pacientes gravemente enfermos que necessitam de cuidados intensivos. o uso de tampões de ouvido pode causar efeitos negativos do sono em unidades de cuidados intensivos Sugere-se então música combinada com máscaras oculares como intervenção não farmacológica para melhorar a qualidade do sono.

Artigo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
E7	Implementar melhores práticas baseadas em evidências científicas para controle do ruído em UCI.	Projeto de implementação de boas práticas em controle do ruído realizado em UCI.	45 profissionais da equipa de enfermagem n=45 172 processos clínicos n=72	120 dias antes e 180 dias após implementação de boas práticas, será feita medição contínua do nível de ruído. Será feita avaliação do registo do sono do paciente no processo clínico após implementação de boas práticas. Os profissionais de enfermagem recebem formação sobre distúrbios do sono, implicações para os pacientes, intervenções que reduzem o ruído, mudanças comportamentais em relação à higiene do sono e como moderar o tom de voz na UCI.	Após início de implementação de boas práticas, embora tenha havido diminuição dos níveis de ruído, este ultrapassa os níveis recomendados (40dB). Documentação adequada do sono dos pacientes aumentou após implementação das intervenções. Projetos de implementação de boas práticas podem contribuir para reflexão e tomada de consciência dos problemas encontrados na nossa experiência profissional.	Relativamente à formação da equipa houve aderência ao desenvolvimento de melhores práticas. A documentação diária do sono dos pacientes foi satisfatória. O nível de ruído não atingiu o recomendado pela OMS. Esforço conjunto entre profissionais é essencial para promover a redução do ruído como prática a ser incluída na prestação de cuidados.

Apêndice V - **Proposta de IT final**

Proposta de instrução de trabalho

Estratégias promotoras do sono da pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos

1 – OBJETIVO

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados para promoção do sono da pessoa internada em UCI.
- Uniformizar procedimentos que promovam o sono da pessoa internada em UCI.

2 – RESPONSABILIDADE

É responsabilidade do enfermeiro:

- Avaliar o sono da pessoa internada em UCI (de forma qualitativa);
- Identificar fatores que contribuem para a alteração do padrão de sono;
- Elaborar plano de cuidados de enfermagem para promoção do sono;
- Explicar e obter autorização do doente e envolvê-lo no processo;
- Avaliar e registar as intervenções aplicadas e atualizar o plano de cuidados sempre que necessário.

3 – DEFINIÇÕES

Sono

Segundo Almeida. (2020) “O sono é um estado fisiológico complexo e universal, onnipresente na maioria dos seres vivos, que desempenha funções vitais na homeostasia do organismo” (p.21).

Correspondendo a um foco sensível dos cuidados de enfermagem, definido como um “processo corporal caracterizado por diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciência” (CIPE, 2018, p.126).

O sono é estruturado em duas fases: sono NREM e sono REM.

O sono NREM caracteriza-se por três estadios: o 1º estadio (N1) é caracterizado por sonolência e baixo limiar para despertar, o 2º estadio (N2) apresenta uma diminuição da atividade cerebral, da respiração e frequência cardíaca, com um aumento do limiar para despertar e o 3º estadio ou de ondas lentas, o estadio mais profundo do sono. O sono REM

Edição 01	Data:	Pág. 1 de 6
-----------	-------	-------------

corresponde á fase mais profunda de todo o ciclo do sono. O 3º estadio do sono dura mais no início da noite e o sono REM é mais prolongado pela manhã.

Segundo Almeida o sono NREM tem sido visto como o estado de sono restaurador, ao restabelecer as reservas de energia cerebral. Apoia um processo de homeostase cerebral afetiva, ao preparar o organismo de maneira ideal para o funcionamento social e emocional do dia seguinte e tem uma função de desintoxicação, promovendo a eliminação de subprodutos metabólicos produzidos durante o estado de vigília (2020, p.29).

Ainda segundo o mesmo autor, o sono NREM e o sono REM têm um papel importante na formação da memória a longo prazo (2020, p.28).

Ritmo Circadiano

O ritmo circadiano é a maneira pela qual o nosso organismo se adapta à duração do período claro (dia) e do período escuro (noite), de forma a sincronizar as funções fisiológicas com a duração de um dia ou aproximadamente 24 horas (Paraginski, 2014).

Gerido no hipotálamo anterior, funciona como um relógio biológico que regula diversos processos biológicos, dentre eles o sono (Lessa, 2020, p.2).

Almeida afirma que os elementos contribuintes na indução do sono, são a libertação de **melatonina**, cuja secreção começa ao início da noite, atingindo o pico máximo a meio do período noturno e diminuindo ao amanhecer e o **cortisol**, cuja concentração é alta durante o dia e quase nula durante os períodos do sono (2020, p.26).

Sono em UCI

O sono prejudicado é uma queixa comum em pessoas em situação crítica internadas em UCI (Ghada, 2020).

Em UCI as condições clínicas do paciente e os fatores ambientais estão associados à privação do sono (Souza, 2022).

O ambiente de UCI pode alterar os ritmos circadianos, especialmente quando a iluminação artificial não é ajustada para imitar os períodos naturais do dia e da noite (Fink, 2020).

O stress e ansiedade causados pela hospitalização e doença, o ruído, a iluminação intensa e atividades de enfermagem e tratamento contínuo, dificultam o sono do paciente em UCI (Lee, 2020).

O sono interrompido em utentes em UCI, leva a prejuízo da função imunológica, aumento do tempo de internamento, risco de delírio, alta mortalidade e pode persistir até seis meses

Edição 01	Data:	Pág. 2 de 6
-----------	-------	-------------

após a alta da UCI, prejudicando substancialmente a qualidade de vida dos pacientes (Chun, 2022).

A compreensão dos profissionais de saúde quanto à mudança de práticas e comportamentos e a utilização de guias orientadores de atuação, é essencial para modificar a abordagem relativamente ao sono da pessoa internada em UCI (Souza, 2022).

Na opinião de Jun (2021) a avaliação do padrão de sono do doente internado em UCI é de extrema importância e deve ser monitorizado rotineiramente.

Grimm (2020) afirma que o doente crítico necessita de cuidados frequentes, que muitas vezes leva a interrupções do sono e dificuldade em atingir o sono reparador e planos de cuidados individualizados devem ser criados para reduzir os despertares noturnos com prestação de cuidados.

Grimm (2020) alega que as abordagens de gestão do sono devem ser multifacetadas e de acordo com as diretrizes PADIS é recomendado o uso de um protocolo multicomponente para abordar privação do sono no doente internado em UCI.

Souza (2022) acrescenta ainda, que é necessário motivar os profissionais na elaboração de diretrizes nesta temática, resultando na melhoria da qualidade do sono dos doentes internados em UCI.

4 – SIGLAS

EMC-PSC – Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

NREM – Non-Rapid Eye Moviment

REM - Rapid Eye Moviment

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

5 - REFERÊNCIAS

- Almeida, B., Machado, C., Fragoeiro, C. & Gomes, S. (2020). *A ciência do sono- da fisiologia à (psico)patologia*. 1ª ed. Parsifal.
- Fink, A. (2020). *Sleep Neurobiology and the Critical Care Environment*. University of Illinois. Chicago. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32737492/>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. ICNP. (2019). *Browser CIPE*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Ghada, M., Matthew, P., Mostafa, M., Ahmed, M., Ahmed Mohamed, M. (2020). Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. *American Association of Critical-Care Nurses*.

Edição 01	Data:	Pág. 3 de 6
-----------	-------	-------------

<https://aacnjournals.org/ccnonline/article/40/1/27/30716/Effect-of-Eye-Masks-on-Pain-and-Sleep-Quality-in>

- Lee, L., Kang, J. (2020). *Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: A randomised controlled trial*. Dong-A University Medical Center, South Korea. 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32241625/>
- Lessa, R., Fonseca, L., Silva, V., Mesquita, F., Costa, A., Souza, D., César, M., Ferreira, T., Abad, L. & Mendes, N. (2020). A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura. *Electronic Journal Collection Health*. pp. 1-10. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3846>
- Paraginski, A. (2014). Compasso que varia de pessoa para pessoa. *Revista UCS*. Ano 2. Nº15. <https://www.ucs.br/site/revista-ucs/revista-ucs-15a-edicao/no-ritmo-do-relogio-biologico/>
- Shih, C., Gordon, C., Chen, T., Phuc, N., Chun, T., Tsai, P. & Chiu, H. (2022). *Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis*. Universidade Médica de Tapei. Taiwan. <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35395573/>
- Souza, R., Calache, A., Oliveira, E., Nascimento, J., Silva, N. & Poveda, V. (2022). Noise reduction in the ICU: a best practice implementation project. *Wolters Kluwer Health, Inc.* on behalf of the University of Adelaide, JBI. 385-393. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35200201/>

6 - DESCRIÇÃO

De acordo com os fatores que podem influenciar o padrão de sono, identificam-se as seguintes intervenções para a promoção do sono da pessoa internada em UCI entre as 23 horas e as 06 horas:

Edição 01	Data:	Pág. 4 de 6
-----------	-------	-------------

FATORES EXTRÍNSECOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Ruído	• Ajustar alarmes de monitor e ventilador às condições clínicas do paciente no período noturno e repondo no início da manhã (sendo o enfermeiro do turno da noite que ajusta o alarme no início do turno e volta a repor no final do turno); • Substituir perfusões contínuas antes do término previsto, evitando assim o ruído do alarme; • Planear com a equipa procedimentos e técnicas não urgentes, bem como transferência de doentes para o período diurno; • Minimizar cuidados de enfermagem no período noturno; • Moderar conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno; • Abrir e fechar as portas e gavetas de modo suave e lentamente; • Evitar deslocar ou arrastar objetos ou equipamentos; • Reduzir o volume dos telefones no período noturno; • Incentivar a utilização do modo de silêncio nos telemóveis dos profissionais; • Colocar música suave para reduzir o stress e o nível de ruído percebido (mascaramento auditivo); • Disponibilizar tampões auriculares, se o doente assim o desejar (aquisição à consideração do serviço)
Luminosidade	• Desligar as luzes da unidade do doente no período noturno; • Desligar a luminosidade da central de monitorização deixando apenas a luz da sala de trabalho no período noturno; • Disponibilizar máscaras oculares, se o doente assim o desejar (aquisição à consideração do serviço); • Estimular e mobilizar o doente durante o dia.
Prestação de cuidados	• Evitar procedimentos no período noturno, sempre que possível; • Ajustar o horário da medicação, sempre que possível; • Promover cuidados de higiene e conforto antes do período noturno, de forma a evitar interromper o sono do doente com estes procedimentos; • Utilizar técnicas de relaxamento, como massagem nas costas antes do período noturno; • Colocar música relaxante uma hora antes de diminuir a intensidade da luz; • Garantir sincronia com ventilação mecânica.

FATORES INTRÍNSECOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dor Desconforto Ansiedade/ Medo Solidão	- Gerir analgesia e promover o alívio da dor com medidas antiálgicas (massagens, crioterapia, musicoterapia) antes do período noturno; - Promover o conforto do doente no leito e se possível, posicionar de igual modo à sua rotina habitual para adormecer; - Manter referências de orientação temporal (relógios, calendários); - Reduzir a inatividade quando possível (promover a mobilização precoce); - Questionar o doente acerca de fontes de ansiedade e medos que estejam a afetar o sono; - Mostrar disponibilidade para que o doente expresse medos e ansiedades e esclarecimento de dúvidas; - Transmitir ao doente que este não se encontra sozinho e a equipa está disponível para ajudar; - Administrar terapêutica indutora do sono conforme prescrição médica.

OUTRAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
a avaliação do padrão de sono do doente internado em UCI deve ser discutido com os doentes e registado diariamente no processo clínico do doente.

Edição 01	Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
Data: Pág. 6 de 6	Enfª Maria Varela Aluna do 7º MEMC-PSC Enfº [REDACTED]: UCIP Sob orientação: Professora [REDACTED]		

Apêndice VI - **Elaboração de proposta de registo informático no Patient Care – Bsimple**

Foco de Enfermagem - Sono

Intervenções	Horário	Frequência	Hora
Vigiar o sono – Não dormiu – Dormiu por curtos períodos – Dormiu por longos períodos	Turno fixo	1 x turno	7 H
Otimizar o ambiente físico – Ajustar alarmes do monitor e ventilador – Reduzir volumes dos telefones – Substituir perfusões contínuas antes do término – Moderar conversas e tom de voz entre os profissionais – Utilização do modo silêncio nos telemóveis dos profissionais – Desligar luzes da unidade do doente e central de monitorização – Oferecer máscaras oculares e tampões auriculares	Turno fixo	1 x turno	23 H
Planear sono/ repouso – Cuidados de higiene e conforto antes de dormir – Posicionamento no leito semelhante à posição habitual de dormir – Promover alívio da dor – Massagem nas costas e pés – Disponibilidade para esclarecer dúvidas e ansiedades – Colocar música suave 1 hora antes de dormir – Evitar procedimentos não urgentes no período noturno – Agrupar intervenções de enfermagem necessárias	Turno fixo	1 x turno	23 H

Apêndice VII - **Plano da sessão de formação**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Local: Plataforma “Teams” para assistir on-line		Grupo: Equipa de Enfermagem da UCIP	
Título: Estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI		Data: 30 de janeiro de 2024	
		Hora: 21 horas	
		Duração: 45 minutos	
		Preletores: Maria Varela	
OBJETIVOS			
OBJETIVO GERAL: ✓ Promover a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica internada em UCI, na área do sono.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: ✓ Compreender a importância da qualidade do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI; ✓ Identificar fatores que perturbam a qualidade do sono e estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI; ✓ Uniformizar estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI; ✓ Divulgar proposta de Instrução de Trabalho com estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI e proposta para aplicação informática Patient Care- BSimple.			
ESTRATÉGIAS/ CONTEÚDOS	MÉTODO/ TÉCNICAS DE ENSINO	MEIOS AUXILIARES DE ENSINO	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO ✓ Apresentação da preleitora; ✓ Apresentação do tema.	✓ Expositivo	✓ Computador/ Multimédia	✓ 2 min.
DESENVOLVIMENTO ✓ Objetivos; ✓ Arquitetura do sono; ✓ Sono em UCI; ✓ Etiologia das perturbações do sono,	✓ Interrogativo e Expositivo	✓ Computador/ Multimédia	✓ 40 min.

✓ Consequências das perturbações do sono; ✓ Pesquisa sobre o tema; ✓ Intervenções promotoras do sono			
CONCLUSÃO ✓ Reflexão sobre o tema; ✓ Divulgação à equipa da criação de uma proposta de IT e proposta de intervenções para a plataforma informática B-Simple ✓ Esclarecimento de dúvidas.	✓ Interrogativo e Expositivo	✓ Computador/ Multimédia	✓ 3 min.

Apêndice VIII – **Divulgação da sessão de formação**



FORMAÇÃO EM SERVIÇO



A Seleção da Máscara na Ventilação Mecânica não Invasiva
[Redacted] AEEMC
Escola Superior de Saúde/ Instituto Politécnico de [Redacted]

**Estratégias Promotoras do Sono na Pessoa em Situação Crítica
internada em Cuidados Intensivos**
Maria Conceição Varela, AEEMC
Escola Superior de Saúde/ Instituto Politécnico de Portalegre



Dia 30 de Janeiro | 21:00 horas

Formato online – Microsoft Teams

Apêndice IX – Formação “Estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI”

Maria Varela nº 241

A patient is lying in a hospital bed, partially covered by a white sheet. The patient's head is on the left, and their body extends towards the right. The bed is surrounded by medical equipment. To the left of the bed, there is a wall-mounted rack with several IV bags hanging from it. In the center, a monitor on a stand displays vital signs, including a waveform and numerical values. To the right of the monitor, there are several IV stands with multiple IV bags hanging from them. The room has a clinical, sterile appearance with white walls and medical equipment.

Objetivos

- Compreender a importância da qualidade do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI;
- Identificar fatores que perturbam a qualidade do sono e estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI;
- Uniformizar estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI;
- Divulgar proposta de Instrução de Trabalho com estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI e proposta para aplicação informática Patient Care- Bsmile.

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SONO

- Segundo Almeida. (2020) “O sono é um estado fisiológico complexo e universal, onipresente na maioria dos seres vivos, que desempenha funções vitais na homeostasia do organismo” (p.21).
- Correspondendo a um foco sensível dos cuidados de enfermagem, definido como um” processo corporal caracterizado por diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciência” (CIPE, 2018, p.126).

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ARQUITETURA DO SONO

SONO NREM (non-rapid eye movement)

- ESTADIO 1 (N1): Sonolência, Baixo limiar ao despertar
- ESTADIO 2 (N2): Sono mais profundo
- ESTADIO 3 (N3): Sono mais profundo que no estadio anterior

SONO REM (rapid eye movement)

- ESTADIO DOS SONHOS
- MOVIMENTOS RÁPIDOS OCULARES

FUNÇÕES:

- Cognitivas
- Restauradoras
- Desintoxicação
- Emocionais

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SONO EM UCI

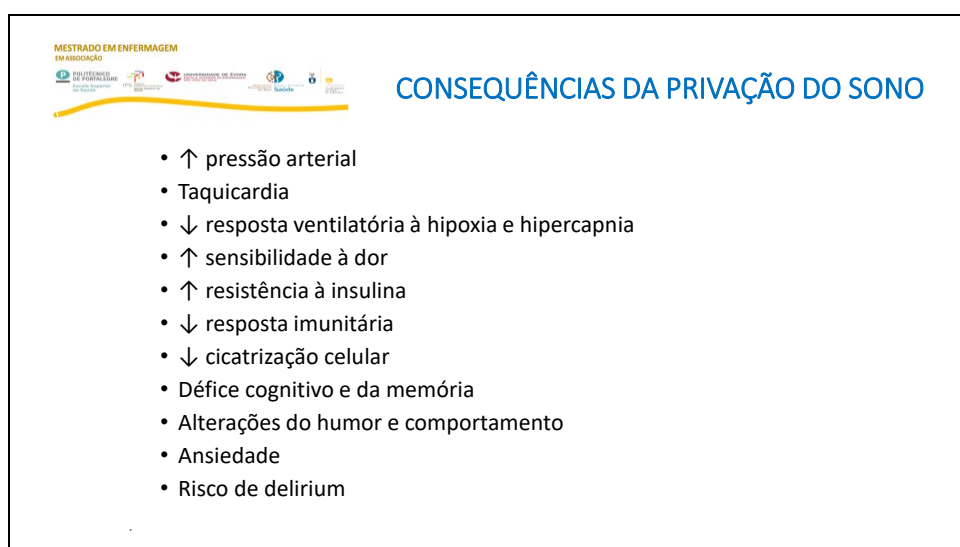
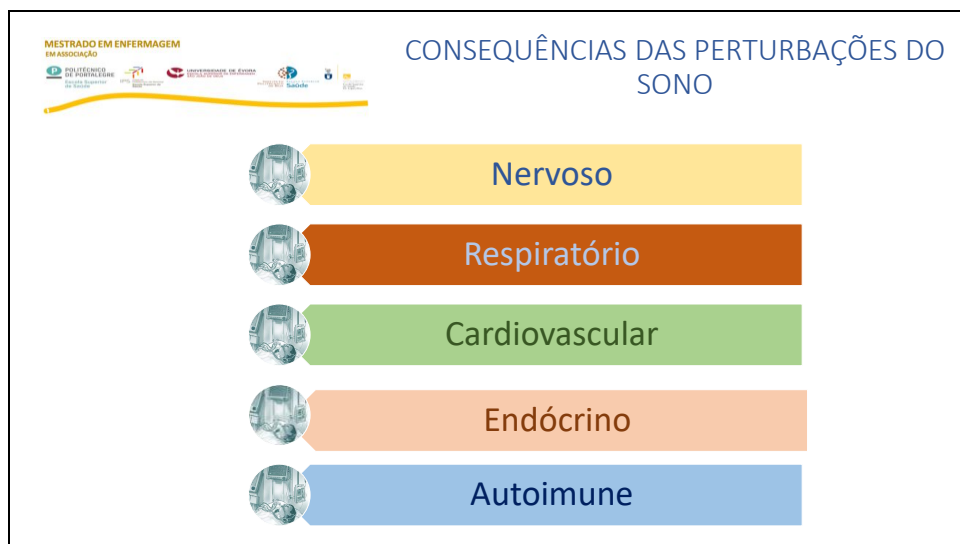
FRAGMENTADO

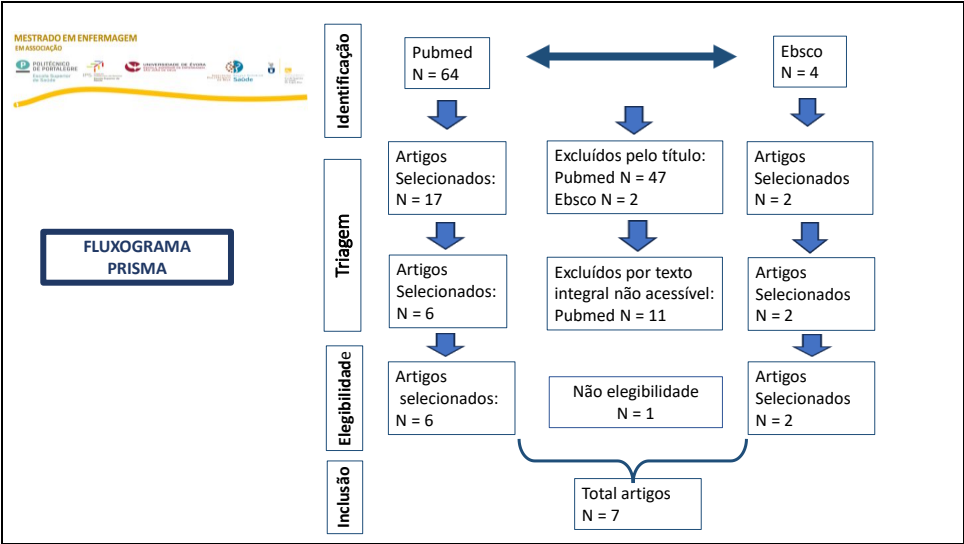
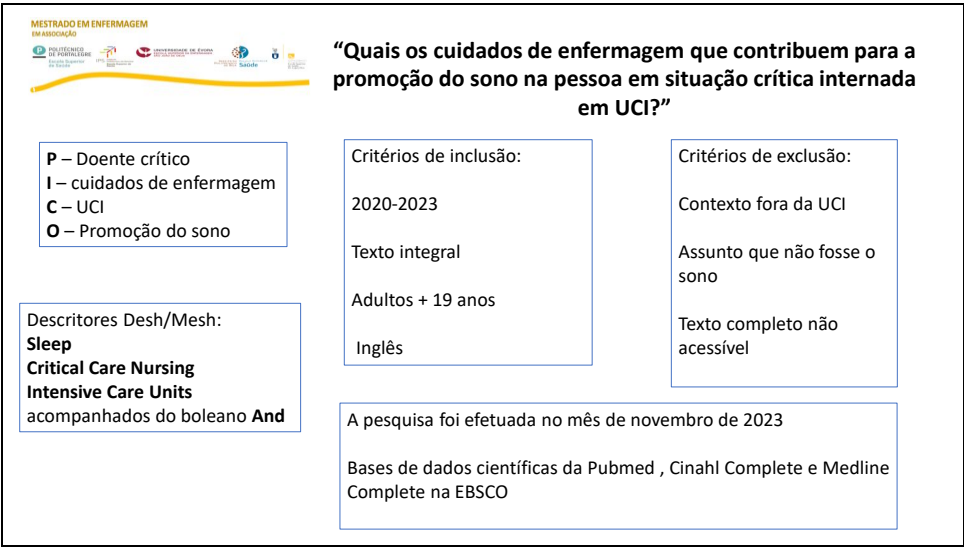
MÁ QUALIDADE

QUEIXA COMUM DOS DOENTES INTERNADOS EM UCI

Consequências:

- Agudização do estado clínico
- Atraso na recuperação
- Aumento do nº de dias de internamento
- Aumento da morbidade e mortalidade





FATORES EXTRÍNSECOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Ruído 	•Ajustar alarmes de monitor e ventilador às condições clínicas do paciente no período noturno e repondo no início da manhã (sendo o enfermeiro do turno da noite que ajusta o alarme no início do turno e volta a repor no final do turno); •Substituir perfusões contínuas antes do término previsto, evitando assim o ruído do alarme; •Planear com a equipa procedimentos e técnicas não urgentes, bem como transferência de doentes para o período diurno; •Minimizar cuidados de enfermagem no período noturno; •Moderar conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno; •Abrir e fechar as portas e gavetas de modo suave e lentamente; •Evitar deslocar ou arrastar objetos ou equipamentos; •Reduzir o volume dos telefones no período noturno; •Incentivar a utilização do modo de silêncio nos telemóveis dos profissionais; •Colocar música suave para reduzir o stress e o nível de ruído percebido (mascaramento auditivo); •Disponibilizar tampões auriculares, se o doente assim o desejar (aquisição à consideração do serviço).

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO	
FATORES EXTRÍNSECOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Luminosidade 	- Desligar as luzes da unidade do doente no período noturno; - Desligar a luminosidade da central de monitorização deixando apenas a luz da sala de trabalho no período noturno; - Disponibilizar máscaras oculares, se o doente assim o desejar (aquisição à consideração do serviço); - Estimular e mobilizar o doente durante o dia.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO	
FATORES EXTRÍNSECOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Prestação de cuidados 	- Evitar procedimentos no período noturno, sempre que possível; - Ajustar o horário da medicação, sempre que possível; - Promover cuidados de higiene e conforto antes do período noturno, de forma a evitar interromper o sono do doente com estes procedimentos; - Utilizar técnicas de relaxamento, como massagem nas costas antes do período noturno; - Colocar música relaxante uma hora antes de diminuir a intensidade da luz; - Garantir sincronia com ventilação mecânica.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO	
FATORES INTRÍNSECOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dor Desconforto Ansiedade/ Medo Solidão 	- Gerir analgesia e promover o alívio da dor com medidas antiálgicas (massagens, crioterapia, musicoterapia) antes do período noturno; - Promover o conforto do doente no leito e se possível, posicionar de igual modo à sua rotina habitual para adormecer; - Manter referências de orientação temporal (relógios, calendários); - Reduzir a inatividade quando possível (promover a mobilização precoce); - Questionar o doente acerca de fontes de ansiedade e medos que estejam a afetar o sono; - Mostrar disponibilidade para que o doente expresse medos e ansiedades e esclarecimento de dúvidas; - Transmitir ao doente que este não se encontra sozinho e a equipa está disponível para ajudar; - Administrar terapêutica indutora do sono conforme prescrição médica.

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

PROPOSTA DE INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Estratégias promotoras do sono da pessoa internada em Unidade de Cuidados Intensivos

1 – OBJETIVO

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados para promoção do sono da pessoa internada em UCI.
- Uniformizar procedimentos que promovam o sono da pessoa internada em UCI.

2 – RESPONSABILIDADE

É responsabilidade do enfermeiro:

- Avaliar o sono da pessoa internada em UCI (de forma qualitativa);
- Identificar fatores que contribuem para a alteração do padrão de sono;
- Elaborar plano de cuidados de enfermagem para promoção do sono;
- Explicar e obter autorização do doente e envolvê-lo no processo;
- Avaliar e registar as intervenções aplicadas e atualizar o plano de cuidados sempre que necessário.

– DEFINIÇÕES

Sono

Segundo Almeida. (2020) "O sono é um estado fisiológico complexo e universal, onipresente na maioria dos seres vivos, que desempenha funções vitais na homeostasia do organismo" (p.21).

Correspondendo a um foco sensível dos cuidados de enfermagem, definido como um " processo corporal caracterizado por diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciência" (CIPE, 2018, p.126).

PROPOSTA DE IT

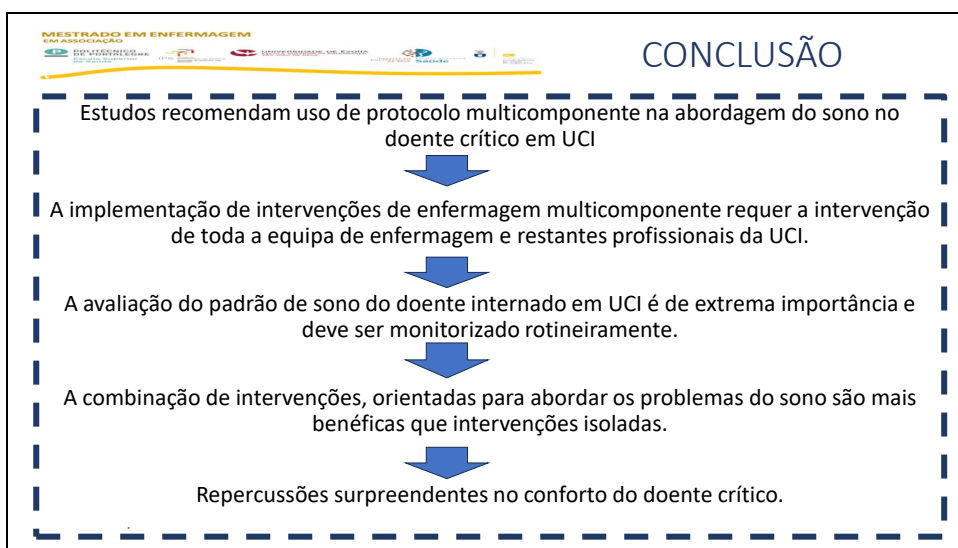
Edição 01
Data:
Pág. 1 de 7

STABLE PATIENT CARE

PROPOSTA PARA APLICAÇÃO INFORMÁTICA

Foco de Enfermagem - Sono

Intervenções	Horário	Frequência	Hora
Vigiar o sono - Não dormiu - Dormiu por curtos períodos - Dormiu por longos períodos	Turno fixo	1 x turno	7 H
Otimizar o ambiente físico - Ajustar alarmes do monitor e ventilador - Reduzir volumes dos telefones - Substituir perfusões contínuas antes do término - Moderar conversas e tom de voz entre os profissionais - Utilização do modo silêncio nos telemóveis dos profissionais - Desligar luzes da unidade do doente e central de monitorização - Oferecer máscaras oculares e tampões auriculares	Turno fixo	1 x turno	23 H
Planear sono/ repouso - Cuidados de higiene e conforto antes de dormir - Posicionamento no leito semelhante à posição habitual de dormir - Promover alívio da dor - Massagem nas costas e pés - Disponibilidade para esclarecer dúvidas e ansiedades - Colocar música suave 1 hora antes de dormir - Evitar procedimentos não urgentes no período noturno - Agrupar intervenções de enfermagem necessárias	Turno fixo	1 x turno	23 H



MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

ENFERMAGEM
DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

REFLEXÃO SOBRE:

O QUE JÁ FAZEMOS?

O QUE AINDA NÃO FAZEMOS?

O QUE VAMOS PASSAR A FAZER?



MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

ENFERMAGEM
DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

Obrigado pela vossa atenção



MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

ENFERMAGEM
DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM

Bibliografia

- Almeida, B., Machado, C., Fragoiro, C. & Gomes, S. 2020. A ciência do sono- da fisiologia à (psico)patologia. 1ª ed. Parsifal.
- Fink, A. 2020. Sleep Neurobiology and the Critical Care Environment. University of Illinois. Chicago. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32737492/>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gelinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nummally, M., Rochwerf, B., Balas, M., Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Changues, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., & Joffe, A. 2018. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Critical Care Medicine, 46 (9), p. 1532-1548. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113371/>
- Ghada, M., Matthew, P., Mostafa, M., Ahmed, M., Ahmed Mohamed, M. 2020. Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. American Association of Critical-Care Nurses. <https://aacnjournals.org/cconline/article/40/1/27/30716/Effect-of-Eye-Masks-on-Pain-and-Sleep-Quality-in>
- Grimm, J., DNP, APRN, ACNP-BC & CNE. 2020. Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient. Association of Critical-Care Nurse. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32236431/>
- Joanna Briggs Institute. 2013. Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Joanna Briggs Institute. 2014. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Joanna Briggs Institute. 2020. Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Jun, J., Kapella, M. & Hershberger, P. 2021. Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care units: A systematic review. Intensive & Critical Care Nursing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34456110/>
- Lee, L., Kang, J. 2020. Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: A randomised controlled trial. Dong-A University Medical Center, South Korea. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32241625/>
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotsche, P. & Moher, D. 2009. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19631507/>
- Munn, Z., Peters, M., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. 2018. Revisão sistemática ou revisão de escopo? Orientação para os autores na escolha entre uma abordagem de revisão sistemática ou de escopo. BMC Medical Research Methodology, 143 (2018). <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Rittala-Castren, M., Axelin, A., Richards K., Mitchell M., Vahlberg T., Kilpi, H. 2021. Investigating the construct and concurrent validity of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire with intensive care unit patients and home sleepers. Universidade de Turku. Finlândia. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34049774/>
- Shiha, C., Gordon, C., Cheno, T., Phuoc, N., Tu, M., Tsai, P. & Chiu, H. 2022. Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748922000499>
- Souza, R., Calache, A., Oliveira, E., Nascimento, J., Silva, N. & Poveda, V. 2022. Noise reduction in the ICU: a best practice implementation project. Wolters Kluwer Health, Inc. on behalf of the University of Adelaide, JBI. 385-393. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35200201/>

Apêndice X - **Questionário de avaliação da sessão de formação**



AValiação Final da Formação

Por favor, preencha o seguinte questionário utilizando a escala de avaliação de 1 a 4, sendo que: **1** – Insuficiente; **2** – Suficiente; **3**- Bom; **4**- Muito Bom

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

	1	2	3	4
Conteúdos da ação de formação	☐	☐	☐	☐
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	☐	☐	☐	☐
Interesse/utilidade dos conteúdos	☐	☐	☐	☐
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)	☐	☐	☐	☐
Conteúdos da ação de formação	☐	☐	☐	☐
Interesse/utilidade dos conteúdos	☐	☐	☐	☐
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	☐	☐	☐	☐
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)	☐	☐	☐	☐

AVALIAÇÃO DO FORMADOR/A

	1	2	3	4
Domínio dos conteúdos	☐	☐	☐	☐
Clareza da linguagem	☐	☐	☐	☐
Esclarecimentos de dúvidas	☐	☐	☐	☐
Capacidade de motivação	☐	☐	☐	☐
Relacionamento com os formandos	☐	☐	☐	☐
Adequação do método pedagógico	☐	☐	☐	☐
Cumprimento de horários	☐	☐	☐	☐

A Sessão de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho profissional?

- ☐ Sim
☐ Não

justifique: _____

Muito obrigada pela sua colaboração.

Apêndice XI – **Poster “Estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI**

Estratégias promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI

7º Mestrado de Enfermagem em Associação Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Discente: Maria da Conceição Varela

Docente: Professora

Orientador: Enfermeiro Especialista em EMC-PSC

RUÍDO

- Ajustar alarmes de monitor e ventilador às condições clínicas do paciente no período noturno e repor no início da manhã (sendo o enfermeiro do turno da noite que ajusta o alarme no início do turno e volta a repor no final do turno);
- Substituir perfusões contínuas antes do término previsto, evitando assim o ruído do alarme;
- Planear com a equipa procedimentos e técnicas não urgentes, bem como transferência de doentes para o período diurno;
- Minimizar cuidados de enfermagem no período noturno;
- Moderar conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno;
- Abrir e fechar as portas e gavetas de modo suave e lentamente;
- Evitar deslocar ou arrastar objetos ou equipamentos;
- Reduzir o volume dos telefones no período noturno;
- Incentivar a utilização do modo de silêncio nos telemóveis dos profissionais;
- Colocar música suave para reduzir o stress e o nível de ruído percebido (mascaramento auditivo);
- Disponibilizar tampões auriculares, se o doente assim o desejar (aquisição à consideração do serviço).

LUMINOSIDADE

- Evitar procedimentos no período noturno, sempre que possível;
- Ajustar o horário da medicação, sempre que possível;
- Promover cuidados de higiene e conforto antes do período noturno, de forma a evitar interromper o sono do doente com estes procedimentos;
- Utilizar técnicas de relaxamento, como massagem nas costas antes do período noturno;
- Colocar música relaxante uma hora antes de diminuir a intensidade da luz.

Prestação de cuidados

- Desligar as luzes da unidade do doente no período noturno, deixando apenas a luz da sala de trabalho;
- Reduzir a luminosidade da central de monitorização e toda a zona de trabalho no período noturno;
- Disponibilizar máscaras oculares, se o doente assim o desejar (aquisição à consideração do serviço).

Dor Ansiedade/ Medo

- Gerir analgesia e promover o alívio da dor com medidas antiálgicas (massagens, crioterapia, musicoterapia) antes do período noturno;
- Promover o conforto do doente no leito e se possível, posicionar de igual modo à sua rotina habitual para adormecer;
- Manter referências de orientação temporal (relógios, calendários);
- Reduzir a inatividade quando possível (promover a mobilização precoce);
- Questionar o doente acerca de fontes de ansiedade e medos que estejam a afetar o sono;
- Mostrar disponibilidade para que o doente expresse medos e ansiedades e esclarecimento de dúvidas;
- Transmitir ao doente que este não se encontra sozinho e a equipa está disponível para ajudar;
- Administrar terapêutica indutora do sono conforme prescrição médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fink, A. 2020. Sleep Neurobiology and the Critical Care Environment. University of Illinois, Chicago. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32737492/>
- Ghada, M., Matthew, P., Mostafa, M., Ahmed, M., Ahmed Mohamed, M. 2020. Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. American Association of Critical-Care Nurses. <https://aacnjournals.org/ccnonline/article/40/1/27/30716/Effect-of-Eye-Masks-on-Pain-and-Sleep-Quality-in>
- Lee, L., Kang, J. 2020. Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: A randomised controlled trial. Dong-A University Medical Center, South Korea. 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32241625/>
- Lessa, R., Fonseca, L., Silva, V., Mesquita, F., Costa, A., Souza, D., César, M., Ferreira, T., Abad, L. & Mendes, N. 2020. A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura. Electronic Journal Collection Health. pp. 1-10. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3846>
- Shih, C., Gordon, C., Chen, T., Phuc, N., Chun, T., Tsai, P. & Chiu, H. 2022. Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis. Universidade Médica de Taipei, Taiwan. <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35395523/>
- Souza, R., Calache, A., Oliveira, E., Nascimento, J., Silva, N. & Poveda, V. 2022. Noise reduction in the ICU: a best practice implementation project. Wolters Kluwer Health, Inc. on behalf of the University of Adelaide, JBI. 385-393. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35200201/>

Apêndice XII – IT “Técnica de colocação, manutenção e remoção de cateter vesical”

	IT - TÉCNICA DE COLOCAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DE CATETER VESICAL
--	---

1 - OBJETIVO

- Normalizar procedimento na técnica de colocação, manutenção e remoção de cateter vesical para prevenção das infeções do trato urinário associado a cateter vesical;
- Prevenir/reduzir intervenções que possam conduzir à infeção;
- Implementar a norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022 “Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

2 - DEFINIÇÕES

2.1 - Documentos de referência

- PQ – 04 -GCL – PPCIRA
- Norma da DGS nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022

2.2 – Conceitos

Algália – Cateter de drenagem inserido na bexiga através da uretra.

ITU relacionada com o cateter vesical – Infeção urinária ou bacteriemia em doente que teve a presença de uma algália, em qualquer momento, até 7 dias antes do início da infeção.

Sistema fechado de algaliação – sistema constituído pela algália, dreno e saco coletor, permitindo o seu esvaziamento sem desconexão do sistema.

2.3 – Siglas

SABA – Solução antisséptica de base alcoólica.

ITU – Infeção do Trato Urinário.

GCL – PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobiana.

	IT - TÉCNICA DE COLOCAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DE CATETER VESICAL
--	---

3 - DESCRIÇÃO

A cateterização vesical é a principal causa de infecção urinária adquirida em meio hospitalar.

Os riscos de adquirir uma infecção urinária dependem do método de cateterização, da duração da cateterização e da qualidade dos cuidados ao cateter.

Grande número das infecções urinárias podem ser evitadas através de adequados cuidados ao doente a algaliar e algaliado.

Num sistema de drenagem os pontos de maior risco para a entrada de microrganismos são a união meato – cateter e a união cateter – saco coletor.

3.1 – Medidas preventivas

- A algaliação deve ser efetuada por profissionais de saúde treinados, enfermeiros ou médicos;
- O uso de algália deve ser limitado às necessidades clínicas que não podem ser resolvidas de outro modo.
- São indicações de algaliação: retenção urinária, obstrução urinária, disfunção neurogénica da bexiga e cirurgia urológica;
- Devem ser avaliados métodos alternativos à algaliação, como, fralda e dispositivo urinário externo;
- A algaliação deve ser evitada sempre que possível, sendo suspensa à primeira oportunidade;
- Higiene das mãos com SABA antes da manipulação do cateter ou sistema de drenagem;
- O sistema de drenagem deve funcionar em circuito fechado, sendo o esvaziamento concebido de modo a evitar a contaminação;
- Se ocorrer quebra na técnica assética ou desconexão do sistema de drenagem, o mesmo deve ser substituído com assepsia após desinfetar com álcool a 70% a porção distal da algália;
- Cumprir princípios de rigorosa assepsia nas lavagens, irrigações ou instilações quando necessárias;
- A substituição da algália deve ser realizada tendo em conta as necessidades do doente e recomendações do fabricante, não por rotinas do serviço;
- Retirar o cateter é o tratamento mais simples para a bacteriúria provocada pela algaliação.

	IT - TÉCNICA DE COLOCAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DE CATETER VESICAL
--	---

3.2 – Regras

- Selecionar a algália de acordo com a duração prevista da algaliação;
- Se é previsível lavagem contínua, deve ser colocada algália de 3 vias;
- O calibre recomendado é 12/14 Ch na mulher e 16 Ch no homem;
- Fixação da algália:
Homem – na face superior e anterior da coxa
Mulher – na face interna da coxa.

3.3 – Material necessário à algaliação

Material de higiene:

- ✓ Recipiente com água morna
- ✓ Sabão líquido
- ✓ Esponja descartável
- ✓ Luvas de procedimentos
- ✓ Resguardo descartável/ arrastadeira

Material de procedimentos:

- ✓ Algália nº 14 e 16
- ✓ Gel lubrificante, anestésico e desinfetante (dose individual estéril)
- ✓ Seringa com capacidade semelhante ao balão da algália
- ✓ Ampola de água destilada para encher o balão
- ✓ 2 pares de luvas esterilizadas
- ✓ Cloreto isotónico de lavagem
- ✓ Compressas pequenas esterilizadas
- ✓ Campo estéril com buraco
- ✓ Saco coletor de urina
- ✓ Suporte para saco coletor de urina
- ✓ Adesivo
- ✓ Recipiente estéril para recolha de urina assética se necessário

Juntar todo o material necessário e levar para junto do utente

Higienizar as mãos com SABA

Informar o utente do procedimento e finalidade

	IT - TÉCNICA DE COLOCAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DE CATETER VESICAL
--	---

3.4 – Posicionamento do doente

Posicionar o utente em decúbito dorsal

Homem: membros inferiores em abdução

Mulher: joelhos fletidos em abdução, pés assentes e afastados

3.6 – Higiene da região perineal

- ✓ Colocar resguardo descartável ou arrastadeira,
- ✓ Calçar luvas de procedimentos,
- ✓ Lavar órgãos genitais com água e sabão e secar,
- ✓ Remover resguardo ou arrastadeira,
- ✓ Remover luvas,
- ✓ Higienizar as mãos com SABA.
- ✓

3.7 – Técnica de algaliação

- ✓ Calçar luvas estéreis,
- ✓ Colocação de campo com buraco esterilizado na região perineal ou sobre o pénis,
- ✓ Preparar seringa com água destilada para dilatar o balão,
- ✓ Limpar assepticamente com compressa e soro fisiológico isotónico o meato urinário,

Homem: - Levantar o pénis no sentido do abdómen,

- Retrair o prepúcio,
- Limpar com movimentos circulares do meato para a glândula
- Usar uma compressa de cada vez.

Mulher: - Limpar num movimento descendente e único,

- Usar uma compressa de cada vez,
- Começar pelos grandes lábios, pequenos lábios e meato urinário.

- ✓ Lubrificar a uretra com gel anestésico,
- ✓ Remover luvas,
- ✓ Higienizar as mãos com SABA,
- ✓ Calçar novamente luvas esterilizadas
- ✓ Remover invólucro da algália e adaptar saco coletor, evitando quebra de assepsia,
- ✓ Lubrificar algália,
- ✓ Executar introdução do cateter:
- ✓ **Homem:** - Levantar pénis no sentido do abdómen,
 - Exercer pequena tração,

	IT - TÉCNICA DE COLOCAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DE CATETER VESICAL
--	---

- Introduzir com movimentos circulares,
- Ao sentir resistência baixar o pênis,
- Continuar a introdução até à bexiga (urina no saco coletor).
- ✓ **Mulher:** - Afastar os grandes lábios,
- Identificar o meato urinário,
- Inserir a algália em movimentos circulares até à bexiga (urina no saco coletor).
- Preencher o balão da algália com a quantidade de água destilada indicada pelo fabricante,
- ✓ Tracionar ligeiramente até encostar balão ao meato urinário,
- ✓ Remover material utilizado,
- ✓ Remover luvas e higienizar mãos com SABA,
- ✓ Imobilizar algália:
Homem: região superior e anterior da coxa
Mulher: região interna da coxa
- ✓ Posicionar saco coletor em suporte próprio,
- ✓ Recolher o material em segurança,
- ✓ Higienizar as mãos com SABA.

3.7 – Colheita de urina para exame microbiológico

- ✓ Clampar algália acima da derivação com o saco coletor,
- ✓ Preparar o material,
- ✓ Higienizar as mãos com SABA,
- ✓ Colocar luvas esterilizadas,
- ✓ Desinfetar local da punção, acima da clampagem com compressa e álcool a 70%,
- ✓ Aspirar 5 a 10 ml de urina, agulha com ângulo de 45º na parte oposta ao canal do balão e colocar em frasco estéril,
- ✓ Retirar pinça de clampagem,
- ✓ Limpar local de punção após colheita com compressa e álcool a 70%,
- ✓ Retirar luvas,
- ✓ Higienização das mãos com SABA,
- ✓ Enviar amostra para o laboratório após identificação.

3.8 – Despejo do saco de drenagem

- ✓ Higienizar mãos com SABA,
- ✓ Calçar luvas limpas e mudá-las entre doentes,
- ✓ Usar um recipiente limpo em cada despejo,
- ✓ Evitar contato da torneira do saco de drenagem com o recipiente de despejo,
- ✓ Evitar contaminação do sistema e fuga de urina durante o esvaziamento,
- ✓ Limpar torneira do saco coletor com compressa e álcool a 70% no final do esvaziamento.

Edição 01	Data:	Pág. 4 de 7
-----------	-------	-------------

	IT - TÉCNICA DE COLOCAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DE CATETER VESICAL
--	---

3.9 – Substituição do saco de drenagem

Substituir a cada 5 – 7 dias (não por rotina) conforme seguintes indicações:

- Na altura de substituição da algália,
- Se estiver danificado ou com fugas,
- Se for verificado acumulação de sedimento ou coágulos,
- Se verificar cheiro desagradável,
- Se saída accidental do saco do sistema de drenagem.

Se saída accidental do saco este deve ser mudado e desinfetada a porção distal da algália.

3.10 – Remoção da algália

- ✓ Higienização das mãos com SABA,
- ✓ Colocar luvas de procedimentos limpas,
- ✓ Esvaziar o balão,
- ✓ Limpar o meato urinário com soro fisiológico antes de remover a algália,
- ✓ Retirar a algália suavemente,
- ✓ Limpar novamente o meato urinário com soro fisiológico.

4. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Avaliar a necessidade de algaliação	Médico
Documentar no processo clínico a razão de cateterização vesical	Médico
Preparar o material necessário à algaliação	Enfermeiro
Algaliar	Enfermeiro/ Médico
Colher urina para exame microbiológico	Enfermeiro/ Médico
Manter sistema de drenagem	Enfermeiro
Despejar sacos de drenagem	Assistentes Operacionais
Substituir sacos de drenagem	Assistentes Operacionais/ enfermeiros
Avaliar a necessidade de retirar a algália	Médico
Remover a algália	Enfermeiro/ Médico

5. REGISTOS

Não se aplica

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

Não se aplica

7. APROVAÇÃO

Edição 01	Elaborado Por:	Revisto Por:	Autorizado Por:
Data.			
Página 7 de 7			

Apêndice XIII – **Formação “Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical”**

Mestrado em Enfermagem em Associação

POLITECNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde

UNIVERSIDADE DE EVORA
Escola Superior de Saúde

Saúde

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL



7º Mestrado de Enfermagem em Associação
Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Junho 2023

Maria Varela nº 241

ANEXOS

Anexo I – Aprovação do PIP pelo Conselho de Administração

RE: Pedido de autorização para aplicação de Questionário à equipa de enfermagem da UCIP, desenvolvimento de Instrução de Trabalho e realização de formação em serviço sobre a temática "Alterações do sono no doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos" ➤ Caixa de entrada x



Secretariado CA <secretariado@ulscb.min-saude.pt>
para mim, Joao, Roberto ▾

30/10/2023, 15:17 ☆ 😊 ↩ ⋮

Exmª Senh. [Redacted]
Enfª Maria da Conceição Varela

Em resposta ao mail infra de V. Exª, relativamente ao pedido de autorização para aplicação de questionário à equipa de Enfermagem da UCIP, vem esta ULS informar que o mesmo teve parecer favorável.

Com os melhores cumprimentos,

Secretariado do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE | Local Health Care Unit of Castelo Branco, EPE

[Redacted]
Tel: +351 272 000 272 | FAX: +351 272 000 287

[Redacted]

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

[Redacted]



Anexo II – **Congresso Internacional do Doente Crítico 2023**



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Maria Varela

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023,
que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16
horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel
Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE

João José Santos Fernandes
João José Santos Fernandes

Anexo III – **Curso Gestão de Risco em Saúde: a Segurança do Cliente**



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Maria da Conceição de Matos Varela natural de Avis nascida em 13/04/1972, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 09909729 válido até 22/02/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente, em 14/12/2023, com a duração de 15:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução à Segurança do Cliente	6:00	-
Literacia em Saúde e Capacitação do Cliente para a sua Segurança	4:00	-
Gestão do Risco em Saúde	5:00	-

Lisboa, 08 de janeiro de 2024

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros - Associação Pública Profissional

(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 2105/2023 de acordo com o modelo publicado no Diário da República n.º 474/2010

Anexo IV – Ação de Formação “Treino de práticas seguras”



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que

Maria da Conceição de Matos Varela

Participou na Ação de Formação

Treino de práticas seguras

que decorreu na UCIP, no dia 20 de Novembro de 2023 com a duração total de 1 hora

Outorgado por

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Serviço de Investigação, Formação e Ensino
ULS de Castelo Branco, EPE