



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica

Carla Sofia Patrício Valente

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO
JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Promoção do Sono na Pessoa em
Situação Crítica**

Carla Sofia Patrício Valente

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

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

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Porque uma caminhada nunca se faz sozinho, é importante agradecer a quem esteve sempre presente e, mesmo, que inconscientemente, foi uma preciosa ajuda...

À professora orientadora, um grande obrigado pelos muitos momentos de partilha, de ajuda e disponibilidade para a concretização de todo o processo.

À enfermeira orientadora, por toda a sua ajuda, apoio demonstrado e muitos momentos de partilha e aprendizagem.

A ti, DM, minha amiga, companheira desta aventura, obrigada por tornares tudo mais fácil com as palavras certas e pelo apoio incondicional.

Aos meus pais e irmãos, os meus pilares, os meus parceiros de vida...a quem as palavras de apoio e de incentivo de vários quilómetros de distância deram a força e impulso para fazer mais e melhor...obrigada pelas palavras certas nos momentos difíceis!

RESUMO

Pretendemos com a elaboração deste Relatório de Estágio analisar e refletir de forma crítica e fundamentada sobre as atividades desenvolvidas ao longo da Unidade Curricular Estágio Final. Nesta abordagem, será destacado o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e competências do Mestre em Enfermagem.

A pessoa em situação crítica, ao ser internada na Unidade de Cuidados Intermédios, encontra-se sujeita a múltiplos fatores que contribuem para perturbar a qualidade do sono, decorrendo daí consequências nefastas para o seu bem-estar. Afigura-se assim como fundamental delinear estratégias promotoras de um padrão de sono de qualidade, com vista à melhoria dos cuidados prestados, e simultaneamente do bem-estar e conforto da pessoa. Neste sentido, foi desenvolvido um projeto de intervenção profissional, incidindo na temática da promoção do sono na pessoa em situação crítica, que será apresentado de forma detalhada neste relatório.

Palavras-chave: Privação do Sono, Enfermagem de Cuidados Críticos, Conforto do Paciente

ABSTRACT

We intend with the preparation of this Internship Report to analyze and reflect in a critical and grounded manner on the activities developed throughout the Final Stage Course Unit. In this approach, the process of acquisition and development of the common and specific competences of the Nursing Specialist in Personnel in Critical Situation and competences of the Master in Nursing will be highlighted.

The person in critical condition, when hospitalized in the Intermediate Care Unit, is subject to multiple factors that contribute to disturb the quality of sleep, resulting in harmful consequences for their well-being. It is thus fundamental to outline strategies promoting a quality sleep pattern, with a view to improving the care provided, and simultaneously to the well-being and comfort of the person. In this sense, a project of professional intervention was developed, focusing on the theme of the promotion of sleep in the person in critical situation, which will be presented in detail in this report.

Key-words: Sleep Deprivation, Critical Care Nursing, Patient Comfort

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO	21
1.1 - CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE.....	21
1.2 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS	23
1.2.1 - Recursos Físicos	23
1.2.2 - Recursos Humanos	25
1.2.3 - Análise da População/Utentes	26
1.2.4 - Análise da Produção de Cuidados	27
2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	29
2.1 - FUNDAMENTAÇÃO.....	29
2.2 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO	30
2.2.1 – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	31
2.2.2 - Fisiologia do Sono	32
2.2.3 - Fatores que Interferem no Padrão de Sono	36
2.2.4 - Consequências da Privação do Sono	38
2.2.5 - Estratégias para a Promoção do Sono	40
2.3 – OBJETIVOS	43
2.4 – METODOLOGIA	44
2.4.1 – População Alvo	45
2.4.2 – Estratégias de Intervenção	50
2.5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO ...	55
2.6 - CONCLUSÃO.....	69
3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	71
3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE.....	73
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE.....	94
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	108
5 - CONCLUSÃO	109
BIBLIOGRAFIA	111

LISTA DE SIGLAS / ABREVIATURAS

ABCDE - A. *Airway*; B. *Breathing*; C. *Circulation*; D. *Disability*; E. *Expose/Environment*

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

AESES – Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

AO – Assistente Operacional

APA - *American Psychological Association*

BIS – Índice Bispectral

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavioural Pain Scale

CAA – Comunicação Alternativa e Aumentativa

CHUA – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral da Saúde

DL – Decreto Lei

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG – Escala de Coma de Glasgow

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

GCL – PPCIRA – Grupo Coordenador Local - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

h. - Horas

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS - *International Trauma Life Support*

km - Quilómetros

n.º - número

NOC – Norma de Orientação Clínica

NREM – *non-rapid eye movement*

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PE – Projeto Estágio

PIC – Pressão Intra-Craneana

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RE – Relatório de Estágio

REM – *Rapid eye movement*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SDRA – Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional Saúde

SPIKES - *Settings; Perception; Invitation; Knowledge; Explore Emotions; Strategy and Summary*

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCint – Unidade de Cuidados Intermédios

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Resposta do pedido de parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHUA – Faro.....	CIX
Anexo B – Processo Adapte.....	CXI
Anexo C – III Congresso da Secção Regional do Sul.....	CXIII
Anexo D – Certificado de presença no Workshop Oxigenioterapia de Alto Fluxo.....	CXVI
Anexo E – Certificados de Interveniente enquanto coautora dos Posterres Científicos: <i>Abordagem ABCDE na Pessoa com Cetoacidose Diabética – caso fictício & A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva</i>	CXVIII
Anexo F – Certificado de realização do Curso Certificado de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo.....	CXXI
Anexo G - Certificado de realização do Curso Certificado de Suporte Avançado de Vida.....	CXXIII
Anexo H - Certificado de realização do Curso Certificado de Trauma Avançado (ITLS).....	CXXV

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Projeto de Estágio.....	CXXVIII
Apêndice B – Questionário aplicado aos enfermeiros participantes no projeto.....	CLI
Apêndice C – Consentimento informado.....	CLIV
Apêndice D – Proposta de Norma de Orientação Clínica.....	CLVII
Apêndice E – Sessão de formação em serviço sobre a promoção do sono.....	CLXXVIII
Apêndice F – Plano de sessão da formação sobre a promoção do sono.....	CXCVI
Apêndice G – Questionário de avaliação da sessão sobre a promoção do sono...CXCVIII	
Apêndice H – Cartaz de divulgação da sessão sobre a promoção do sono.....	CC
Apêndice I – Projeto de formação em serviço: <i>Decúbito Ventral no Doente sob Ventilação Mecânica Invasiva</i>	CCII
Apêndice J – Proposta de norma de procedimento de enfermagem sobre o decúbito ventral no doente sob Ventilação Mecânica Invasiva.....	CCXLV
Apêndice K - Artigo científico: “ <i>Decúbito Ventral no Doente sob Ventilação Mecânica Invasiva - Revisão Integrativa</i> ”	CCLVI
Apêndice L – Sessão de formação em serviço sobre o decúbito ventral no doente sob Ventilação Mecânica Invasiva.....	CCLIX
Apêndice M – Artigo científico “Fatores que influenciam o Padrão de Sono na Pessoa em Situação Crítica”.....	CCLXXVIII
Apêndice N – Sessão de formação em serviço sobre precauções adicionais de isolamento.....	CCLXXXI
Apêndice O – Cartaz sobre “Recomendações para as precauções de isolamento para a UCint”.....	CCXCVII

Apêndice P – Poster científicos realizados: *Abordagem ABCDE na Pessoa com Cetoacidose Diabética – caso fictício & A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva*.....CCXCVII

Apêndice Q - Orientações gerais do plano de catástrofe do CHUA – Faro para o serviço de medicina 2B.....CCCII

Apêndice R – Cronograma final do Estágio Final.....CCCVIII

Apêndice S – Artigo científico – “A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva”.....CCCX

Apêndice T – Plano de sessão da formação em serviço sobre as precauções adicionais de isolamento.....CCCXIII

Apêndice U – Questionário de avaliação da sessão da formação em serviço sobre as precauções adicionais de isolamento.....CCCXV

Apêndice V – Resultados do questionário de avaliação da sessão da formação em serviço sobre as precauções adicionais de isolamento.....CCCXVII

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estádios do sono	33
Quadro 2 – Fatores que interferem no padrão de sono	36
Quadro 3 – Consequências da privação do sono	39
Quadro 4 – Intervenções de enfermagem para a promoção do sono	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros inqueridos.....	46
Tabela 2 – Perceção dos enfermeiros – causas do ruído.....	57
Tabela 3 - Avaliação dos enfermeiros sobre a formação em serviço.....	65
Tabela 4 - Avaliação dos enfermeiros relativamente ao formador.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Área de influência do CHUA.....	22
Figura 2 – Algoritmo de Abordagem à Pessoa em Situação Crítica na Abordagem à Promoção do Sono	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Género dos enfermeiros inquiridos.....	47
Gráfico 2 – Faixa etária dos enfermeiros inquiridos.....	48
Gráfico 3 – Tempo de exercício profissional e tempo de prestação de cuidados dos enfermeiros inquiridos, na UCint	48
Gráfico 4 – Habilitações académicas dos enfermeiros inquiridos.....	49
Gráfico 5 – Pertinência do PIP de acordo com a opinião dos enfermeiros	50
Gráfico 6 – Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para a privação do sono da pessoa em situação crítica na UCint.....	56
Gráfico 7 – Resposta dos enfermeiros sobre a implicação da temática apresentada.....	64

INTRODUÇÃO

Findado o Estágio Final, importa realizar uma análise crítica, fundamentada e reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo e sua importância no crescimento pessoal e profissional, designadamente, no que concerne ao Projeto de Intervenção Profissional (PIP) e ao processo de aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e competências de Mestre em Enfermagem, propostas no início do Estágio Final e descritas no Projeto de Estágio (PE) (Apêndice A). Posto isto, o presente Relatório de Estágio (RE) surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica, com o intuito de obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, criado pelo aviso n.º 5622 de 2 de maio de 2016 (Universidade de Évora, 2016, p.13882).

Ao falar sobre o processo de aquisição de competências, importa em primeira instância abordar a sua definição no âmbito da enfermagem. É definida como competência em Enfermagem o conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, em que cada campo de intervenção apresenta níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, de forma a poder mobilizar em contexto prático, revelados num conjunto de competências especializadas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a).

Por sua vez, Enfermeiro Especialista é definido como,

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011a, p.8648).

No Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, encontram-se descritas as respetivas competências, que são as seguintes: “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à

complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2011b, p.8656).

Face ao exposto, atendendo ao regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, enaltecem-se os cuidados de excelência e de qualidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), sendo que para a prestação de cuidados seguros da pessoa em situação crítica, este é reconhecido como um elemento chave e fundamental na resposta às necessidades da mesma (OE, 2015a).

De forma a prevenir complicações e limitar incapacidades, com vista a recuperação total da pessoa em situação crítica, os cuidados de enfermagem são prestados continuamente à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco para que se permita manter as funções básicas de vida. Os cuidados de enfermagem são altamente qualificados, através de observação, colheita e sistematização de dados, com o intuito de conhecer detalhadamente a pessoa alvo de cuidados com vista à prestação de cuidados de excelência (OE, 2011b).

Com vista a aprofundar e adquirir as competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as específicas do EEEPSC e competências de Mestre em Enfermagem, dentro do previsto no plano de estudos do curso, foi realizado o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente I (UCIP) do CHUA - Faro e o Estágio Final na Unidade de Cuidados Intermédios (UCint) do CHUA – Faro.

No decorrer do Estágio Final e dentro do preconizado para esta UC, foi desenvolvido na UCint um PIP que tem como tema: “A Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica”, e que se enquadra na linha de investigação e de ação do Mestrado, “Segurança e qualidade de vida”. A realização do PIP, bem como do RE em geral, foi suportado na teoria do conforto de Katharine Kolcaba.

A temática do PIP foi escolhida, tendo em conta que, nos serviços de medicina intensiva, como a unidade de cuidados intermédios, o padrão de sono da pessoa em situação crítica, apresenta-se fragmentado e de má qualidade, seja por fatores ambientais inerentes à unidade, ou outros, como os próprios cuidados de enfermagem,

que contribuem para perturbar a qualidade do sono. A perturbação do sono na pessoa em situação crítica é definida pela diminuição dos estádios de sono, causando desconforto e um impacto negativo na qualidade de vida (Tembo, Parker, & Higgins, 2013).

A literatura evidencia que as razões para a interrupção do padrão de sono são multifatoriais e incluem fatores intrínsecos, como a situação clínica da pessoa, dor e ansiedade; assim como fatores extrínsecos à pessoa, como os fatores ambientais, ou seja, tudo o que rodeia a pessoa na unidade, incluindo os equipamentos e as condições que o serviço apresenta (ruído e iluminação); e a prestação de cuidados de enfermagem (Beltrami, Nguyen, Pichereau, Maury, Fleury, & Fagondes, 2015).

A pessoa em situação crítica quando sujeita a fatores que privam o padrão de sono de qualidade, é submetida a estímulos que afetam o conforto. O sono é essencial para a manutenção do estado geral de saúde, pois, é considerado como parte integrante da vida do ser humano e uma necessidade básica imprescindível na restauração física e psicológica, contribuindo para o seu bem-estar e conforto (Kolcaba, 2003; Magalhães, & Mataruna, 2007). Para proporcionar conforto à pessoa é imprescindível promover um padrão de sono de qualidade, através de várias estratégias (Kolcaba, 2003).

Na sequência do exposto, definem-se como objetivos deste relatório: Elaborar uma descrição do contexto de estágio, descrever as etapas da realização do PIP e analisar, critica e reflexivamente, o processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEEPSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

O RE encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo que no primeiro capítulo é realizada uma apreciação do contexto do estágio final, da instituição e da unidade; no segundo capítulo referente ao projeto de intervenção pessoal, inclui a fundamentação da temática escolhida, o enquadramento concetual e teórico, os objetivos, a metodologia, resultados e conclusão do mesmo. No terceiro capítulo é realizada a análise crítica e reflexiva sobre o processo de aquisição das competências comuns e específicas do EEEPSC e as competências de Mestre em Enfermagem; e no quarto capítulo é realizada uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo.

O presente documento encontra-se realizado de acordo com as diretrizes do novo acordo ortográfico e rege-se pelas normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association (APA)*, 6.^a edição.

1 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO

1.1 - CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

O Centro Hospitalar do Algarve E.P.E. criado pelo Decreto-lei (DL) n.º 69/2013, de 17 de maio, resultou da fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, que engloba o Hospital de Portimão e Hospital de Lagos. Em 2017, surge o DL n.º 101/2017, de 23 de agosto, em que é alterada a sua designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) E.P.E.

O CHUA encontra-se integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), consistindo numa pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, em que apresenta autonomia administrativa, patrimonial e financeira. Tem como missão “prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde” (DL n.º 162/2017, 23 de agosto, 2017). Apresenta como visão, ser uma unidade de excelência do SNS, com saber, competência e experiência, através dos mais avançados recursos terapêuticos, garantindo equidade e universalidade do acesso e assistência em prol da mais elevada satisfação dos doentes e dos profissionais. O CHUA rege-se por cinco valores, que são: o trabalho em prol do doente, trabalho em equipa, aposta na inovação, de forma a assegurar os melhores cuidados existentes, gestão participativa, em que permite que os profissionais encontrem espaço para a sua realização profissional e pessoal e orientação para os resultados (CHUA, 2018a).

O CHUA integra o sector público empresarial e é a única instituição pública hospitalar no Algarve (CHUA, 2018a). É constituído por 3 unidades hospitalares, situadas em Faro, Portimão e Lagos, pelos Serviços de Urgência Básica (SUB) de Vila Real de Santo António, Loulé e Albufeira e pelo Centro de Medicina Física e Reabilitação de São Brás de Alportel (CMFRS). Este Centro Hospitalar funciona como referência na prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade e visa o apoio à formação contínua de todos os seus profissionais (DL n.º 162/2017 de 23 de agosto).

O CMFRS, integrou o CHUA em 2017, garantindo desta forma uma governação clínica, com um grau de autonomia adequado, visando a prestação de cuidados diferenciados na área da medicina física e reabilitação (DL nº 162/2017 de 23 de agosto). O presente Centro, para além do Algarve, presta também apoio a uma parte do Alentejo (Baixo Alentejo e concelho de Odemira e Alentejo Litoral), num total de 600 mil residentes (CHUA, 2018a). Em 2017, a parceria entre a Universidade do Algarve e o CHUA intensifica-se no que respeita ao mestrado integrado em medicina.

O CHUA assegura a prestação de cuidados a 16 concelhos da região do Algarve, em toda a extensão da região algarvia, como se verifica na figura 1, com uma população de cerca de 450.000 habitantes. O presente número pode aumentar, devido à época alta do turismo (CHUA, 2018a).

Figura 1 – Área de influência do CHUA



Fonte: CHUA, 2018a

A área de influência do CHUA é um território muito extenso, sendo que a distância da Unidade Hospitalar de Lagos até ao SUB de Vila Real de Santo António é de 140 km. A mesma SUB encontra-se a 60 km do CHUA - Faro. A distância entre a unidade hospitalar de Portimão e de Faro é de cerca de 70 km. Estas distâncias acarretam gastos acrescidos para os profissionais, sendo os gastos não financiados pelo Estado (CHUA, 2018a).

O estágio final foi realizado no CHUA-Faro, na Unidade de Cuidados Intermédios (UCint), pelo que se segue a caracterização da mesma.

1.2 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

A UCint é parte integrante do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados intensivos do CHUA. Este departamento é constituído pelo Serviço de Urgência Polivalente (SUP); o Serviço de Medicina Intensiva 1, que engloba a sala de Reanimação, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) 1, UCint e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Faro e Albufeira; o Serviço de Urgência Médico Cirúrgica – Portimão, o serviço de Medicina Intensiva 2 - Portimão, que engloba a UCIP 2, Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) e VMER de Portimão; e os Serviços de Urgência Básica (SUB).

O Enf.º Chefe partilha chefia com o SUP e a UCint. Na unidade existe uma Enf.ª Coordenadora, Especialista em Enfermagem de Reabilitação. O Enf.º Chefe e a Enf.ª Coordenadora devem apresentar o perfil e competência que vá ao encontro da missão da unidade, garantido a liderança técnica de enfermagem (Paiva, et al., 2017).

A UCint encontra-se integrada no serviço de medicina intensiva. A medicina intensiva é crucial em relação à capacidade para abordar a pessoa em situação crítica, de forma global, integrada e multiprofissional, distinguindo-se pela especialização de conhecimento e tecnologia. É fundamental a tomada de decisão assente em critérios de qualidade, eficácia e eficiência, de forma a garantir o exercício ético e deontológico (Ministério da Saúde, 2015).

1.2.1 - Recursos Físicos

A UCint encontra-se localizada no 2º piso do CHUA - Faro, integrada no espaço físico do SUP. No mesmo piso encontra-se localizada a UCIP 1 e o serviço de radiologia. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2013) e Paiva, et al., (2017) os serviços de medicina intensiva, neste caso, a UCint, deve apresentar proximidade com o SUP, Bloco Operatório (BO), e o serviço de radiologia,

uma vez que são os serviços que mais se relacionam e devem manter uma relação de continuidade.

O serviço é composto por 10 unidades, existindo em cada uma destas, uma cama, mesa de apoio, equipada com monitores de multiparâmetros em todas as unidades que monitorize a tensão arterial não invasiva e invasiva e oxímetro, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido e sistema de manga de pressão para o cateterismo arterial.

A unidade apresenta o conceito de zona aberta – *open space*, deste modo, permite não resguardar a pessoa em situação crítica, assegurando de forma atempada, o tratamento e assistência à mesma, garantido uma vigilância constante. É necessário individualizar a box da pessoa através de divisórias laterais (transparentes), a divisória da frente deve permanecer sempre aberta para que a pessoa e o enfermeiro mantenham contato visual (ACSS, 2013).

A sala de espera de familiares é partilhada com a UCIP, ficando localizada no espaço física da mesma. A existência desta sala é importante, uma vez que os tempos de espera podem ser longos e de grande tensão, sendo necessário um espaço aberto e isolado, que proporcione privacidade (ACSS, 2013).

O gabinete de informação para os familiares/pessoas significativas, é outro espaço que pertence à UCint, partilhado com a UCIP. Trata-se de uma pequena sala, utilizada pelos profissionais de saúde onde permite o contato e partilha de informação com os familiares/pessoas significativas, prestando informações desde o acolhimento e preparação dos mesmos face à situação crítica que se encontra a pessoa, ou para a comunicação de más notícias. Segundo o ACSS (2013), trata-se de uma sala importante, uma vez que permite o contato e privacidade entre as partes envolvidas, possibilitando o apoio e informação individualizado.

Na UCint existem janelas que privilegiam a luz solar e tal fato é utilizado para reduzir a iluminação artificial. Segundo o ACSS (2013), nos serviços de medicina intensiva a iluminação natural deve ser beneficiada uma vez que favorece os ritmos circadianos da pessoa, devendo ser utilizada sempre que possível.

1.2.2 - Recursos Humanos

Os enfermeiros da UCint encontram-se divididos por 4 equipas, compostas por 3 elementos, sendo um deles o responsável de turno, aquando a não presença da enfermeira coordenadora. Para além destas 4 equipas, a unidade apresenta ainda 6 elementos com horário fixo, que não se encontram distribuídos por equipas. No seu total, a unidade é composta por 18 enfermeiros, sendo 1 deles Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1 Especialista em Enfermagem de Reabilitação e 15 enfermeiros de cuidados gerais, sendo que 1 elemento tem Pós-Graduação em cuidados intensivos e 2 elementos têm Pós-Graduação em doente crítico. A maioria dos enfermeiros possui 5 a 10 anos de experiência profissional, existindo apenas 2 elementos com tempo de trabalho inferior a 4 anos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), 50% da equipa de enfermagem da UCint deve possuir Competências Específicas do EEEPC. Tal facto não se verifica na UCint, uma vez que apenas existe uma enfermeira com a referida especialidade.

O número de enfermeiros por turno é sempre de três. Os diferentes turnos são: manhã, das 08:00h às 16:00h, tarde, das 15:30h às 00h e noite, das 23:30h às 08:30h. A distribuição dos doentes é realizada pelo enfermeiro responsável, o mesmo que, para além das funções de gestão e coordenação, assume também doentes sob a sua responsabilidade.

Ao ser realizada a distribuição de doentes por enfermeiro, é respeitado o rácio de 1 enfermeiro para três doentes. O rácio enfermeiro/doente, recomendado para UCI de nível II, indica o mínimo de 1 enfermeiro para três doentes, tendo por base a norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2014).

No turno da manhã (08h-16h) a enfermeira coordenadora da unidade está presente e fica exclusivamente responsável pela coordenação e gestão da mesma. O método de trabalho colocado em prática pela equipa é o método individual de trabalho. Neste método, o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados aos doentes que lhe foram distribuídos, responsabilizando-se, durante o turno de trabalho, pela personalização e individualização dos cuidados, bem como pela avaliação e coordenação do seu plano de cuidados.

A UCint e a UCIP apresentam a mesma equipa médica, composta por especialistas em medicina intensiva e internos da especialidade. Em todos os turnos estão presentes dois médicos, garantindo uma maior vigilância, assistência diferenciada, atempada e eficaz. Com vista à melhoria dos cuidados e qualidade da transmissão de informação, no turno da manhã é realizada visita médica, com a participação de todos os médicos e do enfermeiro responsável nesse turno pela pessoa em situação crítica.

Segundo o Ministério da Saúde (2015) e Paiva, et al., (2017), os serviços de medicina intensiva devem ser constituídos por médicos especialistas de Medicina Intensiva, devendo estar pelo menos um médico em presença física na unidade, permanentemente. Segundo as mesmas fontes, o número de médicos por cada unidade de 8-12 camas dever ser de seis.

Da equipa multidisciplinar, fazem também parte, 7 Assistentes Operacionais (AO) (um por turno), 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta de fala e um terapeuta ocupacional.

É recomendado o rácio de 1 AO por cada 8 camas, sendo o ideal 1 AO por cada 6 camas (Paiva, et al., 2017). Os mesmos autores referem também, que devem ser incluídos outros profissionais qualificados em diferentes áreas do saber, de acordo com a missão e objetivo da unidade, mais concretamente, fisioterapeutas, técnicos de diagnóstico e terapêutica e coordenadores de investigação.

1.2.3 - Análise da População/Utentes

As unidades de cuidados intermédios, encontram-se classificadas como UCI de nível II e destinam-se a pessoas em situação crítica que necessitem de monitorização multiorgânica e de suporte de uma função orgânica, desde que não necessite de ventilação mecânica invasiva (Ministério da Saúde, 2015) A UCI de nível II é considerada pela ACSS (2013), uma Unidade de Cuidados Intermédios. A população alvo da prestação de cuidados de enfermagem da UCint é a pessoa em situação crítica, que é definida por “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” (OE, 2011b, p.8656), carecendo de uma resposta em tempo útil e eficiente.

As admissões da pessoa em situação crítica provêm da UCIP, Sala de Reanimação, BO e dos serviços de internamento.

A integração de unidade de cuidados intermédios, UCI de nível II, num serviço de medicina intensiva de um hospital é imprescindível para a eficiência, otimização dos cuidados prestados, redução de eventos adversos, reinternamentos em UCI de nível III e diminuição dos custos de tratamento (Paiva, et al., 2017).

A UCint tem como missão, monitorizar, observar e tratar doentes com necessidade de suporte por falência de órgãos, com exclusão de ventilação mecânica invasiva ou técnicas contínuas de substituição renal; doentes com condição clínica instável ou risco elevado de agravamento, que beneficiem de monitorização e observação mais frequente que na enfermaria; doentes que já não necessitando de cuidados intensivos ainda não estão suficientemente bem para irem para enfermaria; doentes que necessitem de vigilância pós-cirúrgica prolongada por um período de 24horas (CHUA, 2019).

Os critérios de admissão na UCint incluem: necessidade de fração inspirada de oxigénio (FiO_2) maior ou igual a 40%; necessidade de ventilação não invasiva; necessidade de aminas vasoativas; instabilidade circulatória devido a hipovolémia de qualquer causa; depressão do sistema nervoso central com Escala de Coma de Glasgow (ECG) maior ou igual a 9 de causa metabólica ou traumática. Devem ainda, aquando da admissão de doentes, ser considerados os seguintes fatores: diagnóstico e severidade da doença; potencial de reversibilidade e benefício (comorbilidades, baixa reserva fisiológica, prognóstico e resposta a tratamento anterior), pelo que os doentes que, não podem melhorar por se encontrarem num processo de deterioração do estado de saúde irreversível e terminal de vida, não têm indicação para admissão na unidade, devendo os cuidados serem mantidos na enfermaria (CHUA, 2019).

1.2.4 - Análise da Produção de Cuidados

A taxa de ocupação do CHUA até dezembro de 2017 foi de 72,35%, sendo menor que 2016 (72,82%). Relativamente à demora média, o CHUA, em 2017, atingiu os 10,25 dias, verificando-se um agravamento em 0,35 dias face a 2016. No que respeita

à UCint, em 2017 apresentou uma demora média de 15,44 dias, valor que tem vindo a diminuir, uma vez que em 2016 foi de 15,56 dias. A unidade apresentou uma taxa de ocupação em 2017 de 67,45%, valor que aumentou relativamente a 2016 (64,80%) (CHUA, 2018a).

Segundo o Departamento de Contratualização do CHUA, em 2017, a UCint teve um total de 630 doentes saídos do internamento, ou seja, doentes que deixaram de permanecer internados na unidade durante um período, valor que aumentou relativamente a 2016 (581) (CHUA, 2018a). A mesma pessoa pode ser admitida divesas vezes na UCint, todos os momentos da alta são contabilizados para a contagem de doentes saídos do internamento (Ministério da Saúde, 2015).

2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No decorrer do estágio final desenvolveu-se um PIP, relativo à temática da promoção do sono na pessoa em situação crítica. Seguidamente será desenvolvida uma fundamentação centrada na problemática, assim como o enquadramento concetual e teórico, os objetivos, metodologia, resultados e discussão da implementação do mesmo e a conclusão.

2.1 - FUNDAMENTAÇÃO

O sono e o repouso são das necessidades básicas humanas mais afetadas durante o internamento em unidades de medicina intensiva (Pisani, Friese, Gehlbach, Schwab, Weinhouse, & Jones, 2015). Um dado que se reveste de particular importância, quando se considera que a qualidade e a quantidade do sono estão interligadas com a recuperação da pessoa em situação crítica (Pisani, et al., 2015). Para Hamze, Souza e Chianca (2015), vão ocorrer alterações no sistema imunológico, distúrbios a nível psicológico e da regulação da temperatura, levando a um impacto negativo da qualidade de vida.

A pessoa em situação crítica apresenta diversas alterações como resultado do processo de adaptação à unidade onde está inserida, uma vez que se encontra num ambiente desconhecido, privada da sua rotina habitual, submetida a constantes fatores que vão alterar o sono. Para um adulto ter um sono reparador, deve dormir entre 7 a 8 horas sem interrupções, independentemente do estadio em que se encontra. O sono, pelos efeitos restauradores que apresenta, é uma necessidade importante e fundamental (Saldanhã, Reyes, & Ruiz, 2013).

Nas unidades de cuidados intermédios, o padrão de sono da pessoa em situação crítica, apresenta-se fragmentado e de má qualidade, seja por fatores ambientais inerentes à unidade, ou pelos cuidados de enfermagem, que vão perturbar a qualidade de sono. A perturbação do sono na pessoa em situação crítica, é definida pela diminuição dos estadios de sono, causando desconforto e um impacto negativo na qualidade de vida (Tembo, et al., 2013). Vários autores apontam que, as razões para a interrupção do padrão de sono são multifatoriais e incluem fatores intrínsecos à pessoa, tais como, a situação clínica, dor e ansiedade; e fatores extrínsecos, tais como, fatores ambientais,

tudo o que rodeia a pessoa na unidade, incluindo os equipamentos e as condições que o serviço apresenta (ruído e iluminação) e a prestação de cuidados de enfermagem (Saldanã, et al., 2013; Beltrami, et al., 2015; Pisani, et al., 2015; Ding, Redeker, Pisani, Yaggi & Knauert, 2017; Devlin, et al., 2018).

Tal como descrito no ponto 1.2, a unidade a que se dirige o presente projeto apresenta as características descritas pela literatura, sendo a população alvo dos cuidados de enfermagem, a pessoa em situação crítica. Posto isto, a pessoa em situação crítica ao passar por unidades de Medicina Intensiva, como a Unidade de Cuidados Intermédios, vivencia eventos assustadores e stressantes, não só pelo ambiente em que está inserida e pela monitorização invasiva, bem como pela incerteza face à situação, que desencadeia sentimentos de fragilidade (Beltrami, et al., 2015). Estas alterações, provocam na pessoa, consequências nefastas para o seu bem-estar e por conseguinte, alterações no seu padrão de sono, pelo que é fulcral adotar estratégias que permitam ao enfermeiro a promoção do padrão de sono.

Tendo em conta o anteriormente referido, considera-se que a promoção do sono na pessoa em situação crítica na UCint, assume particular relevância no âmbito dos cuidados de enfermagem, detendo um carácter preponderante na prevenção de complicações associadas à perturbação do sono, promoção do conforto, segurança e qualidade de vida da pessoa. Face ao exposto, emerge o interesse e pertinência da temática central do PIP: “A Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica”. O desenvolvimento do tema enquadra-se no âmbito da linha de investigação e de ação do Mestrado, a “Segurança e qualidade de vida”.

Identificada a temática de interesse, decorreu uma reunião com a Enf.^a Tutora, a Professora Orientadora, a Enf.^a Coordenadora e o Enf.^o Chefe, que validaram a temática, considerando ser fundamental e pertinente para a UCint e a sua população.

2.2 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO

De seguida irá ser realizado um enquadramento concetual e teórico, onde se inclui uma abordagem da teoria do conforto de Kolcaba, teórica de enfermagem que

suportou a realização do RE nas suas várias partes, incluindo o PIP, bem como a evidência científica mais atual sobre a temática.

Durante a realização do estágio final foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar quais os fatores que contribuem para a privação do sono da pessoa em situação crítica, a qual permitiu aquisição de conhecimentos com base na evidência científica mais atual, e com expressão na concetualização desenvolvida.

2.2.1 – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

Como referido anteriormente, a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, alicerçou a análise do desenvolvimento do PIP, bem como do processo de desenvolvimento de competências, que integram o RE, merecendo de seguida algum desenvolvimento.

A teoria do Conforto de Kolcaba, é considerada uma teoria de médio alcance, pois, apresenta um nível de abstração menor que o conhecimento teórico, apresentando informações como a população, estado de saúde, faixa etária, área da prática clínica ou mesmo o papel do enfermeiro e a intervenção. Neste sentido, a teoria de médio alcance apresenta informações características da prática clínica (Tomey, & Alligood, 2002).

Kolcaba, na sua teoria, definiu necessidade de cuidados de saúde como as necessidades de conforto que a pessoa precisa de satisfazer, mas que não podem ser satisfeitas pelos mecanismos tradicionais. Neste sentido, Kolcaba refere que, é necessário estabelecer medidas de conforto, ou seja, intervenções de enfermagem para satisfazer as necessidades específicas da pessoa, seja a nível social, espiritual, financeira, fisiológica, psicológica, física e ambiental. A pessoa ao ver as suas necessidades satisfeitas, através das intervenções de enfermagem, vivencia conforto (Kolcaba, 2003).

Segundo Kolcaba (2003), o conforto é considerado a experiência em que se vê satisfeita as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, presentes em quatros contextos: físico, psicossocial, sociocultural e ambiental, para além da ausência de dor ou desconforto físico. Define-se alívio pelo estado em que as necessidades da pessoa

são satisfeitas para restabelecer o seu normal funcionamento; transcendência refere-se ao estado em que a pessoa apresenta capacidades para planejar, resolver problemas e controlar o seu destino; tranquilidade é o estado em que a pessoa encontra a calma ou satisfação que é necessária para um desempenho eficiente. Kolcaba considera como medidas de conforto, as intervenções de enfermagem realizadas para responder às necessidades de conforto.

Os três estados apresentam quatro contextos, sendo eles, o contexto físico (sensações corporais), contexto sociocultural (relações interpessoais, sociais e familiares), contexto psicoespiritual (consciência de si e o auto-conceito, sentido da vida), existindo uma relação com o contexto ambiental que envolve a pessoa, como a luz, ruído, equipamento, cor e temperatura. Os cuidados de conforto são designados como uma forma de arte aplicada pelos enfermeiros, com criatividade, princípios científicos, um cuidar humanizado dentro dos contextos específicos do cuidar (Kolcaba, 2003).

Ao promover o padrão de sono na pessoa em situação crítica na UCInt, o enfermeiro, com a implementação de estratégias, contribui para a satisfação das necessidades da pessoa, assim como do seu bem-estar e conforto, através de um cuidado humanizado e individualizado, centrado numa abordagem holística (Kolcaba, 2003).

2.2.2 - Fisiologia do Sono

O sono integra-se no sistema sono-vigília, em que existe um estado de imobilidade e desconexão parcial, perante o ambiente que nos envolve. É parte integrante da vida do ser humano, sendo uma necessidade básica imprescindível na restauração física e psicológica, contribuindo para o seu bem-estar. Caracteriza-se pela diminuição do estado de consciência, dos movimentos musculares e pela lentificação do metabolismo (Magalhães, & Mataruna, 2007).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011, p.76), 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.

Para outros autores, o sono é definido como um estado fisiológico complexo, em que existem alterações tanto fisiológicas, como comportamentais (Magalhães, & Mataruna, 2007). Durante o período da noite, em que ocorre o sono, as funções fisiológicas e os sistemas do corpo humano, sofrem alterações, acompanhando o ciclo do sono (Magalhães, & Mataruna, 2007). A pessoa necessita de regularizar o sono para obter a plenitude do repouso e regenerar os processos do organismo. O repouso define-se, pelo período em que o corpo está em repouso, em que a consciência se encontra em inatividade completa ou parcial (Marques, 2016).

A regularização do sono é fulcral para o organismo da pessoa, uma vez que, permite manter e produzir energia, estabelecer o humor, regular os processos de crescimento celular, regular o sistema imunitário, controlar a temperatura corporal, assim como regular o sistema respiratório e circulatório. Assim, o sono é uma atividade essencial para a promoção do bem-estar físico, emocional e psicológico (Dinarés, Rocha, & Fernandes, 2004).

Durante o sono, ocorre a reposição da energia gasta ao longo do dia pela pessoa, pelo que este tem como função proteger o corpo e zelar pelo seu bem-estar. O sono, ao ser resposto, vai promover o rejuvenescimento da pessoa, permitindo que esta, depois no seu dia-a-dia, consiga enfrentar as situações com mais concentração, compreensão e energia. O mesmo é imprescindível para a sobrevivência, descanso e recuperação de cada pessoa (Beltrami, et al., 2015).

O padrão do sono varia ao longo do seu ciclo, não sendo sempre igual, como se verifica no quadro 1.

Quadro 1 – Estádios do Sono

ESTÁDIOS DO SONO	
<p>NREM</p> <p><i>(NON-RAPID EYE MOVEMENT)</i></p> <p>O CICLO DE SONO CORRESPONDE A 75% DO SONO NREM</p>	<p>Estádio 1: Estado superficial em que a pessoa adormece, mas rapidamente volta à fase de vigília e desperta facilmente.</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duração de 5 a 10 minutos. ▪ Respiração lenta e regular; ▪ Os olhos revelam movimentos lentos.

<p>REM</p> <p><i>(RAPID EYE MOVEMENT)</i></p> <p>O CICLO DE SONO CORRESPONDE A 25% DO SONO REM</p>	<p>Estadio 2: O sono é mais profundo (corresponde a 50% do tempo total do sono da pessoa).</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os movimentos oculares normalmente não existem; ▪ Os músculos encontram-se relaxados; ▪ Existe diminuição dos movimentos corporais.
	<p>Estadio 3: O sono é mais profundo que no estadio anterior.</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe redução da frequência cardíaca; ▪ Redução da frequência respiratória.
	<p>Estadio 4: O sono é o mais profundo.</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A transição para a vigília torna-se mais difícil; ▪ Ocorre no primeiro terço da noite.
	<p>Estadio dos sonhos: traduz-se pelos movimentos oculares rápidos.</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento da frequência respiratória, sendo irregular e superficial; ▪ Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e existe atonia muscular. ▪ Os músculos das vias aéreas superiores relaxam, existem um aumento do consumo de oxigénio cerebral; ▪ A regulação da temperatura corporal fica comprometida; ▪ Neste sono, quando as pessoas são despertas, relatam histórias e sonhos bizarros, sendo assim também conhecido como estadio dos sonhos.

Fonte: Elaboração própria

O sono apresenta-se dividido em dois estados fisiológicos, o sono REM (*rapid eye movement*) e o sono NREM (*non-rapid eye movement*), apresentando 5 estadios sendo que 4 deles dizem respeito ao sono NREM e 1 ao sono REM. O ciclo de sono corresponde a 25% do sono REM e 75%, de uma noite de sono, corresponde ao sono NREM. Os estadios progredem do 1 ao sono REM. O sono NREM tem como características, a diminuição da frequência cardíaca e respiratória, da pressão arterial e débito cardíaco, em que os movimentos oculares são raros, bem como os corporais, levando a um relaxamento corporal. Este sono, contribui para o repouso físico, auxilia o sistema imunológico, induz a uma diminuição da atividade cerebral, em que há um

menos gasto de energia. O sono REM traduz-se pelos movimentos oculares rápidos, o aumento da frequência respiratória, sendo irregular e superficial, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e existe atonia muscular. Os músculos das vias aéreas superiores relaxam, existe um aumento do consumo de oxigénio cerebral e a regulação da temperatura corporal fica comprometida. Neste sono, quando as pessoas são despertadas, relatam histórias e sonhos bizarros, sendo assim também conhecido como estadio dos sonhos (Magalhães, & Mataruna, 2007).

O estadio 1 caracteriza-se por ser um estado superficial em que a pessoa adormece, mas rapidamente volta à fase de vigília e desperta facilmente, tem uma duração de 5 a 10 minutos. Tem como características uma respiração lenta e regular e os olhos revelam movimentos lentos; no estadio 2 o sono é mais profundo (corresponde a 50% do tempo total do sono da pessoa), os movimentos oculares normalmente não existem, os músculos encontram-se relaxados e existe diminuição dos movimentos corporais; no estadio 3, o sono é mais profundo que no estadio anterior, e existe redução da frequência cardíaca e da frequência respiratória; o estadio 4 é aquele em que o sono é o mais profundo, e a transição para a vigília torna-se mais difícil. Geralmente, este último estadio ocorre no primeiro terço da noite (Magalhães, & Mataruna, 2007).

Numa pessoa saudável, o sono NREM e o sono REM vão alternando ao longo da noite, de forma cíclica, e os ciclos podem repetir-se a cada 90 – 110 minutos, e pode alternar 5 a 6 ciclos por noite. Por norma, na primeira parte da noite encontra-se o sono REM, enquanto que o sono NREM predomina na segunda parte da noite. Contudo, não é linear a distribuição dos estadios de sono, os mesmos podem ser influenciados por múltiplos fatores, como a idade, temperatura, ambiente, ritmo circadiano, consumo de drogas e presença de doença (Beltrami, et al., 2015).

O padrão de sono de cada pessoa é regulado por mecanismos homeostáticos e circadianos. O ritmo circadiano caracteriza-se por um ciclo de aproximadamente 24 horas, em que através de um marca-passo interno, localizado no hipotálamo, ajuda a regular o ciclo sono-vigília. Este ciclo sincroniza-se com as 24 horas do dia, através de estímulos do ambiente que nos envolve e sobretudo, da luminosidade ao longo do dia. O ciclo pode ser influenciado por ambientes em que não há diferenciação do dia e da noite ou do claro e escuro. Durante este ciclo, existe uma hormona produzida pela glândula pineal, a melatonina, cuja produção está influenciada pelo ciclo circadiano, sendo mais

elevada no período da noite, na ausência de luz. O mecanismo homeostático também influencia o ciclo sono-vigília, em que, independentemente dos estímulos ambientais, reforça a necessidade do sono, pois, quanto mais a pessoa é privada de dormir, mais sonolenta fica (Beltrami, et al., 2015).

2.2.3 - Fatores que Interferem no Padrão de Sono

Como referido anteriormente, a realização da revisão integrativa da literatura foi crucial para a identificação dos fatores que vão contribuir para a privação do sono na pessoa em situação crítica. A identificação dos fatores vai permitir que sejam delineadas estratégias promotoras do sono atendendo a cada situação. Face ao exposto, os fatores que interferem no padrão de sono são apresentados seguidamente (quadro 2).

Quadro 2 - Fatores que interferem no padrão de sono

Fatores que interferem no padrão de sono		
<u>Ambientais</u>	- Luminosidade	
	- Ruído	- Diálogo entre equipa multidisciplinar;
		- Abertura de portas;
		- Som do telefone;
		- Som do alarme do monitor;
		- Som do alarme das bombas infusoras;
- Som do alarme do VNI.		
<u>Prestação de cuidados de enfermagem</u>	- Administração de terapêutica, principalmente por via oral;	
	- Monitorização dos parâmetros vitais – tensão arterial não invasiva;	
	- Técnica de reposicionamento no leito;	
	- Cuidados de higiene e conforto.	
<u>Fatores intrínsecos</u>	- Dor;	
	- Ansiedade;	
	- Desconforto;	
	- Situação clínica.	

Fonte: Elaboração própria

Existem fatores que privam o sono que são descritos como fatores ambientais, isto é, tudo o que rodeia a pessoa na unidade, incluindo os equipamentos e as condições que o serviço apresenta (ruído e iluminação). O ruído é destacado como o fator que mais perturba o padrão de sono. Para a pessoa em situação crítica, o ruído torna-se mais prejudicial, quando esta está remetida ao leito, incapaz de comunicar e de se mobilizar, resultando na diminuição da duração do sono, na fragmentação do sono e estrutura, com predomínio nos estádios 1 e 2, e redução dos estádios 3, 4 e REM (Pisani, et al., 2015). A origem do ruído é diversa, podendo ser causado pela conversa entre a equipa de profissionais presentes (na maioria enfermagem), a abertura de portas, o som do telefone e pelo som dos monitores utilizados (Saldanã, et al., 2013; Pisani, et al., 2015).

Beltrami, et al. (2015), destacaram também o ruído como a causa mais frequente de perturbação do sono, sendo causado pelos alarmes de bombas infusoras, alarmes de monitores, diálogo entre a equipa multidisciplinar e barulho de portas a abrir. Outros fatores descritos pelos autores são a luminosidade, prestação de cuidados ao doente durante o período noturno e a ventilação mecânica. Neste sentido, todos estes fatores vão prejudicar a qualidade de sono do doente crítico, apresentando um impacto negativo na recuperação do mesmo. Um outro artigo, destaca que o padrão de sono dos doentes internados em cuidados intensivos é sujeito várias vezes a interrupções devido à monitorização invasiva, à administração de terapêutica, colheita de sangue para análises e como principal fator, destaca uma vez mais o ruído ambiental (Hamze, et al., 2015).

Segundo Saldanã, et al., (2013), o ruído foi também destacado como o fator que mais perturbou o sono, sendo possível verificar a causa do mesmo. Deste modo, 60% das pessoas referem a abertura das portas como um fator que perturbou o sono; 77,5% do ruído identificado está relacionado com o som dos monitores e o alarme dos equipamentos e 51% relacionado com o alarme das bombas infusoras; o ruído associado às conversas entre profissionais de saúde, mais concretamente, à equipa de enfermagem, corresponde a 17,7%.

No que concerne ao fator ambiental, luminosidade, o mesmo é considerado como bastante perturbador do sono, verificando-se que em unidades de medicina intensiva este contribui, em grande escala, para a privação do mesmo (Beltrami, et al., 2015; Pisani, et al., 2015; Ding, et al., 2017).

Outro fator que contribui para a privação do sono são os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica. Saldanã, et al., (2013) referem que a principal causa se deve à administração de medicação no período noturno, mais concretamente, por via oral. Outras causas destacadas pelos autores são a monitorização dos parâmetros vitais, especificamente, a tensão arterial não invasiva, o reposicionamento no leito e a realização de cuidados de higiene no período noturno. Os procedimentos de enfermagem, quando realizados no período noturno, não respeitam as rotinas normais da pessoa, sendo a pessoa, sujeita a múltiplos despertares. Sempre que a situação clínica da pessoa o possibilite, os procedimentos devem ser repensados no sentido de providenciar bem-estar, conforto e hábitos de promoção do sono (Saldanã, et al., 2013).

Existem também fatores inerentes à pessoa que condicionam o padrão de sono e a qualidade, como a sua situação clínica, presença de dor, stress e ansiedade e dificuldade em comunicar ou mobilizar-se (Beltrami, et al., 2015 & Pisani, et al., 2015). Os doentes com doenças neurológicas, distúrbios do sono como a apneia obstrutiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), asma, obesidade ou com insuficiência cardíaca sistólica grave também apresentam fragmentação do sono e alteração da arquitetura do mesmo. Os doentes no pós-operatório imediato de grandes cirurgias apresentam redução dos estadios de sono, estadio 3 e REM (Pisani, et al., 2015). Verifica-se que a presença de dor é uma queixa frequente na pessoa em situação crítica que vai influenciar o padrão de sono e conseqüentemente a má qualidade do mesmo (Pisani, et al., 2015; Devlin, et al., 2018).

2.2.4 - Consequências da Privação do Sono

Como descrito anteriormente, existem múltiplos fatores que contribuem para a privação do sono, sendo que estes podem provocar conseqüências nefastas para a pessoa em situação crítica, como é possível verificar no quadro 3.

Quadro 3: Consequências da privação do sono

Consequências da privação do sono	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cognitivo <ul style="list-style-type: none"> • Perda de memória • Diminuição das habilidades de comunicação; • Diminuição da concentração; • Confusão e delírio; • Apatia; • Alterações do humor; • Irritabilidade • Ansiedade; • Depressão. ➤ Metabólico e endócrino <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do catabolismo; • Hiperglicemia; • Aumento da produção do cortisol. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Imunológico <ul style="list-style-type: none"> • Suscetibilidade à infecção; • Diminuição da produção de anticorpos; • Aumento dos parâmetros infecciosos. ➤ Desequilíbrio no Sistema simpático-parassimpático <ul style="list-style-type: none"> • Alteração da pressão arterial e frequência cardíaca; • Aumento do consumo de O₂; • Hipoxemia e Hipercapnia; • Aumento do trabalho respiratório. • Diminuição da eritropoiese. ➤ Agudização do estado clínico; ➤ Aumento dos dias de internamento; ➤ Aumento da morbidade e mortalidade.

Fonte: Elaboração própria

A gravidade destas consequências, é variável e depende do tempo em que a pessoa se encontra privada de sono, da idade, a motivação da mesma, a sua personalidade, bem como do ambiente que a rodeia (Marques, 2016).

Os doentes internados em unidades de medicina intensiva apresentam perturbações do sono podendo, assim, existir o agravamento da sua situação clínica, confusão, sentimentos de frustração e depressão. Os doentes com alteração do padrão de sono, apresentam mais sensibilidade à dor, sendo necessário o uso de mais analgésicos (Magalhães, & Mataruna, 2007).

Saldanã, et al., (2013), referem que a privação do sono apresenta consequências para a pessoa em situação crítica, a nível cognitivo, metabólico, imunológico e provoca desequilíbrio no sistema nervoso simpático-parassimpático. Relativamente a nível cognitivo pode existir perda de memória, diminuição das habilidades de comunicação,

diminuição da concentração, apatia, e pode ocorrer confusão e delírio; a nível metabólico e endócrino, as consequências referem-se a um aumento do catabolismo e hiperglicemia; a nível imunológico podem ocorrer alterações da resposta imunológica, maior suscetibilidade à infeção, diminuição da produção de anticorpos e aumento dos parâmetros inflamatórios; no que diz respeito às consequências inerentes ao desequilíbrio no sistema nervoso simpático-parassimpático, ocorre alteração da pressão arterial, alterações da frequência cardíaca, aumento do consumo de oxigénio, hipoxemia e hipercapnia e aumento do trabalho respiratório, fadiga muscular e diminuição da eritropoiese. Todas estas consequências relativamente à privação do sono, vão produzir na pessoa em situação crítica várias complicações, que podem levar a uma agudização do seu estado clínico, aumento dos dias de internamento, e por sua vez a um aumento da morbidade e mortalidade.

Magalhães, & Mataruna (2007), referem também, que crises de asma e acidentes vasculares cerebrais tendem a ocorrer mais durante a noite devido a perturbações do sono e que a privação do sono pode desencadear convulsões a pessoas com epilepsia.

Quando o doente se encontra no estadio de sono REM e é interrompido, podem existir sintomas de apatia, maior sensibilidade à dor, diminuição da concentração, irritabilidade e perturbações a nível mental e emocional. Quando a perturbação do sono é no estadio de sono NREM, pode verificar-se no doente um maior cansaço, diminuição das defesas do sistema imunitário e comprometimento da regeneração celular e das propriedades de renovação e reparação do doente (Pisani, et al., 2015).

Para que exista um controlo eficaz dos problemas associados à privação de sono é fundamental a promoção do sono no doente crítico, de forma a contribuir para a qualidade de vida dos mesmos e a diminuição das consequências causadas (Pisani, et al., 2015).

2.2.5 - Estratégias para a Promoção do Sono

Identificados os fatores que contribuem para a privação do sono, no ponto 2.2.3, importa, seguidamente, delinear estratégias promotoras do padrão de sono, com base na evidência científica mais atual.

A promoção do sono é fulcral na pessoa em situação crítica, pelo que é imprescindível promover estratégias, por parte da equipa de enfermagem, que promovam um padrão de sono de qualidade, de forma a possibilitar uma rápida recuperação do estado de saúde. É necessário existir um ambiente de parceria e cooperação entre a equipa multidisciplinar e de sensibilização para as práticas promotoras do sono e a sua importância, com vista a cuidados de excelência que contribuam para o bem-estar e conforto da pessoa cuidada (Beltrami, et al., 2015; Pisani, et al., 2015; Ding, et al., 2017).

Atendendo ao fator ambiental luminosidade, mencionado anteriormente, como estratégias, o enfermeiro deve regular a luminosidade junto da pessoa, com utilização do mínimo de luz, pelo que, quando é necessário abordar a mesma, deve diminuir a intensidade da luz na unidade ou ligar apenas as luzes indispensáveis, assim como facultar máscara para os olhos para proteger da luz. É recomendado à pessoa em situação crítica, o uso de máscara para os olhos, no entanto, o enfermeiro deve perguntar à pessoa se quer a máscara, removendo a mesma pela manhã. Deve-se atender a cada pessoa de forma individualizada, pelo que a máscara deve ser aplicada caso a pessoa concorde e a sua situação clínica assim o permita (Saldanã, et al., 2013; Pisani, et al., 2015; Beltrami, et al., 2015; Hu, et al., 2015; Ding, et al., 2017; Devlin, et al., 2018).

O ruído, como se referiu anteriormente, é destacado como o fator que mais perturba o padrão de sono. Deste modo, é imperativo o controlo do ruído no ambiente que rodeia a pessoa para que haja melhorias do conforto e bem-estar possibilitando períodos ininterruptos de sono. É recomendado à pessoa em situação crítica, o uso de tampões para os ouvidos, porém, o enfermeiro deve perguntar à pessoa, se a sua situação clínica permitir a sua participação/envolvimento na tomada de decisão, se quer os tampões, removendo os mesmos pela manhã. Ao utilizar os tampões, a pessoa tem menos despertares durante a noite e apresenta aumento do sono REM (Saldanã, et al., 2013; Pisani, et al., 2015; Beltrami, et al., 2015; Hu, et al., 2015; Ding, et al., 2017; Devlin, et al., 2018).

Relativamente às estratégias para a redução do ruído, estas passam por: Moderar as conversas entre a equipa multidisciplinar; o enfermeiro alertar os colegas para a importância do tom de voz mais moderado para o bem-estar do doente; Diminuir o som

do telefone da unidade quando começa o turno da noite; Ajustar os limites dos alarmes do monitor; Diminuir o volume do som do monitor; Verificar o transdutor da linha arterial e o correto funcionamento da mesma; Preparar a medicação em uso na bomba infusora atempadamente; Verificar o posicionamento das linhas de infusão de soros, bem como outras medicações, antes de o doente se preparar para dormir; Diminuir o volume de som da bomba infusora; Confirmar os parâmetros do Ventilador Não Invasivo (VNI) verificando se o doente está adaptado ao mesmo e ajustar o volume do alarme do VNI; Abrir as portas da UCint com moderação e alertar os colegas de outros serviços para a importância do controlo do ruído quando entram na unidade (Saldanã, et al., 2013; Beltrami, et al., 2015; Pisani, et al., 2015). Uma vez mais se destaca a importância para a consciencialização e reflexão por parte da equipa multidisciplinar para a relevância da redução do ruído no ambiente que a pessoa se encontra inserida.

Tendo em conta os fatores relacionados com as intervenções de enfermagem que interferem com o padrão de sono, mencionados no ponto 2.2.3, o enfermeiro deve avaliar o doente, de forma individualizada, e planear as intervenções no período noturno com o intuito de promover o padrão de sono, atendendo à sua situação clínica.

Caso haja impossibilidade de ajustar o horário da medicação, o enfermeiro, deve administrar a mesma com o menor ruído e estímulos à pessoa. A monitorização dos parâmetros vitais, especificamente, a tensão arterial não invasiva, também é um fator que interfere no padrão de sono, para tal, o enfermeiro deve, no período noturno, ajustar o intervalo da monitorização da tensão arterial, caso a situação clínica da pessoa assim o permita, evitar colheitas analíticas no período noturno e considerar a pertinência de avaliações de temperaturas timpânicas durante o período noturno. Outra estratégia, relacionada com os procedimentos de enfermagem, passa por evitar frequentes reposicionamentos no leito no período noturno, exceto quando assim se justifica, pelo que se deve reposicionar o doente antes de iniciar o processo para dormir, num decúbito confortável compatível para o período noturno, atendendo à sua situação clínica. Outros cuidados a evitar no período noturno, que interferem no padrão de sono, são os cuidados de conforto, como a higiene, higiene oral, limpeza ocular e cuidados com cateteres, exceto se a condição clínica assim o exija (Saldanã, et al., 2013; Hu, et al., 2015; Beltrami, et al., 2015; Pisani, et al., 2015).

Quando a pessoa em situação crítica apresenta fatores intrínsecos que interferem no padrão de sono, o enfermeiro pode delinear estratégias farmacológicas como, realizar alívio adequado da dor através de analgesia e gerir a mesma e administrar terapêutica indutora do sono, segundo prescrição médica. Existem estratégias não-farmacológicas que podem ser adotadas para a promoção do sono e conforto, nomeadamente, realizar técnicas de relaxamento, como musicoterapia com fones e escuta do som do oceano, realizar massagens de relaxamento, caso a pessoa concorde, e verificar se os lençóis se encontram limpos, secos e esticados sem pregas (Saldanã, et al., 2013; Beltrami, et al., 2015; Hu, et al., 2015; Pisani, et al., 2015).

A literatura menciona as técnicas de relaxamento como fundamentais para induzir o sono. Num estudo, realizado com pessoas em situação crítica em unidades de medicina intensiva, verificou-se a melhoria da qualidade e quantidade de sono quando as mesmas receberam uma massagem nas costas durante 6 minutos, antes de se prepararem para dormir. Foi possível também, analisar os efeitos da audição de música para a promoção do sono, verificando que os participantes do grupo de música, ao ouvir música antes de dormir, melhoravam a qualidade e quantidade de sono, comparativamente aos participantes que não ouviam música (Hu, et al., 2015).

2.3 – OBJETIVOS

O enfermeiro, ao Promover o Padrão de Sono da Pessoa em Situação Crítica, deve implementar estratégias em coordenação com a equipa multidisciplinar, para que as reais necessidades da pessoa sejam satisfeitas, promovendo o bem-estar e conforto físico, psico-espiritual, ambiental e social, tal como defende Kolcaba (Kolcaba, 2003).

Atendendo ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a, p.4), o enfermeiro especialista ao implementar estratégias na abordagem à pessoa com alterações no padrão de sono, está a atuar ao nível dos enunciados do presente regulamento, mais concretamente, na satisfação da Pessoa, uma vez que “o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica”; Na Promoção da Saúde; Na prevenção de complicações; e a nível do Bem-estar e o Auto-Cuidado, passando pela implementação

de intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar.

É imperativo uniformizar os cuidados de enfermagem e desenvolver linhas orientadoras que suportem a tomada de decisão dos enfermeiros, com vista à melhoria dos cuidados prestados. Segundo Ding, et al., (2017), é fulcral implementar protocolos em unidades de medicina intensiva com estratégias que permitam a promoção do sono. A implementação de uma Norma de Orientação Clínica (NOC), vai de encontro ao referido anteriormente.

Assim, foi delineado como objetivo geral: contribuir para a promoção do padrão de sono na pessoa em situação crítica internada na UCint do CHUA, e como objetivos específicos:

- Identificar qual a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para a privação do sono na pessoa em situação crítica internada na UCint;
- Consolidar os conhecimentos, da equipa de enfermagem da UCint, sobre a temática e as estratégias não-farmacológicas promotoras do sono na pessoa em situação crítica.
- Elaborar uma Norma de Orientação Clínica (NOC) sobre as medidas não-farmacológicas a adotar pelos enfermeiros para a promoção do sono.

2.4 – METODOLOGIA

Com base na fundamentação anteriormente descrita, o desenvolvimento de estratégias promotoras de um padrão de sono de qualidade da pessoa em situação crítica, constitui-se como um aspeto fundamental na prestação de cuidados de saúde, atendendo ao bem-estar e conforto através de um cuidado humanizado, contribuindo para a qualidade dos cuidados e segurança do doente. Na presente unidade verificou-se que não existia um instrumento de abordagem relativo à promoção do sono.

Foi realizada uma reunião informal com a Enf.^a Tutora para validar a temática de interesse, neste sentido, foi considerado um tema pertinente e de grande relevância para a unidade e para a pessoa em situação crítica. Obtida a validação, realizamos uma reunião formal com a Enf.^a Coordenadora e o Enf.^o Chefe da UCint e a Professora Orientadora. Todos os envolvidos validaram a temática e as intervenções propostas para

o mesmo. Importante salientar que, foi obtida validação pelo Diretor de Serviço da Urgência e pelos elementos da equipa médica da UCint.

Posteriormente, para que fosse possível a realização do projeto, foi solicitado pedido de parecer à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do CHUA – Faro (Anexo A). Só quando a Comissão de Ética e o Conselho de Administração do CHUA emitiram parecer positivo é que se iniciou o desenvolvimento do projeto.

2.4.1 – População Alvo

A população-alvo deste projeto de intervenção profissional foi a equipa de enfermagem da UCint, mais propriamente, 12 enfermeiros que reuniam as condições pré definidas, nomeadamente, os elementos da equipa de enfermagem que realizavam apenas turno da tarde (15:30h/00h) e da noite (23:30h/08:30h), considerados como aqueles que prestam cuidados à pessoa quando inicia o ciclo de sono e se encontra mais susceptível aos fatores que contribuem para a privação do mesmo.

No sentido de caracterizar os enfermeiros da UCint que integram o projeto procedeu-se à elaboração de um questionário (Apêndice B) e à sua entrega a estes profissionais para preenchimento. Este instrumento permitiu aferir por parte dos enfermeiros a pertinência da temática do projeto, bem como, obter dados de cariz sociodemográfico, e que se encontram na tabela 1, e gráficos de 1 a 5, assim como obter dados que serão apresentados no ponto 3.5 mais adiante.

Foi também validada de forma informal, através de diálogo na passagem de turno, a pertinência do tema com os elementos de enfermagem que realizam turno da manhã (08:00h/16h).

O questionário construído foi aplicado aos elementos da equipa de enfermagem já referidos, apenas após autorização da Comissão de Ética do CHUA.

O questionário foi aplicado em conjunto com o consentimento informado (apêndice C), no entanto foram entregues como dois documentos separados para garantir o anonimato e confidencialidade. O consentimento informado foi realizado de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, permitindo assegurar as orientações éticas em investigação, o consentimento informado, confidencialidade e anonimato.

Os dados obtidos, através da aplicação dos questionários aos enfermeiros foram processados em *Excel*.

Da análise dos dados verifica-se que a equipa de enfermagem é composta por 18 elementos, no entanto os questionários para aferir a pertinência da temática, foram aplicados aos enfermeiros do turno da Tarde e da Noite, como já referido. Assim, dos 18 enfermeiros, apenas 12 (66,7%) cumpriam o requisito proposto. Dos 12 enfermeiros, 100% realizaram o questionário e assinaram o consentimento informado.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros

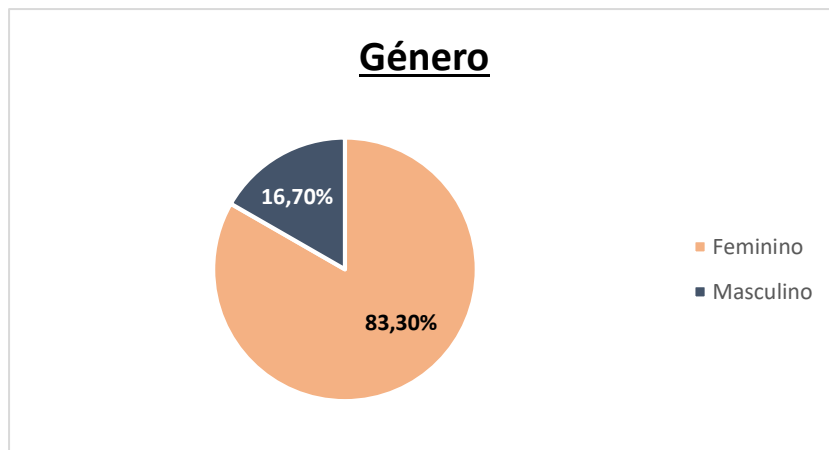
		Percentagem (%)
Faixa etária	> 25 anos - ≤ 30 anos	33,33 %
	> 30 anos - ≤ 35 anos	58,34 %
	> 35 anos - ≤ 40 anos	0%
	> 40 anos	8,33%
Género	Feminino	83,3 %
	Masculino	16,7%
Habilitações literárias	Licenciatura	100 %
	Pós – Graduação	41,67%
	➤ Gerontologia Social	20 %
	➤ Doente Crítico	20 %
	➤ Cuidados Intensivos	60 %
	Enfermeiro – Especialista	8,33%
Tempo exercício Profissional	➤ Médico-Cirúrgica	100 %
	≤ 5 anos	33,33 %
	≥ 5 anos - ≤10 anos	66,67%
Tempo de Prestação de	≤ 5 anos	75 %

Cuidados na UCint	≥ 5 anos - ≤ 10 anos	25%
--------------------------	----------------------	-----

Fonte: Elaboração própria

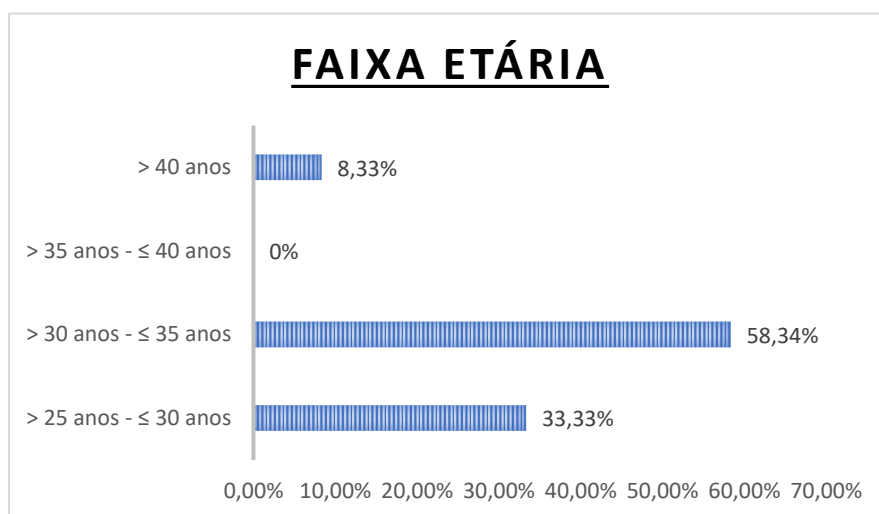
Através dos dados obtidos, pode-se constatar que, a maioria dos enfermeiros inquiridos é do género feminino (83,3%), sendo que apenas 16,7% é do género masculino (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Género dos enfermeiros inquiridos



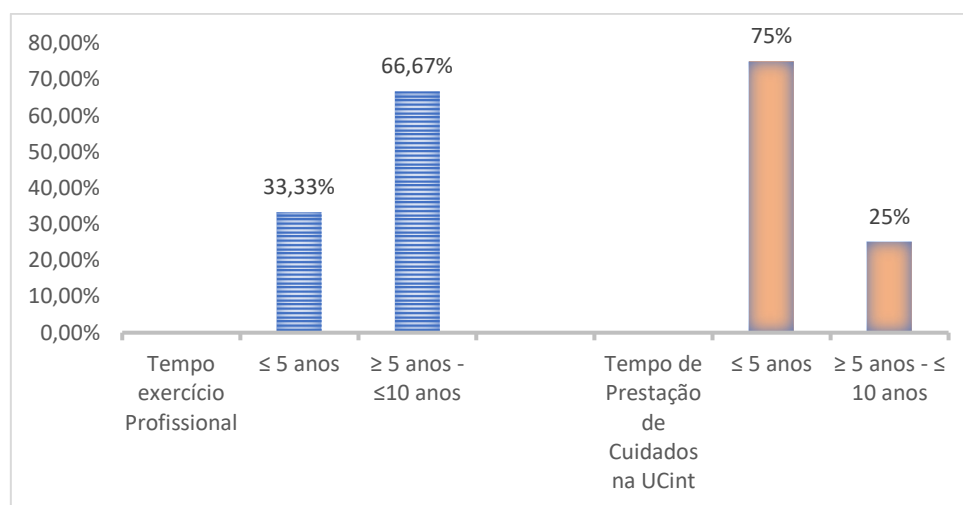
Fonte: Elaboração própria

Verifica-se, através do gráfico 2, que a faixa etária predominante se situa entre os 30 anos e os 35 anos (58,34%) e logo a seguir, com 33,33%, encontram-se os enfermeiros com idade compreendida entre os 25 e 30 anos de idade. Nenhum enfermeiro apresenta idade compreendida entre os 35 e 40 anos de idade e apenas 1 enfermeiro (8,33%), apresenta mais de 40 anos de idade. Pode assim concluir-se que se trata de uma equipa jovem.

Gráfico 2 – Faixa etária dos enfermeiros inquiridos

Fonte: Elaboração própria

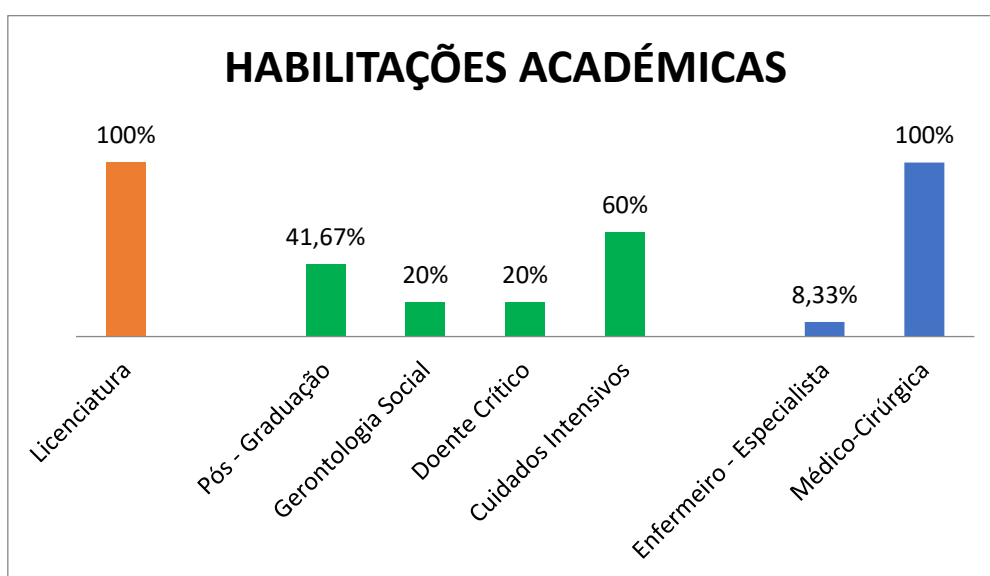
No gráfico 3, visualiza-se que, a maioria dos enfermeiros apresenta entre 5 a 10 anos de tempo de exercício profissional (66,67%), sendo que 33,33% dos enfermeiros possuem menos de 5 anos de tempo de exercício profissional. No entanto, relativamente ao tempo de Prestação de Cuidados na UCint, a maioria dos enfermeiros (75%) encontra-se no serviço há menos de 5 anos e apenas 25% dos enfermeiros se encontram em exercício de funções na unidade há mais de 5 anos (entre 5 e 10 anos de funções na UCint).

Gráfico 3 – Tempo de exercício profissional e tempo de prestação de cuidados dos enfermeiros inquiridos, da UCint

Fonte: Elaboração própria

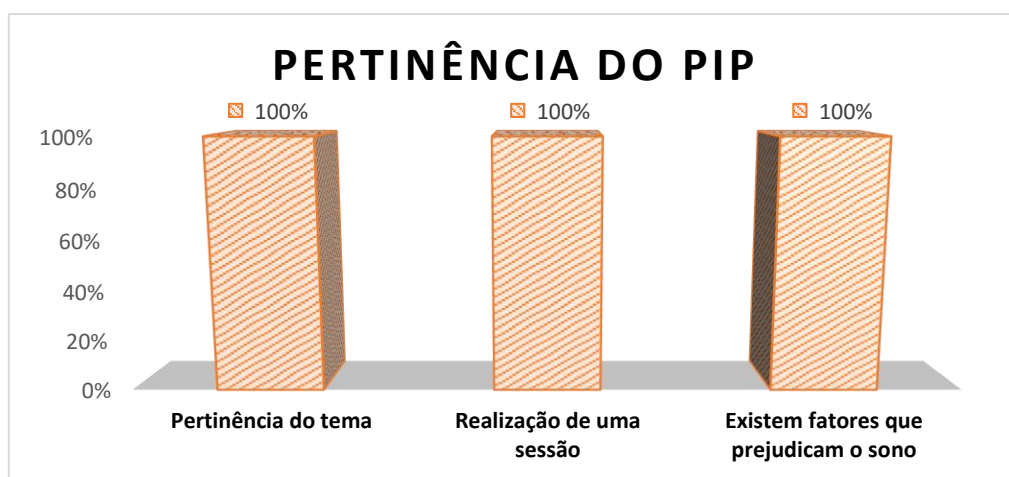
Relativamente às habilitações académicas dos enfermeiros inqueridos, pode-se apurar que 41,67% detêm Curso de Pós-Graduação, sendo que destes, 20% têm Pós-Graduação em Gerontologia (1 enfermeiro), 20% Pós-Graduação em Doente Crítico (1 enfermeiro) e finalmente, 60% dos enfermeiros apresentam Pós-Graduação em Cuidados Intensivos (3 enfermeiros). No que concerne a Enfermeiros com Especialidade, apenas 1 enfermeiro é especialista (8,33%), sendo detentor da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Habilitações académicas dos enfermeiros inqueridos



Fonte: Elaboração própria

Através da aplicação dos questionários para apurar a pertinência do tema junto dos enfermeiros, obtiveram-se os seguintes resultados (gráfico 5).

Gráfico 5 – Pertinência do PIP de acordo com a opinião dos enfermeiros

Fonte: Elaboração própria

- Todos os enfermeiros consideraram o tema alvo de estudo pertinente (100%);
- Foi considerado importante, por 100% dos enfermeiros, a realização de uma sessão de formação em serviço sobre a temática;
- 100% dos enfermeiros referiram que existem fatores que interferem com a qualidade do padrão de sono da pessoa em situação crítica na UCint.

Como já tinha sido referido anteriormente, é relevante o fato de não existir uniformização dos cuidados de enfermagem para a promoção do sono na pessoa em situação crítica na UCint e 100% dos enfermeiros inqueridos referirem que existem fatores na UCint que privam o sono, assim, neste sentido, emerge a necessidade de elaborar uma NOC sobre a Promoção do Sono (Apêndice D). Com os dados apresentados, surge também a necessidade de formação em serviço sobre a temática, relativamente às intervenções promotoras do sono a desenvolver em contexto da UCint (Apêndice E).

2.4.2 – Estratégias de Intervenção

Seguidamente serão apresentadas as estratégias de intervenção desenvolvidas para atingir os objetivos específicos que nos propomos no ponto 2.3. Ao definir

estratégias de intervenção para a promoção do sono na pessoa em situação crítica, cumpre-se um postulado reiterado pela teoria do conforto de Kolcaba, em que refere que,

As enfermeiras identificam necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, concebem medidas de conforto para abordar essas necessidades e procuram melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado (Tomey, & Alligood, 2002, p.486).

Serão apresentados os recursos humanos e materiais necessários, assim como os indicadores de avaliação. O cronograma final (Apêndice S) apresenta esquematizado o limite temporal de todas as atividades desenvolvidas.

Objetivo específico n. °1: Identificar qual a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para a privação do sono na pessoa em situação crítica internada na UCint.

Atividades desenvolvidas:

- Realização de um questionário, a aplicar aos enfermeiros, para identificar a sua perceção sobre os fatores que contribuem para a privação do sono da pessoa em situação crítica na UCint;
- Reunião informal com todos os elementos da equipa de enfermagem em vários momentos;
- Análise dos dados obtidos nos questionários aplicados aos enfermeiros inquiridos;
- Revisão Integrativa da literatura nas bases de dados científicas sobre os fatores que contribuem para a privação do sono na pessoa em situação crítica internada em medicina intensiva.

Recursos Humanos:	Enf. ^a tutora; Enf. ^a Coordenadora; Enf. ^o Chefe; Equipa de Enfermagem da UCint; Prof. ^a orientadora.
--------------------------	---

Recursos Materiais:	Bases de dados científicas; Material informático; papel para impressão.
----------------------------	---

Indicadores de Avaliação:

- Preenchimento dos questionários por pelo menos 70% dos enfermeiros participantes (n=12);
- Divulgação dos dados obtidos nos questionários aplicados aos enfermeiros inquiridos, com a discussão dos dados com base na evidência científica mais atual, à Enf.^a tutora, Enf.^a Coordenadora da UCInt, ao Enf.^o Chefe e elementos de enfermagem da UCInt;
- Proposta de aquisição de um Kit de conforto (máscara para os olhos e protetores de ouvidos) para oferecer à pessoa em situação crítica, sujeita a fatores que privam o sono na UCInt.

Objetivo específico n. °2: Consolidar os conhecimentos, da equipa de enfermagem da UCInt, sobre a temática e as estratégias não-farmacológicas promotoras do sono na pessoa em situação crítica.

Atividades desenvolvidas:

- Validação da sessão de formação em serviço sobre a temática junto da Prof. Orientadora, da Enf.^a tutora, da Enf.^a coordenadora da UCInt e do Enf.^o Chefe;
- Revisão integrativa da literatura relacionados com a temática;
- Diálogo com a Enf.^a responsável pela formação em serviço na UCInt e com a Enf.^a tutora para calendarização da sessão de formação em serviço;
- Marcação da sala de formação da UCIP para realização da sessão de formação em serviço;

- Realização de cartaz para divulgação da sessão de formação em serviço na UCint;
- Realização de uma sessão de formação em serviço intitulada de: “Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica”;
- Elaboração do plano de sessão da formação em serviço;
- Construção de um Algoritmo de abordagem à pessoa em Situação Crítica para a Promoção do Sono;
- Realização de questionário de avaliação da sessão de formação em serviço e do formador;
- Partilha de conhecimentos sobre a temática e a sua implicação na prática clínica após a sessão de formação em serviço.
- Partilha da sessão de formação em serviço na rede do computador de todos os enfermeiros da UCint.

Recursos Humanos:	Enf. ^a tutora; Enf. ^a Coordenadora; Enf. ^o Chefe; Equipa de Enfermagem da UCint; Prof. ^a orientadora.
Recursos Materiais:	Bases de dados científicas; Fontes primárias sobre a temática - Livros; Material informático; papel para impressão; Sala de formação da UCIP; Computador; Televisão.

Indicadores de Avaliação:

- Presença de pelo menos 50% dos enfermeiros da UCint na sessão de formação em serviço;
- Apresentação da proposta de NOC a todos os elementos presentes na sessão de formação em serviço;
- Preenchimento do questionário de avaliação da sessão por todos os elementos presentes na respetiva sessão;

- Acesso a todos os enfermeiros da UCint à formação em serviço no ambiente de trabalho do computador no serviço;
- Apresentação de um Algoritmo de abordagem à pessoa em Situação Crítica para a Promoção do Sono e de estratégias não-farmacológicas para a Promoção do Sono adaptadas ao contexto da UCint.

Objetivo específico n. °3: Elaborar uma Norma de Orientação Clínica (NOC) sobre as medidas não-farmacológicas a adotar pelos enfermeiros para a promoção do sono.

Atividades desenvolvidas:

- Revisão Integrativa da literatura nas bases de dados científicas sobre artigos e *guidelines* perante os cuidados de enfermagem para a Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica internada em serviços de medicina intensiva;
- Consulta do Guia de Boas práticas da Direção Geral da Saúde (DGS) para a elaboração da NOC;
- Elaboração da proposta de NOC, do algoritmo e das estratégias não-farmacológicas para a Promoção do Sono adaptadas ao contexto da UCint;
- Reunião formal com a Enf.^a tutora, a Enf.^a coordenadora, a Enf.^a responsável pela formação em serviço no SUP, o Enf.º Chefe e a Prof.^a orientadora a fim de analisar a proposta de NOC;
- Elaboração da proposta de NOC final com as sugestões de melhoria realizadas;
- Submissão da proposta de NOC para parecer do Conselho de Administração do CHUA-Faro.

Recursos Humanos:	Enf. ^a tutora; Enf. ^a Coordenadora; Enf. ^a responsável pela formação em serviço da SUP; Enf. ^o Chefe; Equipa de Enfermagem da UCint; Prof. ^a orientadora.
Recursos Materiais:	Bases de dados científicas; Fontes primárias sobre a temática - Livros; Material informático; papel para impressão; Computador.

Indicadores de Avaliação:

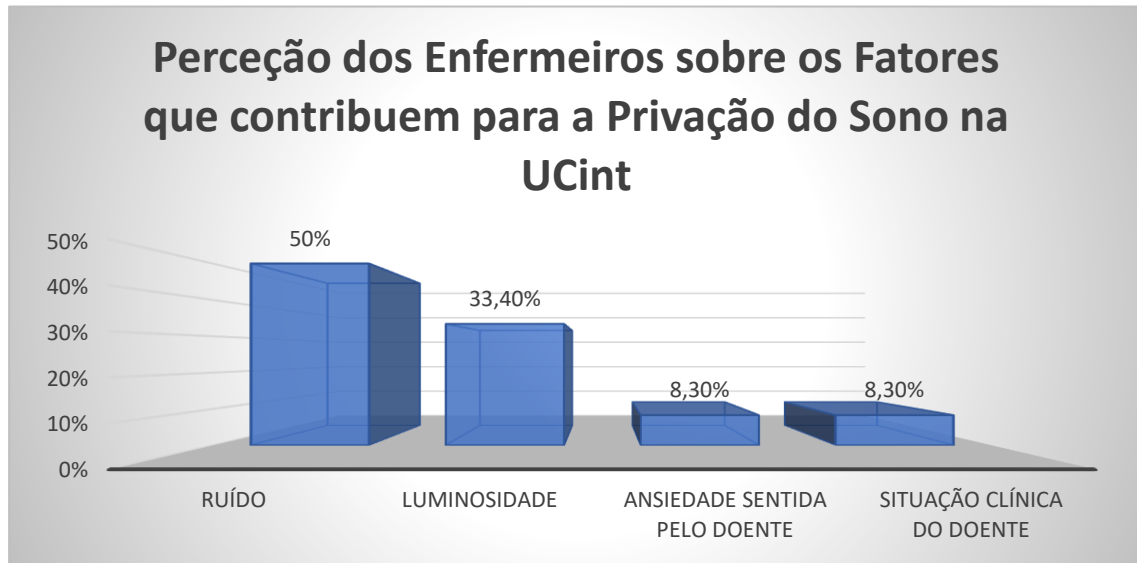
- Submissão da proposta de NOC ao Conselho de Administração do CHUA-Faro, após validação do Enf.^o Chefe da UCint e Supervisor do Departamento de Urgência e Emergência;
- Divulgação da proposta de NOC durante a sessão de formação em serviço aos elementos de enfermagem da UCint presentes, inclusive, Enf.^a Chefe, Enf.^a Coordenadora da SUP; Enf.^a responsável pela formação em serviço da SUP e Enf.^a tutora.

2.5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Para concretizar o objetivo específico: “Identificar qual a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para a privação na pessoa em situação crítica internada na UCint”, o questionário já mencionado e aplicado aos enfermeiros, permitiu também que os mesmos identificassem quais os fatores que na sua opinião, vão influenciar o padrão de sono da pessoa na UCint.

De forma a apresentar os resultados relativos aos dados mencionados, é apresentado um gráfico (gráfico 6) que evidencia a perceção dos enfermeiros.

Gráfico 6 – Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para a privação do sono da pessoa em situação crítica na UCInt



Fonte: Elaboração própria

Dos enfermeiros inquiridos, 50% identificaram o ruído como o principal fator que contribui para a privação do sono da pessoa em situação crítica na UCInt, 33,40% dos enfermeiros identificaram a luminosidade, 8,30% referiram como um fator a ansiedade sentida pelo doente e 8,30% referiu a situação clínica do doente.

Tal fato vem em concordância com o referido na literatura, em que o fator ambiental ruído é descrito como a principal causa perturbadora do sono da pessoa em situação crítica em unidades de medicina intensiva, nomeadamente, o diálogo entre a equipa multidisciplinar, alarme de monitores e de bombas infusoras, alarme do Ventilador Não Invasivo (VNI), o som do telefone e a abertura de portas (Saldanã, et al., 2014; Beltrami, et al., 2015; Pisani, et al., 2015; Almeida, et al., 2016; Ding, et al., 2017).

Os enfermeiros ao referirem o ruído como uma das causas que contribui para a privação do sono, identificaram a origem do mesmo na UCInt. Para tal, foi elaborado uma tabela (tabela 2) para apresentar os resultados.

Tabela 2 – Causas que contribuem para o Ruído na UCint – percepção dos enfermeiros

Percepção dos enfermeiros – Causas do Ruído

Ruído – 50%	Percentagem (%)
➤ Abertura de Portas	5,88%
➤ Entrada de Profissionais exteriores à unidade	23,52%
➤ Proximidade entre doentes	17,64%
➤ Admissão de doentes durante o turno da Noite	17,64%
➤ Alarme de monitores	23,52%
➤ Ruído de doentes agitados	11,76%

Fonte: Elaboração própria

Dos 50% dos enfermeiros que identificaram o ruído como um fator que privava o sono, mencionaram também as causas que consideram provocar o ruído. Através dos resultados da tabela 5, é possível verificar que os enfermeiros identificaram como causas do ruído durante o período noturno, a abertura de portas (5,88%), o ruído de doentes agitados (11,76%), a proximidade entre doentes (17,64%), a admissão de doentes durante o turno da noite (17,64%) e como principais causas a entrada de profissionais exteriores à unidade (23,52%) e o alarme de monitores (23,52%). A entrada de profissionais exteriores à unidade deve-se ao facto de elementos do SUP entrarem na UCint para terem acesso à máquina de gasometria ou terem acesso a medicação que não tenham em *stock*.

O controlo do ruído apresenta melhorias do conforto para a pessoa possibilitando períodos ininterruptos de sono. Para a pessoa em situação crítica, o ruído torna-se mais prejudicial quando estes estão remetidos ao leito, incapazes de comunicar e de mobilizar-se (Pisani, et al., 2015). Assim sendo, é recomendado à pessoa em

situação crítica, o uso de tampões para os ouvidos, uma vez que vai aumentar a duração do sono REM. O enfermeiro deve perguntar à pessoa se quer os tampões, removendo os mesmos pela manhã. Ao utilizar os tampões, a pessoa tem menos despertares durante a noite (Beltrami, et al., 2015).

Outro fator mencionado pela amostra de enfermeiros da UCint que vai influenciar o padrão de sono é a luminosidade, sendo referido por 33,40% dos mesmos. Ding, et al., (2017), Pisani, et al., (2015), Beltrami, et al., (2015) & Saldanã, et al., (2014), evidenciam que, a exposição à luminosidade é considerada como um fator bastante perturbador do sono, verificando-se que em unidades de medicina intensiva esta contribui, em grande escala, para a privação do sono. A luz é importante para regular o normal ritmo circadiano.

A ansiedade sentida pela pessoa em situação crítica e a sua situação clínica foram consideradas por 8,30%, respetivamente, pelos enfermeiros inquiridos, da UCint, como fatores que contribuíram para a privação do sono.

Existem fatores inerentes à pessoa que também condicionam o padrão de sono e a qualidade, como a sua situação clínica, presença de dor, *stress* e ansiedade e dificuldade em comunicar ou mobilizar-se (Saldanã, et al., 2014; Beltrami, et al., 2015; Pisani, et al., 2015; Almeida, et al., 2016; Ding, et al., 2017)

No estudo de Ding, et al., (2017), 57% dos doentes entrevistados referiram que os fatores psicológicos, especialmente ansiedade e causas emocionais vão influenciar o padrão de sono. 50% dos profissionais de saúde entrevistados identificaram o desconforto e a situação clínica do doente como fatores que influenciam o sono. Para Almeida, et al., (2016), os fatores que os enfermeiros identificaram como stressantes e perturbadores do sono da pessoa em situação crítica foram: “sentir medo de morrer”, “sentir dor”, “não conseguir dormir” e “não ter controle sobre si mesmo”. Os autores referem a importância de analisar os fatores que causam *stress* e preocupação à pessoa em situação crítica, mesmo que seja sob a visão da equipa de enfermagem, de modo a apresentar uma abordagem holística, contribuindo para a redução desses fatores, promovendo a melhoria do bem-estar da pessoa cuidada.

Um fator mencionado na literatura, que não é referido pelos enfermeiros inqueridos é a prestação de cuidados de enfermagem. Pisani, et al., (2015) referem que as intervenções de enfermagem são um dos fatores que interferem no padrão de sono, pelo que se deve avaliar a pessoa em situação crítica de forma individualizada, e planear as intervenções no período noturno, com o intuito de promover o padrão de sono, atendendo à sua situação clínica

Uma vez identificadas as perceções dos enfermeiros, sobre os fatores que perturbam o padrão de sono, foi necessário reunir para cada fator as intervenções de enfermagem com vista à promoção do sono, com base na evidência científica mais atual. As intervenções encontradas na revisão da literatura foram adaptadas para a UCInt tendo em conta o ambiente e recursos materiais (Quadro 4).

Quadro 4 – Intervenções de Enfermagem para a Promoção do Sono

<u>Intervenções de enfermagem para a promoção do sono</u>	
AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<u>Fatores extrínsecos</u>	
- Luminosidade	
1. Regular a luminosidade junto da pessoa, em que deve ser utilizado o mínimo de luz, quando é necessário abordar a mesma;	1. Regular os níveis de libertação de melatonina (excreção máxima à noite, pela ausência da luz);
2. Diminuir a intensidade da luz na unidade ou ligar apenas as luzes indispensáveis;	2. Permitir que a pessoa em situação crítica perceba que é noite e consiga iniciar o ciclo de sono;
3. Facultar máscara para os olhos para proteger da luz. (conforme máscara disponibilizada pela UCInt).	3. Caso a pessoa concorde, para reduzir ao máximo a luminosidade.
- Ruído	
1. Moderar as conversas entre a equipa multidisciplinar;	1. Diminuir o ruído junto das pessoas em situação crítica;
2. Alertar os colegas para a importância do tom de voz mais moderado para o bem-estar do doente;	
3. Facultar tampões para os ouvidos, caso o doente concorde. (conforme	3. Caso doente concorde, para diminuir ao máximo o ruído existente na unidade;

tampões disponibilizados pela UCInt);	
4. Abrir as portas da UCInt com moderação;	4. Evitar o ruído proveniente do exterior da unidade;
5. Abrir e fechar as portas lentamente;	
6. Alertar os colegas de outros serviços para a importância do controlo do ruído quando entram na unidade;	
7. Diminuir o som do telefone da unidade quando começa o turno da noite;	7. Evitar o despertar repentino do doente;
8. Ajustar os limites dos alarmes do monitor;	8. Diminuir o som dos alarmes de forma a que o enfermeiro consiga ouvir o som de igual forma e que não interfira no padrão de sono da pessoa;
9. Diminuir o volume do som do monitor;	
10. Verificar o transdutor da linha arterial e o correto funcionamento da mesma;	10. Evitar longos períodos do som do alarme;
11. Preparar a medicação em uso na bomba infusora atempadamente;	11. De forma a trocar rapidamente a medicação e evitar longos períodos de som do alarme;
12. Verificar o posicionamento das linhas de infusão de soros, bem como outras medicações, antes de o doente se preparar para dormir;	12. Evitar longos períodos do som do alarme;
13. Diminuir o volume de som da bomba infusora;	13. Diminuir o ruído na unidade;
14. Confirmar os parâmetros do VNI verificando se o doente está adaptado ao mesmo;	14. Proporcionar conforto ao doente para que consiga dormir;
15. Ajustar o volume do alarme do VNI;	
16. Ajustar o parâmetro do ventilador (<i>trigger</i>), conforme o doente se encontre calmo ou agitado;	
- Prestação de cuidados de enfermagem	
1. Modificar o horário da medicação (especialmente a medicação por via oral);	1. Evitar interromper o padrão de sono do doente;

2. Evitar colheitas analíticas no período noturno;	
3. Programar a monitorização da tensão arterial (caso não apresente linha arterial);	3. Conforme a necessidade e gravidade do doente, senão, optar por monitorizar no início e no final do turno da noite (1h e 6horas);
4. Considerar a pertinência de avaliações de temperaturas timpânicas durante o período noturno;	4. Conforme a necessidade do doente, senão, optar por o fazer no início do turno e no fim do turno (1h e 6h);
5. Evitar frequentes reposicionamentos no leito, no período noturno, exceto quando assim se justifica;	5. Proporcionar um decúbito confortável, de forma a promover o padrão de sono, atendendo à situação clínica do doente;
6. Reposicionar o doente, antes de iniciar o processo para dormir, num decúbito confortável compatível para o período noturno, atendendo à sua situação clínica;	
7. Evitar cuidados de conforto, como a higiene, higiene oral, limpeza ocular e cuidados com cateteres no período noturno, exceto se a condição clínica assim o exigir;	7. Respeitar o padrão de sono, durante o período noturno, de forma a evitar interromper o mesmo;
<u>Fatores intrínsecos</u>	
- Dor, Ansiedade e Desconforto	
1. Realizar alívio adequado da dor;	1. Contribuir para a qualidade de sono do doente;
2. Gerir analgesia;	
3. Realizar técnicas de relaxamento, como musicoterapia com fones e escuta do som do oceano;	3. Proporcionar conforto e bem-estar ao doente antes de iniciar o processo de dormir;
4. Realizar massagens de relaxamento;	4. Caso a pessoa concorde, realizar a massagem antes de se preparar para dormir. Vai aumentar a qualidade do sono;
5. Verificar se os lençóis se encontram limpos, secos e esticados sem pregas;	
6. Fornecer medicação para dormir (indutores de sono, antipsicóticos) se assim for necessário.	6. De forma a permitir gerir a qualidade e quantidade do sono, segundo prescrição médica.

Fonte: Elaboração própria

Segundo Beltrami, et al., (2015), a pessoa em situação crítica apresenta diversas alterações como resultado do processo de adaptação à unidade de medicina intensiva em que se encontra inserida, uma vez que se trata de um ambiente desconhecido, e se encontra privada da sua rotina habitual, submetida a constantes fatores que vão alterar o sono.

Tal evidência vem de encontro aos resultados apresentados através da percepção dos enfermeiros na UCint, pelo que é imperativo avaliar cada pessoa em situação crítica de forma individualizada e os fatores que interferem no padrão de sono de cada uma, estabelecendo um plano e delineando estratégias, com vista a promoção do sono.

Através da adoção de estratégias não-farmacológicas pela equipa de enfermagem é proporcionado conforto e bem-estar à pessoa, promovendo assim um padrão de sono de qualidade. (Kolcaba, 2003). Para Kolcaba, “o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem” (Tomey, & Alligood, 2002, p.486).

Os dados do questionário relativos à percepção dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para a privação do sono da pessoa em situação crítica na UCint foram apresentados em reunião formal à Enf.^a Coordenadora da UCint e ao Enf.^o Chefe. Foi referido que, segundo Demoule, et al., (2017), quando a pessoa em situação crítica era admitida num serviço de medicina intensiva, era oferecido um Kit de conforto com protetores para os ouvidos e uma máscara para os olhos, pelo que ao ser realizado um estudo sobre essa intervenção concluía-se que os doentes apresentavam um aumento do sono REM e melhoria da qualidade do sono. Através dos dados apresentados, relativos à percepção dos enfermeiros e da evidência científica mais atual, o Enf.^o Chefe e a Enf.^a Coordenadora, propuseram a criação de um Kit de conforto, com um par de protetores para os ouvidos e uma máscara para os olhos.

Os resultados dos dados obtidos através do questionário foram apresentados à equipa de enfermagem da UCint e com base nos mesmos, foram apresentadas estratégias não-farmacológicas promotoras da qualidade do sono adaptadas ao contexto da UCint.

Para concretizar o objetivo: “Consolidar os conhecimentos, da equipa de enfermagem da UCint, sobre a temática e as estratégias não-farmacológicas promotoras

do sono na pessoa em situação crítica”, uma das estratégias passou pela realização de uma sessão de formação em serviço (Apêndice E), com base na evidência científica mais atual sobre a temática, para apresentar a toda a equipa de Enfermagem da UCint. Foi elaborado também o plano de sessão (Apêndice F) e os questionários de avaliação da mesma (Apêndice G).

Segundo Gomes (2008), a partir da formação é possível obter resultados em três áreas do saber: *saber saber*, em que permite a aquisição de conhecimentos, bem como capacidades cognitivas; *saber fazer*, onde é adquirida a melhoria das capacidades motoras, que permitam um desempenho eficiente; *saber ser e estar*, em que permite a aquisição de melhoria de comportamentos e atitudes em relação ao tema abordado, adequando a sua função.

Evidencia Barbosa (2011), que a formação de profissionais é imprescindível no processo de mudança no contexto em que estão inseridos. É importante que surjam novas necessidades formativas. Devem ser fomentados os conhecimentos técnico-científicos, as capacidades e os comportamentos, para que haja uma maior diferenciação de recursos humanos e melhoria contínua. É assim imperativa a ocorrência de formação profissional contínua, que permita desenvolver competências e capacidades de toda a equipa, para que possam caminhar juntos em prol de melhores cuidados.

Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, é ele que “Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. Diagnostica necessidades formativas. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Avalia o impacto da formação” (OE, 2011a, p.8653).

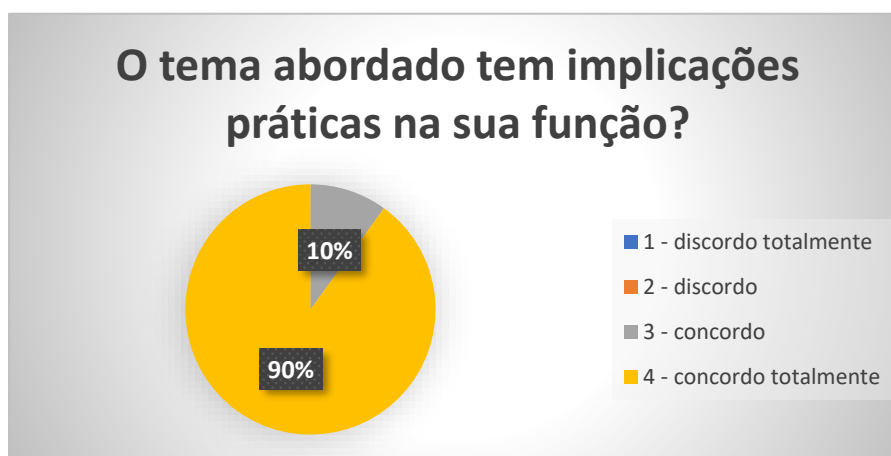
Foi realizada uma reunião formal com a Enf.^a Coordenadora da UCint, Enf.^a responsável pelo plano formativo da unidade, com o Enf.^o Chefe e a Enf.^a tutora para proceder ao agendamento e verificação da disponibilidade dos recursos necessários para a realização da sessão de formação em serviço.

Durante os turnos realizados na unidade foram realizados convites aos enfermeiros para participarem na sessão de formação em serviço, bem como a afixação de um cartaz de divulgação da mesma para chegar a informação ao máximo de

elementos (Apêndice H). A sessão de formação em serviço foi realizada na sala de reuniões da UCIP 1, sala destinada a apresentações. Na sessão estiveram presentes 10 enfermeiros (55,6%), contando para além destes, com a presença do Enf.º Chefe, Enf.^a coordenadora da SUP, Enf.^a responsável pela formação em serviço do SUP e da Enf.º Coordenadora da UCint. Os conteúdos abordados foram apresentados em formato informático *powerpoint*. Foi divulgada a proposta de NOC realizada, o algoritmo, bem como as intervenções a adotar por parte da equipa de enfermagem para a promoção do sono. No final da sessão foram discutidas dúvidas existentes e realizada partilha de conhecimentos. Momento, este, que foi bastante importante na retirada de elações entre a evidência científica sobre a temática e o resultado das perceções dos enfermeiros da UCint.

Através dos resultados obtidos nos Questionários de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço foi possível apurar a pertinência da temática abordada relativamente à implicação na prática clínica dos enfermeiros presentes na sessão. No gráfico seguinte (gráfico 7), é apresentado um resultado que realça o feedback da equipa de enfermagem, presente na sessão, em relação à pertinência da temática e a influência que terá na sua prestação de cuidados.

Gráfico 7 – Resposta dos enfermeiros sobre a implicação da temática apresentada



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à avaliação dos enfermeiros presentes na sessão de formação em serviço, sobre a formação, os dados encontram-se esquematizados na tabela 3:

Tabela 3: Avaliação dos enfermeiros sobre a formação em serviço

	1	2	3	4
Os objetivos da sessão foram claros	----	---	---	100%
O tema abordado tem implicações práticas na sua função	---	---	10%	90%
A tema da sessão correspondeu as suas expectativas	---	---	10%	90%
A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada	---	---	---	100%

(n = 10)

Legenda: 1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 - Concordo totalmente

(Fonte: Elaboração própria)

No que respeita à avaliação dos enfermeiros presentes na sessão de formação em serviço, sobre o formador, os dados encontram-se apresentados na tabela 4:

Tabela 4: Avaliação dos enfermeiros relativamente ao formador

	1	2	3	4
O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados	----	---	10%	90%
Demonstrou domínio do tema	---	---	---	100%
Criou um clima favorável à participação dos formandos	---	---	---	100%
Conseguiu esclarecer as dúvidas colocadas durante a sessão	---	---	---	100%

(n = 10)

Legenda: 1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 - Concordo totalmente

(Fonte: Elaboração própria)

Segundo Menoita (2011), a formação em serviço surge como forma de responder às necessidades de formação dos profissionais de uma equipa, no seu local de trabalho. Para os enfermeiros, a formação em serviço promove a análise e reflexão sobre a teoria, a prática diária e o meio em que estão inseridos com todas as variáveis, realçando a importância da execução de procedimentos e intervenções baseadas na evidência científica atual.

Para que todos os enfermeiros tivessem acesso à sessão de formação, foi criado uma plataforma digital no ambiente de trabalho do computador. Através desta estratégia, existiu um *feedback* positivo de 100% da equipa de enfermagem (n=18) sobre a pertinência da realização da sessão de formação bem como da NOC.

A elaboração da proposta de NOC (Apêndice D) obedece a um processo de seleção da revisão integrativa da literatura mais atual acerca da temática em questão, de forma a identificar quais os fatores que contribuem para a promoção do sono. Foi seguido como linha orientadora o *Guia de Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados* da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007). Os guias orientadores são considerados instrumentos de qualidade, pelo que os enfermeiros devem reger a sua prática baseada nestes, para que tornem os cuidados prestados, mais seguros e eficazes. Deve ser explicitado o nível de evidência científica que se encontra na base de cada recomendação da NOC (OE, 2007).

As NOC são um conjunto de recomendações, *guidelines*, elaboradas de forma sistematizada. A criação de uma NOC é imprescindível na abordagem da promoção do sono, tendo por base a evidência científica mais atual. Permite uniformizar os cuidados prestados à pessoa em situação crítica de forma a contribuir para a promoção do padrão de sono, apoiar a equipa de enfermagem na tomada de decisão, dissipando as incertezas e as vulnerabilidades, tornando a decisão mais simplificada (Santos, Azevedo, & Carneiro, 2015).

O processo ADAPTE (Anexo B) foi aplicado, uma vez que permite uma abordagem sistemática que possibilita adaptar a evidência científica dos artigos selecionados na NOC adaptada à literatura (ADAPTE, 2009).

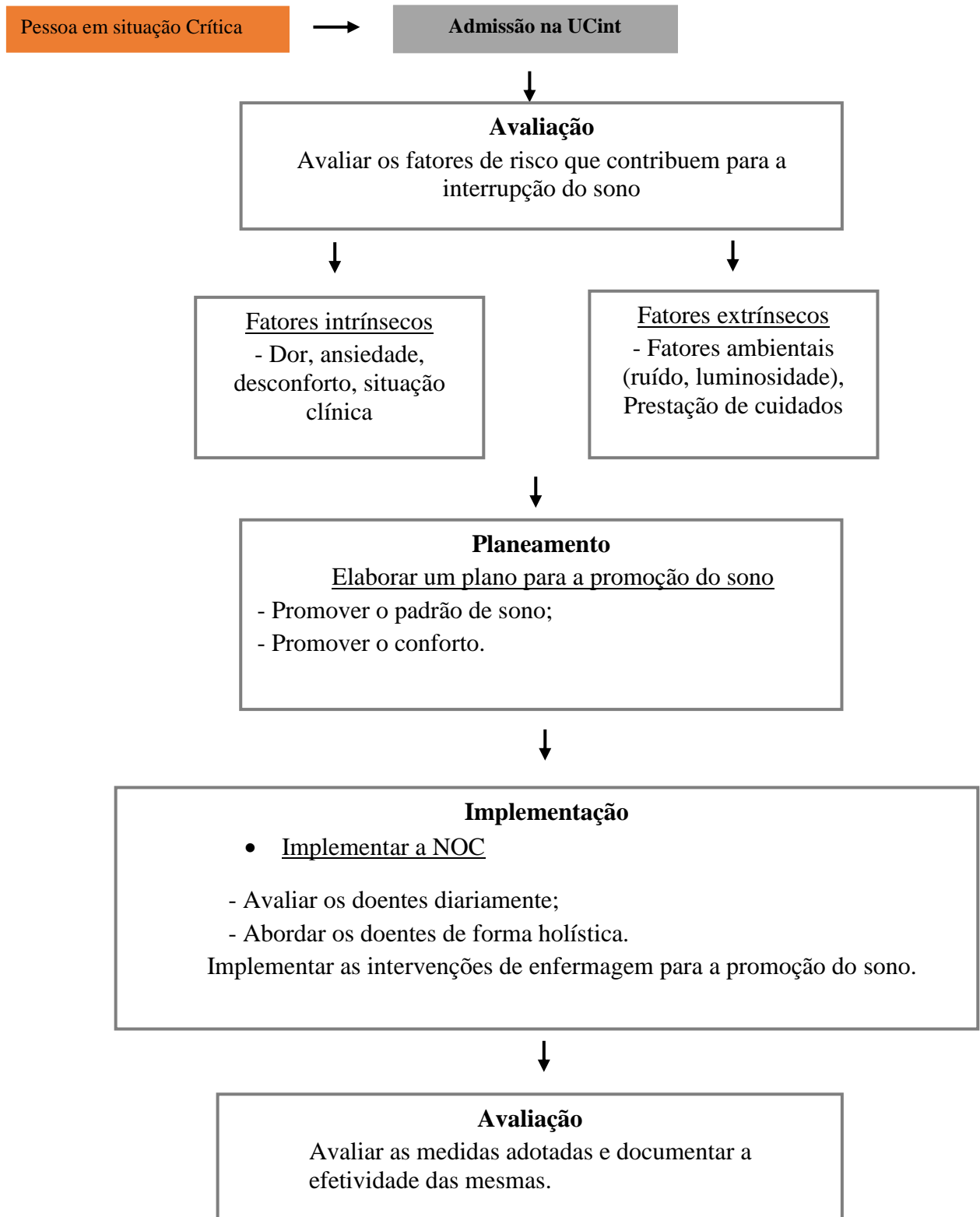
Foram definidas as seguintes questões de saúde, para a procura de evidência científica mais atual acerca da temática:

- **População** – Pessoa em situação crítica com alterações do padrão de sono;
- **Intervenção** – Intervenções de enfermagem que promovem o padrão de sono na pessoa em situação crítica;
- **Profissionais alvo** – Enfermeiros;
- **Resultados esperados** – Regularizar o padrão de sono, promover o ciclo vigila-sono, melhoria dos cuidados prestados, diminuição das consequências inerentes à privação de sono, diminuição da morbidade e os dos dias de internamento.

A elaboração da presente NOC apresentou como base a evidência científica mais atual, sendo integrados artigos científicos e *Guidelines*: El ruido y las actividades de enfermeira: factores perturbadores del sueño (Saldanhã, et al., 2013); Sono na Unidade de Terapia Intensiva (Beltrami, et al., 2015); *Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit (review)* (Hu, et al., 2015); *Sleep in the intensive Care Unit – Concise Clinical Review* (Pisani, et al., 2015); *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Imobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU* (Devlin, et al., 2018).

Posteriormente, a proposta de NOC foi revista pelo Enf.º Chefe da UCint/SUP, pela Enf.ª Coordenadora da UCint, pela Enf.ª responsável pela formação em serviço no SUP, uma vez que é reconhecida como um elemento de referência no seio da equipa e elemento dinamizador na criação de normas e procedimentos de enfermagem, pela Enf.ª Tutora e por elementos da equipa médica da UCint. Realizadas as alterações e melhorias sugeridas, a proposta de NOC foi entregue ao Enf.º Chefe, que ao apresentar funções de Enf.º Supervisor do Departamento de Urgência e Emergência, aprovou a mesma e fez o encaminhamento para o Conselho de Administração. Encontra-se em processo de aprovação. A proposta de NOC integra também um algoritmo de abordagem à pessoa em situação crítica para a promoção do sono. (Figura 2). O algoritmo foi desenvolvido, uma vez que esquematiza as recomendações da norma, agindo como um instrumento facilitador para a sua aplicação na prática clínica. Os algoritmos são um instrumento “simples, diretos e de fácil acesso; eles conferem uma visão completa do processo de cuidado, apresentando-se como mapas e servindo de guias para tomada de decisões (Cunha, Dutra, & Salomé, 2018, p.3).

Figura 2 - Algoritmo de abordagem à pessoa em Situação Crítica para a Promoção do Sono



Fonte: Elaboração própria

No final da realização do RE a proposta de NOC ainda se encontra em fase de autorização pelo Conselho de Administração, pelo que não foi possível apurar os resultados através da sua implementação. No entanto, na sessão de formação em serviço, foi possível apresentar a proposta de NOC, verificando que existe um *feedback* positivo pela equipa na sua utilização, bem como na colocação em prática das estratégias promotoras do sono.

2.6 - CONCLUSÃO

Os resultados apresentados, relativamente à perceção dos enfermeiros sobre os fatores que perturbam o padrão de sono da pessoa em situação crítica, permitiram retirar elações importantes para a justificação da pertinência da realização do PIP na UCint. Pelos dados obtidos, os enfermeiros consideram que na UCint, os fatores que perturbam o padrão de sono são o ruído, a iluminação e fatores intrínsecos à pessoa, como a ansiedade sentida e a sua situação clínica. Houve resultados semelhantes com os dados que integram a revisão integrativa sobre a temática, pelo que, foi explicitado na discussão dos resultados.

A pessoa em situação crítica, ao ser internada numa Unidade de medicina intensiva, como a UCint, vivência eventos assustadores e stressantes, não só pelo ambiente em que está inserida e pela monitorização invasiva, bem como pela incerteza face à situação, o que desencadeia sentimentos de fragilidade. Estas alterações provocam na pessoa, consequências nefastas para o seu bem-estar e por conseguinte, alterações no seu padrão de sono.

Através da perceção dos enfermeiros, conclui-se que existem múltiplos fatores que contribuem para a privação do sono da pessoa em situação crítica na UCint, pelo que é fulcral adotar estratégias promotoras do padrão de sono de qualidade por parte do enfermeiro e a elaboração de protocolos com vista à melhoria dos cuidados prestados e ao bem-estar da pessoa. Assim, a implementação da NOC, caso parecer positivo, seria um fator preponderante na tomada de decisão dos enfermeiros e na qualidade dos cuidados prestados. Foram delineadas recomendações e estratégias para a promoção do sono, com base na evidência científica mais atual, que toda a equipa de enfermagem reconheceu como importantes e extremamente útil.

Após a validação da proposta da NOC, podem-se desenvolver projetos no futuro e auditorias para melhorias da mesma.

Com a exposição do algoritmo de abordagem à Pessoa em Situação Crítica para a Promoção do Sono foi possível respeitar os pressupostos da teoria de Kolcaba, uma vez que, primeiramente foram analisados os fatores que interferem no padrão de sono e que vão apresentar consequências nefastas para a pessoa, posteriormente foram delineadas estratégias para a promoção do sono com o intuito final de promover conforto à pessoa em situação crítica (Kolcaba, 2003).

Não foi possível apresentar a sessão de formação em serviço a todos os elementos da equipa de enfermagem, sendo realizada apenas uma sessão devido a limitações temporais, no entanto foi facultada toda a informação para que toda a equipa tenha conhecimento e para que projetos futuros sejam delineados.

Ao longo do estágio final, foi possível verificar que os elementos da equipa de enfermagem reconheceram que a realização do PIP teve um impacto positivo na sua prestação de cuidados.

3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo irá ser realizada uma reflexão crítica e fundamentada acerca do processo de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EEEPSC e Competências de Mestre, ao longo do percurso formativo do Mestrado, incluindo o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e o Estágio Final.

Com o estágio, é pretendido que o estudante mobilize conhecimentos adquiridos ao longo do curso, de forma a desenvolver novas aptidões e competências para a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar situações de doença crítica e/ou falência orgânica. É ainda pretendido que o estudante adquira e consolide conhecimentos com vista a alcançar novas competências na sua formação, competências de mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crítica (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES], 2016).

O estágio final visa um ensino personalizado, baseado numa prática reflexiva e na pesquisa da evidência científica mais atual. É pretendido que o estudante desenvolva e aprofunde conhecimentos considerando os objetivos por si próprios delineados, no PE (Apêndice A) (AESES, 2016). Segundo, Simões, Alarcão & Costa (2008), na formação em enfermagem, o estágio é fundamental para o desenvolvimento das aprendizagens relativas à profissão, de forma a permitir a consolidação de conhecimentos e a reflexão da prática. A realização de um estágio apresenta um papel crucial na formação académica do enfermeiro, uma vez que, contribui para o enriquecimento pessoal e profissional, na consolidação de saberes e na aquisição de novos conhecimentos com vista a adquirir competências.

A aprendizagem em contexto de estágio permite integrar os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, integrar o contexto real da prática clínica, com base na evidência científica, de modo a que o enfermeiro possa melhorar a sua prestação de cuidados, potencializando, em enfermagem, ganhos em saúde (Catalão, 2016).

É definida como competência em Enfermagem, o conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, em que cada campo de intervenção apresenta

níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, de forma a poder mobilizar em contexto prático, revelados num conjunto de competências especializadas (OE, 2011a).

O aprofundamento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais origina um conjunto de competências especializadas. A aquisição do perfil de competências comuns e específicas pretende fornecer um enquadramento regulador e certificar as competências do enfermeiro especialista (OE, 2011a; OE, 2011b).

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se descritas no Regulamento n.º 122/2011 (OE, 2011a) e as competências específicas do EEEPSC descritas no Regulamento n.º 124/2011 (OE, 2011b). As competências de Mestre apresentadas vão de encontro ao que foi delineado para o presente mestrado (Instituto Politécnico de Setúbal, 2015, p.27), enquadradas no Decreto – Lei n.º 115/2013, que regula os regimes jurídicos do Ensino Superior.

Em 2018, foi publicado, em Diário da República, o novo Regulamento das Competências específicas do EEEPSC, com a nova denominação de Regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/291 de 16 de julho). O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista também é atualizado, sendo publicado em 2019 em Diário da república, o regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. O Curso de Mestrado em Associação decorreu tendo por base as competências constantes no regulamento n.º 122/2011 (OE, 2011a) e do regulamento n.º 124/2011 (OE, 2011b), pelo que a análise crítica e reflexiva será à luz dos mesmos.

Irá ser realizada uma análise crítica e reflexiva entre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do EEEPSC, e cada um dos seus domínios, com as Competências de Mestre, conforme for pertinente.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE

- **Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**
- **Competência de Mestre n.º 3**

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de Mestre n.º 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.

Ao longo do percurso académico do mestrado existiu sempre uma procura e demonstração constante de um exercício seguro, profissional e ético, com base na tomada de decisão ético-deontológica, norteadas por normas e valores que regem a profissão. Durante os estágios, foi possível colaborar, juntamente com a Enf.^a tutora na avaliação sistémica das melhores práticas, com base nas necessidades de cada pessoa em situação crítica.

Para desenvolver uma prática profissional com base nas normas e valores que regem a profissão, foi necessário consultar e realizar uma revisão do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). O REPE regulamenta o exercício profissional do enfermeiro, de forma a garantir que todo o exercício dos enfermeiros se desenvolva, salvaguardando os direitos e as normas deontológicas inerentes à profissão, bem como facultar a todos os doentes, cuidados de enfermagem de qualidade e excelência (Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro).

O REPE reconhece o enfermeiro possuindo “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade (...)” e o enfermeiro especialista é o profissional que apresenta “competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro, p.2960). Tanto os enfermeiros de cuidados gerais como os enfermeiros especialistas possuem competências regulamentadas pela OE, tendo como objetivo a excelência do cuidado às pessoas a quem prestam cuidados. Assim, o enfermeiro ao exercer as suas funções, deve adotar uma atitude responsável e ética, sempre com respeito pelos direitos e interesses legais dos outros (Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro).

Segundo o REPE (Lei n.º161/96, de 4 de setembro) a prestação de cuidados em enfermagem pode derivar de intervenções autónomas, iniciadas pelos enfermeiros através de um processo de autonomia e responsabilidade, ou de intervenções interdependentes, realizadas em parceria com outros grupos profissionais dentro da equipa multidisciplinar, tendo em consideração as competências de cada um.

Nunes (2004) evidencia que a ética em enfermagem se refere à capacidade de reflexão inerente ao agir dos enfermeiros, que resulta da reflexão das práticas de enfermagem, tendo em conta as situações que mais preocupam os profissionais e que originam questões aquando da prestação de cuidados.

Quando estamos perante as relações entre as pessoas e a atitude do enfermeiro para com os outros, abordamos a ética do cuidado. O enfermeiro, ao atuar numa perspectiva de ética do cuidado, é mais sensível às relações estabelecidas com os outros e as suas necessidades, sendo desde a primeira instância defensora do doente, resolvendo os problemas éticos que possam advir, com base no respeito e cuidado humanizado (Potter, & Perry, 2013) A humanização dos cuidados de enfermagem relaciona-se, pela ética em enfermagem, na relação estabelecida entre o doente e o enfermeiro, atendendo aos seus direitos e deveres (OE, 2012).

Quando se fala em humanização de cuidados, é importante realçar a filosofia de Lévinas, uma vez que aborda as relações humanas e relaciona com os cuidados em saúde pois, tendencialmente, segundo o autor, os enfermeiros esquecem-se que há sua

frente têm doentes e não doenças e que os cuidados de saúde envolvem muito mais que operações técnicas e tecnológicas. Neste sentido, Lévinas estabelece uma relação ética, onde existe o encontro de alteridades, de subjetividades, para que se possam relacionar sem perder a sua identidade. Existe uma relação intersubjetiva no processo de cuidar, em que, na relação do eu com o Outro, o profissional de saúde responde ao mandamento expresso no rosto do Outro, sendo que este é sempre transcendente ao profissional. Neste sentido, o cuidar em saúde é humano, pois trata-se de uma resposta tendo em conta o mandamento expresso no rosto do Outro, em que independentemente da patologia, o doente permanece uma alteridade, onde não é possível categorizar, objetivar e conceituar (Almeida, Chaves, & Brito, 2009).

Durante o estágio na UCint foram várias as situações que nos fizeram pensar e questionar sobre a atitude mais correta e ética a adotar. Todas as questões éticas levantadas foram debatidas com a Enf.^a tutora e com a equipa de enfermagem, quando oportuno. A partilha de experiências foram momentos enriquecedores e de crescimento pessoal e profissional.

Um das situações refere-se a uma doente jovem, admitida na UCint por Cetoacidose diabética, insulino dependente desde os 15 anos. Poderia ser uma situação comum a tantas outras, mas a pessoa apresentava uma doença genética rara, denominada por Osteogénese Imperfeita, o que lhe proporcionava uma maior dependência dos pais. As visitas apenas podiam ser uma de cada vez e atendendo a ser uma unidade *open space* com apenas 10 camas, deixar entrar outro familiar podia ser motivo de conflito para outras pessoas em situação crítica/pessoas significativas. No entanto, cada caso deve ser analisado e refletivo individualmente com uma abordagem holística.

Há ainda o dilema ético de que, na prática de enfermagem, a presença de familiares durante a prestação de cuidados possa fazer o enfermeiro sentir-se ameaçado ou observado. Segundo Deodato (2014), os enfermeiros tendem a sentir-se ameaçados quando a família está presente durante a prestação de cuidados, questionando-se muitas vezes se deve incluir o familiar ou não.

Para a doente, ter ambos os progenitores com ela seria um fator facilitador e de menos *stress*. Com a ajuda de ambos existia uma maior autonomia nas atividades de vida diárias.

Diariamente, na prática de enfermagem, os profissionais questionam-se e são confrontados com situações, as quais se tornam dilemas, pois necessitam de uma tomada de decisão fundamentada, formando problemas éticos. Fundamentar a decisão representa a justificação para si e para os outros do motivo da sua escolha, considerando o problema inicial e o fim que se pretende alcançar. Constitui uma demonstração da autonomia profissional, e sobretudo do sentido ético da prática profissional e do dever perante a proteção do Outro, das suas pessoas significativas e no respeito pela dignidade humana. (Deodato, 2014)

Através de uma reflexão crítica e fundamentada, analisando os valores e princípios em causa, pode-se encontrar uma solução, no entanto é necessário que seja fundamentada nos valores profissionais, deveres deontológicos e princípios éticos.

A decisão pode ser justificada tendo em conta os deveres deontológicos da profissão, uma vez que a deontologia surge como uma complexidade de regras e princípios que estruturam o agir por dever e obrigação (OE, 2015b).

A deontologia clarifica a pertinência e/ou necessidade que uma profissão tenha certas características e regras, constituindo o alicerce do seu exercício, objetivando como deverão as pessoas comportar-se na qualidade de membros de um determinado corpo social. A deontologia identifica práticas precisas de forma imperativa, preocupando-se com a correção da ação (OE, 2015b). A deontologia profissional dos enfermeiros está inscrita no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, especificamente no Capítulo VI do Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Os enfermeiros têm o dever de responder especificamente às necessidades de cada pessoa e a deontologia faculta orientações para avaliar a ação profissional, tendo em conta a dignidade profissional e a excelência do exercício. Quando o enfermeiro recorre a um dever deontológico para fundamentar a sua ação, centraliza a sua preocupação na pessoa e nos seus direitos (Deodato, 2014).

O enfermeiro é, juridicamente, um profissional autónomo que pratica a tomada

de decisão, formulando diagnósticos e decisões de cuidado tendo em conta os problemas identificados. O enfermeiro age de acordo com critérios do agir profissional, decorrentes da ética e deontologia de enfermagem (Deodato, 2014).

Para a resolução ética do nosso problema é imprescindível incorporar os princípios que contribuem para o respeito pela dignidade humana, pelas liberdades fundamentais e direitos humanos, conforme descrito na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005 (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2005). Para sustentar a nossa prática de cuidados e a nossa decisão, devem ser respeitados e aplicados os seguintes princípios éticos, descritos na Declaração mencionada: artigo 3º, Princípio da dignidade humana e direitos humanos, que refere que os direitos humanos, a dignidade humana, bem como as liberdades fundamentais devem ser respeitados, e mais diz que o bem-estar do doente e o seu interesse deve prevalecer sempre sobre o interesse da ciência ou sociedade; artigo 8º, Princípio pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, neste sentido, devem ser protegidos os indivíduos especificamente vulneráveis; 11º, Princípio da não discriminação e não estigmatização, refere que, nenhum indivíduo ou grupo deve ser submetido a violação, discriminação ou estigma no que diz respeito à sua dignidade humana, as liberdades fundamentais ou direitos humanos. Assim ao expressar a sua vontade e opinião, a doente deve ser respeitada e em caso algum discriminada por nenhum profissional de saúde (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005).

Atendendo aos princípios éticos, deve-se respeitar o superior interesse da doente em prol do seu bem-estar e integrar os pais nos cuidados. Deve-se respeitar os valores de cada família, sem interferir nos limites das outras pessoas em situação crítica/pessoas significativas presentes. Nesta situação, após estabilização hemodinâmica da doente, foram englobados os pais na prestação de cuidados pois estes são quem melhor conhece a doente, quem conhece os seus desejos, crenças e valores, existindo assim um ambiente harmonioso e de parceria de cuidados, com vista a contribuir para que os cuidados de saúde sejam de qualidade e excelência. Ao envolver os pais nos cuidados de enfermagem, os enfermeiros contribuem para a promoção da defesa da vida, a dignidade da pessoa e a sua autonomia.

Segundo Hanson (2005) a parceria de cuidados entre a equipa de enfermagem e a família, vai refletir-se na valorização da qualidade do atendimento durante o internamento do doente. Assim sendo, a intervenção de enfermagem deve promover a proximidade do doente e pessoas significativas, transmitir segurança, fornecer informações pertinentes, apoio e possibilitar o conforto, como Kolcaba defende.

Para cada dilema encontrado a resolução passou sempre por analisar os princípios éticos, os direitos humanos, fundamentar as nossas respostas através da evidência científica mais atual e ver cada pessoa como um ser individual e distinto dos demais, sem emitir juízos de valor, com respeito pela dignidade humana, de forma a desenvolver uma humanização dos cuidados de saúde. Estas resoluções de problemas éticos foram possíveis sempre em conjunto com a Enf.^a tutora através de inúmeras reuniões informais e diálogos permanentes.

É importante para a pessoa em situação crítica, quando se encontra internada, a presença da família e que exista uma parceria de cuidados, para que exista um equilíbrio psicológico, físico e moral, pois esta assim irá ter mais facilidade em comunicar todos os seus receios, dúvidas e medos. Devemos ver os pais, neste caso, como intermediários entre a pessoa e o enfermeiro.

Durante a realização dos estágios, a prática clínica passou por um cuidado personalizado e adequado às necessidades da pessoa, defendendo a vida e a sua dignidade, tendo em conta o artigo 102º, dos valores humanos, da deontologia profissional em enfermagem, onde o enfermeiro deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores (...)” (OE, 2015b).

Para que exista uma decisão fundamentada, com base na dimensão ética e deontológica, não podemos deixar de analisar também a dimensão jurídica. Segundo a Constituição da República Portuguesa (2 de abril de 1976 revista em 2005), artigo 2º, a lei garante o respeito pelos direitos das pessoas. Assim sendo, abordar os fundamentos de natureza jurídica é fundamental, pois os princípios e normas jurídicas estão inerentes a todos os profissionais e doentes, garantindo o funcionamento democrático da sociedade.

Importa referir que foram consultadas as normas e diretrizes dos locais de Estágio e o código ético do CHUA – Faro. Conhecer as regras pelo qual se rege o hospital é crucial para o desenvolvimento de projetos e orientar a nossa prática com base no local que nos acolhe e nas suas boas práticas. Para a realização do PIP foi realizado o pedido de parecer e autorização à comissão de ética e ao conselho de administração do CHUA – Faro. Só quando o pedido foi positivo é que se iniciaram as atividades propostas no projeto. Na realização dos questionários à equipa de enfermagem, os dados foram obtidos tendo por base os princípios éticos do anonimato e confidencialidade. Estes princípios estiveram sempre presentes aquando da realização de questionários de avaliação de sessões de formação. Foi sempre respeitada a dignidade de todos os elementos envolvidos.

Durante a realização do RE foi respeitada a utilização de informação ao ser colocada, devidamente, a referência bibliográfica.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

- **Competências do Domínio da Melhoria da Qualidade**
- **Competência de Mestre n. °5**

B - Domínio da Melhoria da Qualidade:

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Competência de Mestre n. °5:

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

Durante os estágios, foi necessário realizar uma revisão ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012) e ao Regulamento dos

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a), de forma a basear a nossa prática clínica em cuidados de qualidade e seguros.

O enfermeiro, na procura da excelência dos cuidados, contribui para a eficácia da organização dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2012). Para tal, devem existir fatores que proporcionem a qualidade dos cuidados, como a existência de um sistema de registos de enfermagem, o rácio de enfermeiros, conforme o regulamento das dotações seguras, a existência de formação contínua dos enfermeiros que promova a qualidade dos cuidados prestados e desenvolvimento profissional e a existência de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

O EEEPSC deve prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica através da procura contínua, observação, sistematização de dados, prevenção e deteção precoce de complicações para que exista uma intervenção rápida a fim de prestar os melhores cuidados. Devem também ser prestados cuidados especializados à pessoa vítima de catástrofe e ter uma intervenção diferenciada em situações de catástrofe ou de multi-vítima. O EEEPSC deve apresentar planos de melhoria de qualidade na área da prevenção e controlo de infeção. Assim serão garantidos, à pessoa em situação crítica, cuidados de enfermagem de qualidade e excelência (OE, 2015a).

O regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a), enaltece também que o EEEPSC é aquele que contribui para a prestação de cuidados seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica, sendo reconhecidos como elementos-chave no seio das equipas de enfermagem.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2015a, p.16), é definida qualidade em saúde a “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”. Mais refere que, devem ser adequados os cuidados de saúde em relação às necessidades e expectativas da pessoa. Encontra-se inserido no Plano Nacional da Saúde 2015-2020 que, de forma a melhorar os cuidados de saúde prestados, devem ser prestados cuidados de qualidade e seguro diariamente (DGS, 2015a).

Com base no que foi referido anteriormente e de forma a desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das estratégias na UCint, foi necessário, primeiramente, ter conhecimento das normas existentes de forma a adequar os cuidados de enfermagem tendo com conta a missão e valores do local de estágio. O mesmo se procedeu aquando da realização do estágio na UCIP.

Na UCIP foi necessário realizar entrevistas informais à Enf.^a tutora e à Enf.^a coordenadora de forma a ter conhecimento das necessidades formativas da unidade, delineando assim um projeto com pertinência para a mesma (Apêndice I). A proposta da Enf.^a Coordenadora foi a realização de uma proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem sobre *Decúbito Ventral no Doente sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)* (Apêndice J). Não existia uma norma sobre a temática na UCIP, pelo que foi pertinente a sua realização. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com base na evidência científica mais atual sobre o tema, com o objetivo de promover a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Neste sentido foi realizado um artigo científico intitulado: “*Decúbito Ventral no Doente sob Ventilação Mecânica Invasiva - Revisão Integrativa*” (Apêndice K).

Relativamente a este tema, foi realizada uma sessão de formação em serviço (Apêndice M) aos elementos de enfermagem da UCIP de forma a dar conhecimento da proposta de Norma e da evidência científica mais atual. A realização da proposta de norma foi de encontro ao descritivo *Satisfação do Cliente* (OE, 2015a, p.4), uma vez que, ao serem delineadas estratégias, o EEEPSC vai apresentar uma intervenção precisa e eficiente em tempo útil, através de trabalho de equipa multidisciplinar e de forma holística. Foi também respeitado o descritivo *A prevenção de complicações* (OE, 2015a, p.5) na realização da proposta de norma, pois a revisão integrativa da literatura sobre a temática envolveu rigor/técnico científico para a elaboração das estratégias. Ao adotar a norma, o enfermeiro especialista está a prevenir complicações na pessoa em situação crítica com SDRA.

Ao detetar que a pessoa em situação crítica sob VMI apresenta SDRA e é colocado, em decúbito ventral, está a proporcionar-se conforto à pessoa como Kolcaba defende, uma vez que após ser detetado o problema (pessoa com SDRA), delineou-se uma estratégia para proporcionar conforto e melhoria da situação clínica (decúbito ventral), apresentando assim um impacto positivo na pessoa.

Durante o estágio final foi realizado um PIP, com vista à promoção do sono da pessoa em situação crítica e melhoria do seu bem-estar e conforto. O PIP tem como tema “A Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica”. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura mais atual sobre a temática e elaborado um artigo científico (Apêndice M). Foi consultado o guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013). De forma a dar resposta às necessidades específicas de um projeto de enfermagem, deve-se: identificar e descrever o problema; Perceber o problema; Formular objetivos iniciais; Perceber as causas, não só através de evidência científica, mas também pelo problema identificado na unidade; Planear e executar as intervenções delineadas e verificar os resultados (OE, 2013).

Um dos objetivos do PIP era contribuir para a promoção do padrão de sono na pessoa em situação crítica internada na UCint do CHUA, para tal, foi realizada uma proposta de NOC (Apêndice D). O enfermeiro, na tomada de decisão, engloba os resultados da investigação na sua prestação de cuidados. Para a elaboração da NOC recorremos à evidência científica mais atual através de artigos científicos e *guidelines* sobre a temática, sendo também consultado o guia orientador de boas práticas da OE (OE, 2007).

A realização da proposta de NOC é fulcral para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, uma vez que permitirá implementar estratégias não farmacológicas, potenciando as intervenções autónomas do enfermeiro (OE, 2012). Foi realizada uma sessão de formação em serviço sobre a temática (Apêndice E) e foram aplicados questionários de avaliação da sessão (Apêndice G). Tal intervenção vem de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista, uma vez que este é quem “Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. Diagnostica necessidades formativas. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Avalia o impacto da formação” (OE, 2011^a, p. 8653).

Com base no pressuposto anterior, verificou-se que tanto na UCIP como na UCint, favorecem a aprendizagem da equipa de enfermagem, uma vez que são realizados planos de formação anuais, com base no diagnóstico das necessidades

formativas. Existem também elos de ligação em diversas áreas, nomeadamente, elo de ligação da prevenção e controlo de infeção, que são elementos dinamizadores pela implementação de projetos de qualidade baseados na evidência científica mais atual.

De acordo com Lake (2002), um ambiente da prática de enfermagem favorável engloba a garantia da autonomia profissional, a dotação de enfermeiros adequada, governação partilhada, nomeadamente, na tomada de decisão, a presença de boas relações profissionais, programas de formação contínua, lideranças de enfermagem, gestão eficiente e a compreensão do estatuto dos enfermeiros na hierarquia do hospital.

Na área da prevenção e controlo da infeção, foi delineado como necessidade formativa na UCint, uma sessão de formação sobre as medidas adicionais de isolamento à equipa de enfermagem (Apêndice N). Na UCint, devido ao seu formato de *open space*, existe sempre a necessidade de encontrar a melhor estratégia para colocar a pessoa em situação crítica com necessidade de medidas adicionais de isolamento, de forma a diminuir os riscos de infeção cruzada. Neste sentido, para rever quais as medidas a adotar em cada isolamento adicional, foram delineadas estratégias apresentadas na sessão, dirigidas à realidade da UCint. Foi realizado um cartaz a mencionar os isolamentos adicionais e as medidas a adotar perante cada um (Apêndice O). O cartaz foi plastificado de forma a ser desinfetado corretamente e de fácil manuseio. Foram elaborados dois cartazes sendo colocados por cima do espaço para a realização da higiene das mãos. Foi notório que após a realização da sessão de formação, a equipa de enfermagem consultava-nos para retirar dúvidas. Foi possível delinear estratégias em equipa, agindo assim na capacitação da equipa de enfermagem na área da prevenção e controlo da infeção nos cuidados à pessoa em situação crítica (OE, 2015a).

Na UCint foi possível colaborar com a Enf.^a coordenadora, no sentido de realizar melhorias nos Kit's existentes para a realização de técnicas invasivas, nomeadamente, kit para colocação de cateter arterial, Kit para colocação de cateter venoso central e Kit para colocação de drenagem torácica. Foram realizados novos documentos para a verificação dos Kit, com base nas anteriores, e atualizadas as listas com os materiais que devem constar em cada kit.

Relativamente à existência de EEEPSC na UCint, verificou-se que é inferior ao que é preconizado. Em conversa informal com a Enf.^a tutora, tal fato deve-se à existência de poucos enfermeiros com a referida especialidade no CHUA – Faro.

Com o intuito de prestar os melhores cuidados à pessoa em situação crítica é necessário renovar o conhecimento e participar em congressos para conhecer outras práticas existentes, através da partilha de experiências e com base na evidência científica mais atual. Para tal, participámos no III Congresso da Secção Regional do Sul nos dias 5 e 6 de dezembro de 2018 em Faro (Anexo C) e no *Workshop* de Oxigenioterapia de Alto Fluxo no dia 4 de dezembro (Anexo D). No âmbito do congresso foram realizados e apresentados dois posteres científicos (Apêndice P) intitulados de - *Abordagem ABCDE na Pessoa com Cetoacidose Diabética – caso fictício*; *A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva*. Os certificados da apresentação dos posteres encontram-se no Anexo E.

Tanto a UCIP como a UCint apresentam múltiplas normas de abordagem à pessoa em situação crítica. Foram sempre consultadas e discutidas com a Enf.^a tutora para melhor compreensão, bem como realizada pesquisa acerca da evidência científica mais atual para refletir criticamente sobre as mesmas. É importante consultar as normas existentes para que os cuidados de enfermagem sejam adequados e dirigidos à pessoa com precisão e qualidade. De forma a prestar cuidados de excelência à pessoa em situação crítica, foram realizados os cursos certificados de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo (DAE) (Anexo F) e o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo G), durante o decorrer do Curso de Mestrado

Segundo a OE (2015a), a existência de um sistema de registos de enfermagem direcionada para as necessidades da pessoa em situação crítica, vai proporcionar cuidados de excelência e de qualidade. Na UCint, os registos de enfermagem são realizados no sistema informático *B-ICU care*, um sistema informático fácil de utilizar. Em diálogo com a equipa de enfermagem, reconheciam o mesmo como sendo útil e sistematizado.

Nos estágios foi possível registar o balanço hídrico da pessoa em situação crítica. Na UCIP existia um impresso próprio, de cada pessoa em situação crítica, ficando este disponível na mesa de apoio da unidade da pessoa, em que só os

profissionais de saúde tinham acesso. Era um instrumento importante e de fácil consulta para dirigir os melhores cuidados à pessoa em situação crítica e detetar atempadamente possíveis complicações. Inicialmente existiam dúvidas na sua realização, mas foram sempre esclarecidas com a Enf.^a tutora.

A passagem de turno é um momento importante e que permite a continuidade de cuidados de enfermagem especializados (OE, 2015a). Na UCint, não existia um documento próprio para auxiliar na transmissão de dados. No início era um desafio a passagem de turno, mas através de diálogo com a Enf.^a Tutora foi proposta uma estratégia para realizar a passagem de turno de forma eficaz. Assim sendo, foi utilizada a abordagem ABCDE (A. *Airway*; B. *Breathing*; C. *Circulation*; D. *Disability*; E. *Expose/Environment*) para a transmissão da informação de forma sintetizada acerca da pessoa em situação crítica. Assim rapidamente a dificuldade sentida foi ultrapassada e a passagem de turno foi realizada eficazmente permitindo promover a qualidade e continuidade dos cuidados.

No que concerne à atuação do enfermeiro especialista em situações de catástrofe e atendimento a multivítimas foi realizada pesquisa bibliográfica, realizadas reuniões com a Enf.^a tutora para retirar dúvidas, e consultado o plano de catástrofe do CHUA-Faro. Foi possível refletir e compreender o plano de catástrofe para cada unidade, UCIP e UCint. Foi desenvolvido um trabalho sobre esta temática (Apêndice Q). O documento elaborado denomina-se “Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA – Faro para o Serviço de Medicina 2B”. Foi escolhido o serviço de Medicina 2B, pois faz parte do plano de ação do plano de catástrofe do CHUA – FARO. Com o intuito de prestar cuidados seguros e de qualidade em situações de catástrofe e atendimento a multivítimas, foi realizado o curso certificado de Trauma – *International Trauma Life Support* (ITLS) (Anexo H), no âmbito do Curso de Mestrado.

Segundo a OE (2012), na prestação de cuidados de enfermagem, é importante que os enfermeiros tenham em conta a intervenção existente entre o ambiente e a pessoa, respeitando a mesma. A prestação de cuidados deve ter por base uma relação terapêutica caracterizando-se pela relação de parceria com a pessoa em situação crítica, respeitando as suas capacidades, necessidades e valorizando a sua intervenção (OE, 2012). Neste sentido, foi necessário compreender a importância de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança para nós, para a pessoa e a

equipa multiprofissional, envolto em bem-estar e gerindo o risco. Na UCIP e na UCint a terapêutica a administrar era muito específica, muita da qual não havia conhecimento prévio, assim foi necessário realizar pesquisa bibliográfica e questionar a Enf.^a tutora aquando a sua preparação e administração, gerindo um ambiente de segurança para a pessoa e para nós. Foi sempre realizada reflexão sobre a importância da terapêutica administrada, tendo em conta a pessoa e a sua situação, e compreendida a gestão da administração da terapêutica de forma segura, com base na Orientação n.º 14/2015 da DGS (2015b).

É imperativo que o enfermeiro especialista suporte a sua prática profissional na evidência científica mais atual, de forma a prestar cuidados seguros e de qualidade. A pessoa cuidada deve ser vista como um ser individual e de forma holística, com consciência pela sua identidade cultural, valores e crenças.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

- **Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados**
- **Competência de Mestre n.º 1**

C – Domínio da Gestão dos Cuidados:

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados

Competência de Mestre n.º 1:

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

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho, em que, através da distribuição dos enfermeiros pelas pessoas em situação crítica, o enfermeiro é responsável pela gestão de cuidados ao número de pessoas atribuídas.

Ao longo de todo o processo da gestão de cuidados à pessoa em situação crítica, foi possível, com a supervisão da Enf.^a tutora, avaliar, identificar os diagnósticos de enfermagem e monitoriza-los, administrar a medicação de acordo com o conhecimento científico acerca da mesma, nomeadamente, dos efeitos secundários possíveis, estando alerta para os riscos. Foram assim utilizadas “metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade” (OE, 2015a, p.8). Foi possível respeitar a privacidade da pessoa, intervindo eticamente e de acordo com a deontologia da profissão, tudo isto numa articulação e trabalho em equipa com os demais profissionais assim como com a pessoa cuidada e a família.

No seio da equipa existe o enfermeiro responsável de turno, cabendo a este realizar a referida distribuição, a responsabilidade dos cuidados, dando primazia à liderança, comunicação e supervisão da equipa no sentido de ajudar a mesma a reconhecer as suas obrigações e executá-las tendo em conta as suas capacidades (Costa, 1999).

Na UCint, a Enf.^a tutora era muitas vezes responsável de turno, cabendo à mesma, para além da prestação de cuidados, a gestão dos recursos humanos e materiais, a capacitação e liderança da equipa. Neste sentido foi possível compreender e refletir acerca da importância do enfermeiro responsável de turno, bem como realizar as funções inerentes ao mesmo. Deste modo foi possível assegurar a premissa que, “o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2015a, p.8) A UCint apresenta uma grande rotatividade de pessoas em situação crítica, sendo necessário apresentar capacidade de gestão e liderança da equipa. Neste sentido, foi possível participar ativamente com a Enf.^a tutora nesse processo de gestão. Ocorreram situações em que havia uma pessoa em situação crítica na sala de reanimação a realizar VNI à espera de ser admitida na unidade por indicação médica, e colegas a ligar do recobro com indicação médica de transferir um doente. Enquanto a unidade não apresentava vagas, aguardava a existência de vagas nos serviços de internamento, pelo que era necessário, uma grande capacidade

de liderança e organização do serviço, de modo a garantir cuidados seguros. Em colaboração com a Enf.^a tutora foi possível capacitar a equipa na gestão de prioridades, contactar os serviços de internamento para agilizar as transferências de forma a coordenar as entradas e saídas da unidade.

Sempre que oportuno foram esclarecidas dúvidas com a Enf.^a tutora assim como realizar pesquisa bibliográfica que sustente a gestão dos cuidados do enfermeiro responsável de turno. O ambiente acolhedor e de cooperação por parte da equipa de enfermagem e da Enf.^a tutora permitiram a aquisição desta competência.

O Enf.^o Chefe da UCint partilhava também a chefia do SUP, por tal motivo e para compreender a gestão envolvente, foi realizado um turno com o mesmo. Foi também realizado um turno com a Enf.^a coordenadora da UCint, ficando exclusivamente afeta a observar a gestão dos recursos humanos e materiais. O SUP encontra-se dividido por equipas e cada equipa apresenta um chefe de equipa, assim cabe a este, exclusivamente a gestão e coordenação durante o turno. Neste sentido, foi realizado um turno de observação com um elemento chefe de equipa do SUP. Foram esclarecidas dúvidas, quando existentes nos vários momentos de observação.

O Enf.^o gestor é aquele que detém conhecimentos específicos na área da gestão de enfermagem, com competências no domínio na gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais, gestão de conflitos, segurança de cuidados, desenvolvimento profissional e gestão do risco clínico e não clínico. O enfermeiro gestor é reconhecido como um elo de ligação na articulação entre a equipa que lidera, com vista a garantir o que é preconizado no Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2015c).

Ao realizar a proposta de NOC sobre a Promoção do sono na pessoa em situação crítica, foi sugerido ao Enf.^o Chefe a realização de um Kit de conforto, composto por máscara para os olhos e protetores para os ouvidos. Este Kit deveria ser oferecido à pessoa sujeita a fatores que privam o sono. Aquando a realização do RE, ainda não se havia conseguido reunir o Kit.

A equipa multidisciplinar da UCint permitiu uma rápida adaptação e integração no seu seio, contribuindo como facilitador para a prática de cuidados exercidos. Foram sempre respeitadas as intervenções inerentes a cada elemento das equipas, conforme as

suas competências, permitindo cooperar e prestar cuidados em parceria em prol da pessoa em situação crítica. No turno da manhã existia uma visita médica a cada pessoa em situação crítica, em que como enfermeiros responsáveis pela pessoa atribuída, participávamos ativamente na referida visita. Neste sentido, foi possível colaborar em conjunto com a equipa multidisciplinar em tomadas de decisão.

Aquando da realização da proposta da NOC foi possível refletir em conjunto com a equipa médica e de enfermagem, sendo reconhecida a importância da implementação da mesma e de estratégias não-farmacológicas. Como elementos dinamizadores da realização do PIP foi possível a gestão de todo o processo, incluindo a conceção do mesmo, gestão dos recursos existentes, planeamento e desenvolvimento. Foi realizado um cronograma das atividades realizadas no estágio final (Apêndice R).

Durante o estágio final foram consultadas normas existentes e legislação que suportem a prática clínica, de forma a prestar cuidados de seguros e de qualidade e que suportem uma gestão de excelência dos cuidados de saúde.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

- **Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**
- **Competências de Mestre n. °2, n. °4 e n. °6**

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:

D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de Conhecimento.

Competência de Mestre n. °2:

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

Competência de Mestre n.º 4:

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

Competência de Mestre n.º 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.

Durante o estágio final, existiu sempre uma procura pela auto-reflexão crítica dos próprios recursos e limites pessoais e profissionais. Sempre que estava perante uma situação nunca vivenciada anteriormente, procurava na Enf.^a tutora momentos de reflexão e de aprendizagem de forma a não colocar em risco a pessoa em situação crítica.

Existiram alguns momentos de dúvida acerca da melhor abordagem a ter de forma a promover uma resposta rápida à pessoa em situação crítica, nomeadamente no que respeita à gestão de medicação e manutenção dos recursos materiais. Tais dúvidas e receios eram relativos à panóplia de eventos nunca antes vivenciados profissionalmente, e que por isso, necessitam de reflexão pessoal em busca da melhor resposta para com a pessoa cuidada, com a família e no seio da equipa multidisciplinar. Assim sendo, e de forma a colmatar inseguranças sentidas inicialmente, foram diversos os momentos de partilha com a Enf.^a tutora e a equipa multidisciplinar, tomando decisões partilhadas, com vista a um cuidado de excelência em prol da pessoa cuidada.

No início dos estágios, sempre que acontecia algo nunca vivenciado era referido à Enf.^a tutora esse fato, para que primeiro pudesse observar a prática em questão e posteriormente poder relacionar com os conhecimentos adquiridos ao longo das UC do mestrado e da evidência científica mais atual. Assim, nos momentos de aprendizagem havia sido integrado o momento de observação, as dúvidas retiradas e realizada pesquisa sobre o assunto. Nunca nada era realizado se existiam dúvidas.

Na UCIP a imensidão de aparelhos de suporte de vida consegue levantar os mais ínfimos receios e questões. O momento de aspirar secreções a uma pessoa em situação crítica com VMI, era particularmente o que focava e prendia os receios. Era necessário realizar pré-oxigenação a 100% à pessoa e depois desconectar a traqueia do VMI do tubo endotraqueal, para depois aspirar secreções em apenas 30 segundos. No início prestes a realizarmos a técnica, foi pedido à Enf.^a tutora para realizar mais uma vez a mesma, pois reconhecia que não havia adquirido a competência para tal. Foram necessários vários momentos de reflexão com a Enf.^a tutora, de mobilização de conhecimentos e estudar a norma e um vídeo sobre a técnica, várias vezes. Quando foi adquirido a competência para realizarmos esta técnica, o sentimento de felicidade falou mais alto.

No final de cada turno eram realizados momentos de *debriefing*, ou seja, uma discussão sobre as situações ocorridas, as aprendizagens e tomadas de decisão, consolidando assim os saberes do grupo e da própria pessoa que partilha a situação.

O *debriefing* tem sido identificado como um passo importante para a clarificação e consolidação das aprendizagens. É uma estratégia que permite a revisão de uma experiência vivenciada na qual os participantes exploram, analisam e sintetizam os seus processos de ação e de pensamento, emoções e outras questões que possam vir a melhorar a sua prática clínica. É um processo pelo qual a equipa pode reexaminar a prática clínica para promover o raciocínio clínico, pensamento crítico, capacidade de julgamento e comunicação (Martins, Mazzo, Mendes, & Rodrigues, 2014). Foram esses momentos de partilha de experiências enriquecedoras que permitiram a construção de uma auto-reflexão crítica, uma atitude assertiva, autoconhecimento e ter consciência de nós, enquanto pessoas e enfermeiras.

Posto isto, foram tidos em conta, durante os estágios, os objetivos do *debriefing*: identificar as diferentes perceções e atitudes que possam surgir; relacionar a prática clínica com a teoria específica ou conteúdos e competências técnicas; apresentar um *feedback* acerca da prática, decisões/ações tomadas; realizar críticas construtivas; estabelecer um clima de confiança e conforto (Martins, et al., 2014).

O conhecimento em enfermagem diz respeito a tudo aquilo que possa ser benéfico na compreensão e facilitação das tomadas de decisão na prática dos cuidados. Assim sendo, é possível afirmar que o conhecimento em enfermagem é constituído por

dados obtidos através da ciência (evidências e investigação), através da experiência profissional e através da interpretação realizada perante as situações vivenciadas (Nunes, 2017).

Bárbara Carper (1978) defendia a existência de 4 padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem: o conhecimento empírico (saber o que é, de forma a explicar teorias e desenvolver conhecimento), o conhecimento estético (saber como, através das experiências vivenciadas), o conhecimento pessoal (a relação enfermeiro-doente) e o conhecimento ético (saber o que se deve fazer através das questões éticas inerentes à profissão). Durante a prestação de cuidados foram mobilizados os conhecimentos sobre os padrões de conhecimento, para que através de todo o conhecimento integrado, fossem prestados cuidados humanizados e holísticos com melhor suporte na tomada de decisão.

O cuidar em enfermagem é qualificado através da compreensão e interpretação realizada sobre os atos praticados e que dá acesso a que os profissionais criem conhecimento próprio, as evidências científicas existentes acerca da prática dos cuidados e a reflexão que os profissionais realizam acerca dos cuidados que prestam. Assim sendo, o processo de cuidar contribui para obtenção de conhecimento numa perspetiva prático-reflexiva (Queirós, 2014).

O enfermeiro especialista é visto como o elemento de referência dentro da equipa de enfermagem assim como na equipa multidisciplinar, e demonstra disponibilidade para ser o veículo facilitador nos processos de aprendizagem.

Para a realização dos estágios foi necessário mobilizar conhecimentos adquiridos nas UC lecionadas durante o Mestrado. Assim, reconhecemos que foram fundamentais, todos os momentos de aprendizagem, quer a nível da evidência científica, quer a nível de partilha de experiências com os colegas e professores, sendo possível prestar o melhor cuidado especializado à pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista é aquele que “Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes” (OE, 2011a, p.8653).

A mobilização de conhecimentos da UC Relação de Ajuda em Enfermagem foi fundamental para adquirir esta competência na ajuda da construção de uma prática

reflexiva e na relação terapêutica estabelecida com a pessoa cuidada e a família, na resposta a situações geradoras de *stress*, bem como na interação com a equipa multidisciplinar. Durante os estágios, a família foi sempre englobada nos cuidados prestados, conforme vontade da pessoa cuidada. Foi notório que na presença dos familiares/pessoas significativas, a pessoa em situação crítica aceitava melhor o tratamento e o impacto do ambiente da unidade era menor.

A Relação de Ajuda, é considerada uma intervenção autónoma de enfermagem, e como tal é um elemento decisivo e imperativo na prática de enfermagem. A sua atividade centra-se em satisfazer as reais necessidades de cada pessoa, independentemente da situação que esteja a viver. Tem como principal objetivo estimular o doente a identificar e consciencializar-se de uma determinada situação (Simões, & Rodrigues, 2010).

A UC de Investigação em Enfermagem foi igualmente importante para a aquisição de conhecimentos sobre a realização de artigos científicos e estruturação do pensamento analítico e crítico na seleção da evidência científica mais atual. Durante a referida UC foi realizado um artigo científico, uma revisão integrativa da literatura que se intitula “*A Comunicação Com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva*” (Apêndice R) que foi submetido para publicação num capítulo de um livro e aprovado. Neste momento aguarda-se publicação.

Com a realização do PIP foi necessário realizar pesquisa sobre a evidência científica mais atual acerca da promoção do sono, assim foi possível adquirir conhecimentos sobre a implementação de medidas não-farmacológicas para a realização de intervenções autónomas de enfermagem. A proposta de NOC (Apêndice D) foi realizada tendo por base artigos científicos e *guidelines* com a evidência científica mais atual, para que seja possível a prestação de cuidados de qualidade e de conforto para a pessoa em situação crítica.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica necessita de aquisição de conhecimentos constantes baseados na evidência científica mais atual de forma a prestar cuidados de qualidade e seguros. Neste sentido, participamos no III Congresso da Secção Regional do Sul (Anexo C). No âmbito do presente Congresso foi frequentado o

Workshop sobre a Oxigenioterapia de Alto Fluxo (Anexo D) e apresentados dois posters científicos (Anexo E).

A elaboração das sessões de formação em serviço, aquando os estágios, foram momentos de aquisição de conhecimentos e aquisição de competências, mobilizando assim os conhecimentos adquiridos na UC Formação e Supervisão em Enfermagem. Após avaliação da pertinência das temáticas, foi possível realizar formação em serviço na UCIP sobre o *Decúbito Ventral no Doente submetido a VMI com SDRA* e na UCInt sobre a *Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica*. Após a apresentação das sessões às equipas de enfermagem verificou-se a interação com os elementos, a partilha de experiências sobre as temáticas em questão e sobre a evidência científica. Assim atendeu-se à premissa que, o enfermeiro especialista “Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (OE, 2011a, p.8653). No final de cada sessão foram aplicados questionários para avaliar as mesmas.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

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

Competência K1: Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

- **K.1.1.** – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

A pessoa em situação crítica exige cuidados de enfermagem contínuos e qualificados, para que se possa atender às necessidades afetadas e prevenir complicações. A equipa de enfermagem precisa de conhecer detalhadamente a pessoa para que sejam prestados cuidados seguros, rigorosos e de qualidade. Cuidar da pessoa em situação crítica requer que o enfermeiro apresente competências especializadas (OE,

2011b). Desta forma, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, de acordo com o seu próprio regulamento de competências, deverá ir ao encontro das “(...) necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2011b, p. 8656).

Os estágios realizados, na UCIP e UCint, englobados no serviço de medicina intensiva, permitiram múltiplos momentos de aprendizagem e aquisição de competências relativos à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, os quais devem permitir uma resposta rápida, atempada e concisa.

A medicina intensiva distingue-se pela especialização de conhecimento. Nesta, a abordagem à pessoa em situação crítica é realizada de forma global, integrada e multiprofissional, pelo que é fundamental a tomada de decisão assente em critérios de qualidade, eficácia e eficiência, de forma a garantir o exercício ético e deontológico (Paiva, et al., 2017).

A UCIP do CHUA – Faro caracteriza-se por ser uma unidade que direciona os seus cuidados à pessoa em situação crítica, com as mais diversas patologias do âmbito médico-cirúrgico, seja por necessidade de suporte ventilatório ou por instabilidade hemodinâmica, com o auxílio de recursos diferenciados dotados de tecnologia avançada e recursos humanos altamente diferenciados (Paiva, et al., 2017). Assim, foi possível prestar cuidados à pessoa em situação crítica sob VMI, compreender os módulos ventilatórios na VMI, realizar cuidados de higiene oral à pessoa com VMI e aspiração de secreções em circuito fechado e aberto, adquirir conhecimentos à pessoa sob avaliação do Índice Bispectral (BIS), compreender a monitorização da pessoa neuro crítica, relativamente à monitorização da Pressão Intra-Craneana (PIC), da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) e da PIC intraventricular, adquirir conhecimentos sobre a prevenção da pneumonia associada à VMI, adquirir conhecimentos e prestar cuidados à pessoa com monitorização hemodinâmica invasiva, prestar cuidados à pessoa sob técnica dialítica, adquirir conhecimentos sobre a interpretação de gasometrias, realizar cinesioterapia respiratória com o auxílio de *Cough-assist* e realizar transporte intra-hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico e admissões de pessoas diretamente do BO.

Durante uma passagem de turno na UCIP, por mero acaso, verificou-se que uma pessoa submetida a VMI exteriorizou o tubo endotraqueal. Nesse momento toda a equipa foi alertada e foi possível, em parceria, direcionar os cuidados à pessoa de forma rápida e eficaz, evitando assim complicações que colocassem a pessoa em risco de vida.

Através da aquisição de conhecimentos no estágio realizado na UCIP, foi possível a transposição dos mesmos para o estágio final, os quais foram facilitadores na aquisição de competências. Deste modo, para além dos conhecimentos adquiridos previamente, no estágio final foi possível prestar cuidados à pessoa sob VNI, realizar oxigenioterapia de alto fluxo na pessoa em situação crítica, prestar cuidados à pessoa com traqueostomia com VNI, realizar aspiração de secreções na pessoa com traqueostomia, prestar cuidados à pessoa politraumatizada, gerir terapêutica à pessoa com cateter epidural, prestar cuidados à pessoa com dreno torácico e abdominal, realizar transporte intra-hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico, para o helicóptero do INEM e para o BO, colaborar com a equipa médica na colocação de cateter arterial e na entubação endotraqueal, gerir a terapêutica de forma diferenciada, atendendo às necessidades da pessoa em situação crítica, prestar cuidados à pessoa com enfisema subcutâneo, entre outras.

Sendo o EEEPSC aquele que “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2011b, p.8656), é de salientar uma situação vivenciada no estágio final que permitiu atuar em concordância com o referido anteriormente. Homem de cerca de 70 anos, calmo, consciente e orientado, internado na unidade para vigilância após ser submetido a cirurgia. No final do turno começa a referir sede excessiva, no entanto restantes parâmetros vitais encontravam-se estáveis, pelo que foi sendo vigiado. Posteriormente inicia quadro de palidez e hipotensão, no entanto sempre alerta e orientado. Foi informada imediatamente a equipa médica, que pediu colaboração à equipa de médica de cirurgia. Sendo um quadro compatível com choque hipovolémico houve insistência para a observação ser o mais rápido possível. Quando chega a equipa médica, a pessoa iniciou perda hemorrágica pelo local de dreno no abdómen em abundante quantidade, a equipa de enfermagem agiu rapidamente para preparar a pessoa em situação crítica para o processo de transporte intra-hospitalar para o BO. A deteção precoce de sinais de alerta é fulcral para evitar complicações e situações que coloquem em risco a vida da pessoa.

Foram também realizados turnos na viatura de SIV e do INEM, que permitiram compreender a gestão de recursos humanos e materiais no atendimento à pessoa em situação crítica, a nível extra-hospitalar. Nas chamadas recebidas foi de destacar a situação de realização de SAV na rua a um senhor, em que as condições para a realização do mesmo foram desafiantes, pelas pessoas sempre a observar e a falta de condições. Ainda de mencionar a realização de SAV em casa de uma senhora, no quarto da mesma com a família noutra divisória, tendo sido uma situação geradora de stress pela presença da família. Nas situações descritas, foi possível mobilizar os conhecimentos adquiridos no curso de SAV (Anexo G).

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

- **K.1.2.** – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista, de forma a prevenir complicações, deve atender à “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2015a, p.5).

Durante os estágios foram vários os protocolos terapêuticos complexos que gerimos e administrámos à pessoa em situação crítica, consoante as suas necessidades. Foi possível gerir e administrar o protocolo da insulina intravenosa, em que a análise criteriosa do protocolo foi crucial para a manutenção da perfusão correta da mesma; o protocolo de aplicação da escala RASS; o protocolo da entubação endotraqueal, o protocolo da analgesia epidural, o protocolo da Pneumonia associada ao ventilador; o protocolo da VNI e o protocolo da técnica dialítica. Sempre que necessário, eram consultados os protocolos e normas existentes nas unidades para assegurar uma tomada de decisão fundamentada e de qualidade.

No estágio em enfermagem à pessoa em situação crítica, foi elaborada uma proposta de norma de procedimentos de enfermagem sobre o Decúbito Ventral (Apêndice J) e no estágio final foi realizada uma proposta de NOC (Apêndice D), que potencia as intervenções autónomas de enfermagem através da implementação de

medidas não-farmacológicas, com vista à promoção do sono da pessoa em situação crítica. Inserido na NOC, foi elaborado um algoritmo de abordagem à pessoa internada na UCint com vista à promoção do sono. Durante o estágio final, foram implementadas as estratégias delineadas na proposta de NOC, com vista ao bem-estar, conforto e regularização do ciclo sono-vigília.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

- **K.1.3.** – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* a dor é considerada uma experiência que degasta não só a nível sensorial, mas também a nível emocional, em que o processo de dor é desencadeado por uma lesão tecidual objetiva ou potencial. Quando a pessoa se encontra incapaz de comunicar a dor, o mesmo não significa que não esteja a experienciar a mesma (DGS, 2017).

A dor apresenta um impacto negativo na vida da pessoa e daqueles que a rodeiam, causando sofrimento, isolamento e diminuição da qualidade de vida. De forma a prevenir e controlar a dor da pessoa, o enfermeiro deve basear-se na evidência científica mais atual, para que seja melhorada a sua qualidade de vida (DGS, 2017). Segundo a Circular Normativa n.º9/2003, a DGS a dor é considerada o 5º sinal vital, sendo que a sua avaliação e gestão um direito da pessoa e um dever do profissional, para que sejam prestados cuidados humanizados (DGS, 2003).

O desenvolvimento de escalas de avaliação da dor vai fornecer conforto físico e psicológico na pessoa em situação crítica internada em medicina intensiva, permitindo posteriormente a avaliação, diagnóstico e tratamento adequado não só com medidas farmacológicas, mas também com medidas não-farmacológicas.

Na UCIP, verificou-se que existiam pessoas em situação crítica incapazes de comunicar, assim a escala adotada pela unidade e utilizada era a *Behavioural Pain Scale* (BPS), que avalia a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a

adaptação ventilatória. Na UCint, a escala para avaliação da dor adotada era a escala numérica, em que a pessoa consegue comunicar e expressar de 0 a 10 qual a intensidade de dor sentida e quando a pessoa não conseguia comunicar a escala adotada era a escala de faces, em que através do comportamento, da face e expressões da mesma, era atribuída uma classificação.

Durante os estágios foram sempre respeitadas as avaliações da pessoa em situação crítica e valorizada a dor como o 5º sinal vital, adequando o tratamento através de medidas farmacológicas ou não-farmacológicas e posteriormente registadas todas as intervenções no aplicativo informático.

Na realização do PIP, verificou-se que existem fatores intrínsecos à pessoa que também condicionam o padrão de sono e a qualidade, como a presença de dor. Neste sentido foi possível delinear estratégias não-farmacológicas, através da evidência científica mais atual, como a realização de técnicas de relaxamento, sendo estas: musicoterapia com fones, realização de massagens de relaxamento e verificação dos lençóis, nomeadamente se estes se encontram limpos, secos e esticados sem pregas, de forma a proporcionar conforto e bem-estar ao doente antes de iniciar o processo de dormir. Foram englobados os familiares/pessoas significativas para a realização de ensinamentos de técnicas de massagens e relaxamento com aplicação de creme. A pessoa em situação crítica passa muito tempo no leito, a massagem vai aliviar a dor experienciada pela mesma.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

K.1.4. – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;

K.1.5. - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

K.1.6. – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Quando alguém se encontra hospitalizado, a família/pessoas significativas funcionam como suporte, pelo que devem ser incluídas nos cuidados prestados. A existência de doença surge, não como uma experiência de vida subjetiva, ou seja, não se limita apenas à pessoa em que surge, mas sim transpessoal, uma vez que afeta todos aqueles que fazem parte do seu contexto social (Martins, 2004). Desta forma, durante a prestação de cuidados deve-se refletir acerca daquilo que é melhor para a pessoa e a sua família, prestando cuidados seguros e de qualidade, com o objetivo de reduzir o sofrimento que advém do fator doença (Rodrigues, 2013).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015) “a família é composta por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado com um sistema que é maior do que a soma das partes”. Sendo composta a família por pessoas ligadas através de afinidades, é de destacar a importância das pessoas significativas, uma vez que em alguns casos, estas podem ser consideradas as pessoas mais próximas da pessoa cuidada, sendo aquelas que mais os acompanham de perto no momento de doença.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a), é enaltecido o papel do enfermeiro especialista na Satisfação do Doente, nomeadamente na “gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica”, e a “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica” (OE, 2015a, p.4).

Estar internado numa unidade de medicina intensiva é gerador de stress e ansiedade à família/pessoas significativas da pessoa em situação crítica, pelo que desde a admissão da pessoa, deve existir um familiar que funcione de elo de informação entre toda a família e seja englobado nas tomadas de decisão e partilha de informação ao longo do internamento. Durante os estágios realizados, a família/pessoas significativas foram integradas na prestação de cuidados à pessoa, num ambiente harmonioso e de parceria. Deste modo, verificou-se que a pessoa em situação crítica aceitava melhor os tratamentos e o ambiente que o rodeava. Na UCint foram delineadas estratégias para a inclusão da família, conforme o desejo da pessoa cuidada, ou seja, foram adaptados

horários dos cuidados de higiene e conforto ou da alimentação para a família estar presente. A família é quem melhor conhece a pessoa, os seus desejos, valores e crenças, pelo que, é na presença dos mesmos que a pessoa pode referir as suas angústias e medos e a família partilhar com a equipa de enfermagem.

O enfermeiro especialista em conjunto com a pessoa/família ou pessoas significativas, desenvolvem processos de adaptação aos problemas de saúde, nomeadamente quando confrontados com uma má notícia em relação à saúde, sendo realizado ensino, instrução e treino de readaptação à nova condição. Posto isto, foram várias as situações em que foi possível comunicar más notícias à família, momentos que quando não existe experiência, podem ser bastante desafiantes. Para facilitar o processo de más notícias foi utilizado o protocolo SPIKES.

Desta forma, Buckman, define em 1992, um protocolo, denominado de SPIKES, constituído por 6 etapas, que permite estruturar a entrevista de forma a atingir os objetivos anteriormente propostos. Seguidamente são apresentadas as etapas do protocolo SPIKES: *Settings* - Planear a entrevista e preparar o ambiente; *Perception* - Avaliar a perceção do indivíduo; *Invitation* - Convidar a pessoa a expressar-se, identificando o que esta quer saber *Knowledge* – Transmitir a informação de modo gradual; *Explore Emotions*- Apoiar a expressão de emoções e apoiar a pessoa; *Strategy and Summary* - Apresentar estratégias de intervenção.

Uma experiência vivenciada na UCint que foi marcante e um momento de aprendizagem e aquisição de competências, foi quando tivemos que comunicar más notícias a uma família de etnia cigana, a filha e a nora, cujo pai e sogro se encontrava em fim de vida. Na sala destinada para a comunicação com a família estava presente o médico e os dois membros da família. Foi transmitida a informação de forma gradual e referido que o familiar se encontrava em fim de vida, que os órgãos um a um estavam a parar de realizar a sua função, que era tempo de juntar a família e fazer a despedida. A informação foi adaptada para que aos poucos fosse avaliada a perceção que era realizada pela filha e a nora dando-se espaço para expressar as suas emoções e dúvidas. A equipa de enfermagem delineou estratégias, alargando o período da visita para duas pessoas, assim podiam-se apoiar num momento delicado. O enfermeiro especialista deverá adotar uma atitude de ajuda, mostrando disponibilidade, escutando o *Outro* e estar preparado para lidar com possíveis reações por parte da pessoa.

A comunicação com a pessoa em situação crítica também pode ser um momento desafiante, pois muitas vezes estamos perante pessoas incapazes de comunicar ou que, devido à sua nacionalidade, existe a barreira linguística. No entanto, de forma a dar-se resposta a situações específicas, nomeadamente a pessoas entubadas oro ou nasotraqueal, traqueostomizadas e/ou com doenças incapacitantes, o enfermeiro especialista pode recorrer ao uso de estratégias alternativas como é o caso da Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) que “consiste num conjunto de estratégias e recursos que minimizam a incapacidade de comunicar dos indivíduos, suprimindo, em parte ou no todo, os seus défices” (Sequeira, 2016, p.213). As estratégias utilizadas ao longo dos estágios, passou pela utilização de gestos, sinais e quadros com letras.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

Competência K2:

- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação

É definida por catástrofe a sucessão de múltiplos acidentes graves ou um acidente grave, tratando-se de um acontecimento repentino na maioria das vezes imprevisível. A causa do acidente pode ser de origem natural ou proveniente da tecnologia, em que se verificam vários danos materiais e, potencialmente, vítimas, afetando negativamente as condições de vida (Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei n.º 27/2006).

Numa situação de prestação de cuidados de emergência, uma situação de exceção é verificada quando existe desequilíbrio entre os recursos que estão disponíveis e as necessidades existentes. Existe assim, um elevado número de vítimas, sendo necessário uma coordenação e gestão criteriosa das equipas de emergência. São exemplos de situações de exceção em Portugal, incêndios, fenómenos naturais, como inundações ou ondas de calor (INEM, 2012).

Durante a realização dos estágios não se verificou nenhuma situação de catástrofe, de emergência multi-vítima ou situações de exceção em que fosse necessário a prestação de cuidados e aquisição de aprendizagem diretamente. No entanto, e porque nenhuma situação mencionada é previsível, há que consultar a evidência científica mais atual sobre a temática. Foi consultado o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, de forma a compreender o mecanismo de ação e as entidades envolvidas e consultada a Norma Hospitalar Plano de Catástrofe do CHUA, elaborada pela comissão de catástrofe do CHUA – Faro.

O CHUA, apresenta como responsabilidade institucional a elaboração de um plano de resposta a situações que ultrapassam a capacidade de resposta, em casos de catástrofe ou de multi-vítimas. A abordagem a realizar nestas situações passa por salvar o maior número de vidas através da avaliação ABCDE (CHUA, 2018b). Para integrar os conhecimentos adquiridos na consulta do Plano de Catástrofe do CHUA, foi consultado o Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde (DGS, 2010).

Neste âmbito, foram realizadas reuniões informais com a Enf.^a tutora, para retirar dúvidas dos documentos consultados. Foi possível refletir e compreender o modo de atuar de cada unidade, UCIP e UCint, em caso de catástrofe, exceção ou multi-vítimas.

Na UCIP existia a rede de rádio SIRESP (Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal), o que permitiu adquirir conhecimentos sobre a rede e visualizar a tecnologia de informação. A mesma pretende assegurar as comunicações das forças de segurança e emergência, permitindo a intercomunicação entre as entidades envolvidas e os serviços, em caso de emergência, conforme enunciado no decreto-lei n.º 167/2006.

Foi desenvolvido um trabalho para a aquisição de conhecimentos e competências na área da catástrofe (Apêndice Q). O documento elaborado denomina-se “*Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA – Faro para o Serviço de Medicina 2B*”. Foi escolhido o serviço de Medicina 2B, pois faz parte do plano de ação do plano de catástrofe do CHUA. O documento realizado destina-se à equipa multidisciplinar do serviço mencionado, enfermeiros, médicos e assistentes

operacionais. Deste modo, com base no plano de catástrofe do CHUA, foram elaborados cartões de ação para cada elemento das equipas, permitindo a que cada elemento saiba a sua intervenção e a articulação entre pares. O documento foi colocado num dossier no serviço para rápida consulta e foi transmitida a informação sobre o mesmo em vários momentos de reuniões informais.

Importa referir a importância que a UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 apresentou para a aquisição de conhecimentos sobre a intervenção do EEEPSC em caso de Catástrofe ou situações de multi-vítimas.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

Competência K3:

- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.

A prevenção e controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) deve ser uma preocupação constante na prestação de cuidados de todos os profissionais de saúde, sendo que o EEEPSC tem uma responsabilidade acrescida neste domínio, tal como é referido no enunciado das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente na competência “K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2011b, p. 8657).

A DGS (2007), define como IACS “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).

Assim sendo, o enfermeiro especialista é o mais capacitado, com maior nível de competências, para desenvolver práticas de prevenção e controlo de infeção, bem como para o processo de capacitação dos seus pares nesta área, de forma a desenvolver

práticas de saúde seguras, com base na evidência científica mais atual, com vista a redução das IACS.

Durante os estágios realizados foram sempre consultadas as normas existentes nas unidades de forma a agir em conformidade com o que está protocolado, em conformidade com o que é emanado pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos – GCL-PPCIRA, e com a evidência científica mais atual, na procura das mais recentes atualizações. Tanto na UCIP como na UCint a multiplicidade de técnicas permitiu a pesquisa bibliográfica relativos aos feixes de intervenção – *bundles* da DGS, com vista a prática de cuidados seguros e de qualidade.

No estágio realizado na UCIP, sempre que uma pessoa em situação crítica era admitida na unidade, os cuidados de higiene e conforto eram realizados com toalhetes com 2% de Gluconato de Clorohexidina durante 5 dias, devido à sua ação rápida e grande espectro antimicrobiano e redução significativa do número de organismos na pele intacta. Para a realização da higiene com o referido toalhete, foi consultada a norma existente na UCIP.

Importa salientar que os conhecimentos adquiridos na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 5 foram de extrema importância para os momentos de aprendizagem e de reflexão crítica ao longo dos estágios.

Primeiramente foi pedido ao centro de formação do CHUA a realização de quatro turnos, inseridos no Estágio Final, no GCL-PPCIRA, podendo o mesmo ser na Unidade de Faro ou Portimão. Não se obteve qualquer resposta neste âmbito.

A DGS definiu como um programa de saúde prioritário o PPCIRA, o qual visa a promoção da segurança dos doentes e a melhoria da qualidade dos cuidados “através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo em Portugal” (DGS, 2007, p.4).

De forma a colmatar a não realização de turnos no GCL-PPCIRA, foram realizadas reuniões informais com a Enf.^a Responsável do referido grupo, para que

sejam conhecidos os seus mecanismos de ação e programas de melhoria da qualidade dos cuidados.

Na área da prevenção e controlo da infeção, foi delineado como necessidade formativa pela Enf.^a tutora e pela Enf.^a coordenadora na UCint, uma sessão de formação sobre as medidas adicionais de isolamento à equipa de enfermagem (Apêndice N). Na UCint, devido ao seu formato de *open space*, existe sempre a necessidade de encontrar a melhor estratégia para colocar a pessoa em situação crítica com necessidade de medidas adicionais de isolamento de forma a diminuir os riscos de infeção cruzada. Tendo em conta as características da unidade, a equipa de enfermagem referiu a importância de esclarecer dúvidas sobre as medidas adicionais de isolamento. Foi realizado também um plano de sessão (Apêndice T) e aplicado um questionário de avaliação da sessão (Apêndice U).

A sessão de formação em serviço foi elaborada com base na evidência científica mais atual e as normas de boas práticas da DGS. Na apresentação foram delineadas estratégias adaptadas para a realidade da UCint. Neste sentido foi realizado um cartaz a mencionar os isolamentos adicionais e as medidas a adotar perante cada um (Apêndice O). O cartaz foi plastificado de forma a ser desinfetado corretamente e de fácil manuseio. Foram elaborados dois cartazes sendo colocados por cima do espaço para a realização da higiene das mãos. Nos momentos da realização da sessão e do cartaz, foi consultada a Enf.^a responsável do GCL-PPCIRA de forma a dar conhecimento dos trabalhos desenvolvidos e aceitar sugestões de melhorias. As reuniões realizadas permitiram a análise crítica e reflexiva sobre os trabalhos desenvolvidos e aquisição de conhecimentos sobre a prevenção e controlo da infeção. A Enf.^a responsável do GCL-PPCIRA, após convite, esteve presente na apresentação da sessão de formação em serviço.

Através dos resultados obtidos pela aplicação dos questionários da avaliação da sessão formativa foi possível verificar a pertinência do tema (Apêndice V). Foi notório que após a realização da sessão de formação, a equipa de enfermagem consultava-nos para retirar dúvidas. Foi possível delinear estratégias em equipa, agindo assim na capacitação da equipa de enfermagem na área da prevenção e controlo da infeção nos cuidados à pessoa em situação crítica (OE, 2015a).

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos que as competências analisadas foram adquiridas e desenvolvidas.

Competência de Mestre n. °7:

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

Com base no que foi explanado nos pontos 4.1 e 4.2, sobre o processo de aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, consideramos ter adquirido a presente competência de mestre.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A realização do estágio final pautou por vários momentos de reuniões, partilha de conhecimentos e experiências. No início do estágio final foi realizado o PE (Apêndice A), que permitiu dar a conhecer à Prof.^a Orientadora os objetivos e atividades que nos propusemos. O PE foi um documento norteador e bastante importante como guia orientador das atividades a desenvolver. Consideramos ter atingido os objetivos traçados inicialmente no PE.

Foi possível momentos de reunião com a Enf.^a tutora e com a Prof.^a orientadora no sentido de delinear estratégias, momentos esses que enriqueceram o pensamento e o agir crítico e reflexivo, visando a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Específicas do EEEPSC e de Mestre em Enfermagem. Das várias reuniões surgiram sugestões de melhorias que foram sempre aceites.

Durante a realização do PIP foram realizadas reuniões com a Enf.^a coordenadora da UCint, o Enf.º Chefe e o Diretor do Serviço, para que fossem dadas a conhecer as estratégias delineadas e validadas. Foram aceites as sugestões de melhoria de todos os intervenientes ao longo deste processo, para que fosse desenvolvido um projeto em parceria e com foco na melhor prestação de cuidados, de qualidade e segurança para a pessoa em situação crítica.

O cronograma final, das atividades realizadas em estágio, permitiu uma melhor gestão e organização do estágio final. Devido ao limite temporal, a proposta de NOC ainda se encontra em processo de validação.

5 - CONCLUSÃO

Concluído este percurso, que envolveu a realização do Relatório de Estágio, é necessário refletir sobre esta gratificante caminhada, que permitiu a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEEPSC e competências de mestre, incluindo o desenvolvimento de um projeto de intervenção profissional.

O processo de aquisição de competências foi envolto por uma atitude crítica, reflexiva e fundamentada, permitindo ao longo do estágio um saber agir baseado na evidência científica mais atual. A realização do PIP foi preponderante para o processo de aquisição de competências através de todas as atividades realizadas para a promoção do sono na pessoa em situação crítica, com base na evidência científica mais atual. Ao realizar intervenções autónomas de enfermagem, através da adoção de estratégias promotoras da qualidade do padrão de sono, o enfermeiro especialista contribui para o bem-estar e conforto da pessoa em situação crítica, através de uma abordagem holística.

Com a realização do PIP foi possível contribuir para a melhoria da prestação de cuidados, de segurança e de qualidade, à pessoa em situação crítica com alterações no padrão de sono na UCint, bem como a aquisição de conhecimentos sobre a temática.

A comunicação com a equipa multidisciplinar durante o período de estágio foi igualmente um fator de crescimento profissional e pessoal, uma vez que foi possível prestar cuidados em equipa de forma harmoniosa e respeitosa em prol das reais necessidades da pessoa em situação crítica, participando em processos de tomada de decisão através de um pensamento crítico, reflexivo e fundamentado.

Ao uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa com alteração do padrão de sono existiu sempre parceria e articulação com a equipa médica. Foi reconhecido que, não sendo uma parte técnica da prática, era igualmente importante a promoção do sono e do bem-estar da pessoa em situação crítica, pois sendo o sono uma necessidade básica do ser humano, a mesma ao ser sujeita a fatores que privam o sono pode apresentar diversas consequências, como já referidas.

A realização do estágio final e os inúmeros momentos de partilha de conhecimentos com a Enf.^a tutora permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEPSC e de mestre pois, sendo a Enf.^a reconhecida como um elemento chave no seio da

equipa de enfermagem, foi um exemplo de como agir futuramente como enfermeira especialista e mestre, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

O estágio final permitiu também o desenvolvimento de cuidados diferenciados atendendo às necessidades de cada pessoa em situação crítica, a observação contínua para prevenir complicações atempadamente, o agir eticamente com base no diálogo multidisciplinar e com base na evidência científica, assim como delinear estratégias que promovam o conforto e bem-estar da pessoa cuidada, como Kolcaba preconiza.

Apresentamos como limitação o fator temporal, pois até ao final da redação do RE, a proposta de NOC ainda aguardava autorização por parte do Conselho de Administração do CHUA, bem como autorização para adquirir o Kit de conforto para a UCint. No entanto foi reconhecido que a temática abordada foi bastante pertinente e benéfica para a promoção do sono na pessoa em situação crítica, pelo que, na UCint, ficam instrumentos para continuar a desenvolver o projeto iniciado. O PIP cativou a atenção de todos os intervenientes envolvidos, pelo que o “Sono” será olhado com “novos olhos”.

Em suma, consideramos que os objetivos propostos para a realização do RE foram atingidos. Foi um marco importante na nossa vida pessoal e académica, que permitiu percorrer e crescer enquanto enfermeira de cuidados gerais e futura EEEPSC e mestre em Enfermagem. A mudança sentida é gratificante e encorajadora pelo futuro que se avizinha, a procura pela excelência do cuidado será sempre tida em conta acompanhada pelas competências adquiridas.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013). *Recomendações técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ADAPTE Collaboration (2009). *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Versão 2.0*. Acedido em 10 de janeiro de 2019, disponível em <http://www.g-i-n.net>.
- Almeida, D., Chaves, E., & Brito, J. (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista Referência, II série, nº10*, 89-96. Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2009pdf/10-8996.pdf>.
- Almeida, B., Silva, P., Souza, J., & Magro, M. (2016). Sono como Necessidade Humana Básica no Cenário de Paciente Crítico. *Revista de Enfermagem (12): Recife*. 4494-4500. Doi: 10.5205/relou.9978-88449-6-ED1012201609.
- Alves, A. (2016). Intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica. [Dissertação]. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21384/1/RELATORIO%20ANA%20ALVES-07-2016.pdf>.
- American Psychological Association (2016). *Manual de estilo da APA: regras básicas* (6ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2016). Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem. Évora: Universidade de Évora. Disponível em [http://www.eses.jd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/781/\(basenode\)/746](http://www.eses.jd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/781/(basenode)/746).
- Barbosa, M. (2011). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. 539-545. Brasil. doi: 10.1590/s1806-37562015000000056.

- Buckman, R. (1992). *Breaking bad news: a guide for health care professional*. Baltimore: Jonh Hopkins University Press.
- Carper, B. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Science* (1).
- Catalão, M. (2016). *Avaliação da carga de trabalho de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos em Portalegre*. [Dissertação] Portalegre: Instituto Politécnico. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14590/1/ESSTFC588.pdf>.
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2018a). *Relatório de Gestão e Contas de 2017*. Disponível em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/informacao-de-divulgacao-obrigatoria/relatorio-de-gestao-e-contas/>.
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2018b). *Plano de Catástrofe – Unidade Hospitalar de Faro*. Norma hospitalar de 31 de janeiro de 2018. Faro: Centro Hospitalar e Universitário do Algarve.
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2019). *Plano de Integração - Serviço de Urgência Geral*. Faro: Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. Faro.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE: Classificação para a prática de enfermagem, versão 2*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Constituição da República Portuguesa (2005) - *7ª Revisão Constitucional de 12 de agosto de 2 de abril de 1976*. *Diário da República, nº 155- 1ª série*. Assembleia da República.
- Costa, J. (1999). *Método e perceção de cuidar em enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. [Tese de Mestrado]. Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10141>.
- Cunha, J., Dutra, R., & Salomé, G. (2018). Elaboração de algoritmo para avaliação e tratamento de ferida. *Revista Estima.*, 1-11. São Paulo: Brasil. doi: 10.30886/estima.v16.524_PT.

Decreto-Lei n° 161/96, de 4 de setembro. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* – com as alterações introduzidas pelo Decreto Lei n° 104/98 de 21 de abril. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Decreto-Lei n° 27/2006 de 3 de julho. *Diário da República n° 126/06 – 1ª série*. Ministério da Administração Interna.

Decreto-Lei n° 167/2006 de 16 de agosto. *Diário da República n° 157/2006- – 1ª série*. Ministério da Administração Interna.

Decreto-Lei n° 69/2013 de 17 de maio. *Diário da República n° 69/2013 – I série*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. *Diário da República n.º 115/13 – 1ª Série*. Ministério da Educação e Ciência. Acedido a 27 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/498487>.

Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. *Diário da República n.º 162/17 - Série I*, Ministério da Saúde.

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem- do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina.

Demoule, A., Carreira, S., Lavault, S., Pallanca, O., Morawiec, E., Mayaux, J., Arnulf, I., & Similowski, T. (2017). Impact of earplugs and eye mask on sleep in critically ill patients: a prospective randomized study. *Crit Care*. 21: 284. doi: 10.1186/s13054-017-1865-0.

Devlin, et al., (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU (PADIS). *Society of Critical Care Medicine*. 825 – 873. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299.

Dinarès, C., Rocha, P., & Fernandes, S. (2004). Distúrbios do sono na UCIP. *Revista de Enfermagem*, (4), 20-27.

Ding, Q., Redeker, N., Pisani, M., Yaggi, H., & Knauert, M., (2017). Factors influencing patients' sleep in the intensive care unit: perceptions of patients and clinical staff.

American journal of critical care, 4 (26), 278-285. doi: 10.4037/ajcc2017333.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2003). *A Dor como o 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa n.º 09/DGCG de 14 de julho de 2003. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. n.º 007/2010 de 6 de outubro de 2010. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (DGS) (2015a). *Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020*. Ministério da Saúde.1-38.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2015b). *Processo de Gestão da Medicação*. Orientação n.º 14/2015 de 17 de dezembro de 2015. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Gomes, J. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano*. Lisboa: Sílabo.

Hamze, F., Souza, C., & Chianca, T. (2015). Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidades de terapia intensiva. *Revista latino-americana de Enfermagem*. 789-796. Brasil. doi: 10.1590/0104-1169.0514.2616.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação* (2ª edição). Loures: Lusociência.

Hu, F., Jiang, Y., Chen, J., Zeng, Z., Chen, Y., Li, Y., Huining, X., & Evans, W. (2015). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 10. doi: 10.1002/14651858.CD008808.pub2.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Situação de Exceção – Manual TAS*. (Versão 3.0). Lisboa: INEM. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-deExce%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

- Instituto Politécnico de Setúbal (2015). Novo Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem. Disponível em <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A vision for holistic health care and research*. New York, United States of America: Springer Publishing Company
- Lake, E. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing & Health*. n.º 25. 1176–188. doi: 10.1002/nur.10032.
- Magalhães, F., & Mataruna, J. (2007). O Sono. Brasil, Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 103-120.
- Marques, M. (2016). A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos. [Dissertação]. Coimbra. Disponível em [file:///C:/Users/Use4/Downloads/D2015_10001822012_21116011_1%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Use4/Downloads/D2015_10001822012_21116011_1%20(7).pdf).
- Martins, M. (2004). *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados*. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em file:///C:/Users/Use4/Downloads/92603_W_4_MAR_001_01_P.pdf.
- Martins, J. C., Mazzo, A., Mendes, I. A., & Rodrigues, M. A. (2014). *A simulação no ensino de Enfermagem*. [Dissertação]. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. ISSN: 1647-9440.
- Martins, D., Martins, L., Perdigão, P., Quitério, C., & Valente, C. (2018). *Abordagem ABCDE na Pessoa com Cetoacidose Diabética – Caso fictício*. Poster apresentado no III congresso da Sessão Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, Teatro das Figuras, Faro.
- Martins, D., Martins, L., Perdigão, P., Quitério, C., & Valente, C. (2018). *A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva*. Poster apresentado no III congresso da Sessão Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, Teatro das Figuras, Faro.
- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau.

Ministério da Saúde (2015). *Avaliação nacional da situação das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-dasitua%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.

Nunes, L. (2004). *Ética de Enfermagem: Percursos e desafios*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº15, 2004.

Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadoras da Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República, 2ª série, nº35, de 18 de fevereiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 124/2011. *Diário da República, 2ª série, nº35, de 18 de fevereiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Conselho de Enfermagem Regional. Sessão Regional do Sul da OE*. 1-7. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro. *Diário da República, 2ª série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 361/2015. *Diário da República, 2ª série, n.º 123/2015 de 26 de junho*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. *Edição: Ordem dos enfermeiros a agosto de 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Regulamento n.º 101/2015. *Diário da República, 2.ª série, n.º 48 de 10 de março de 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Parecer n.º 15 / 2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho em Diário da República, 2ª série, n.º 135*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro em Diário da República, 2ª série, n.º 26*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: UNESCO.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva. República Portuguesa – Saúde*. 1-106. Lisboa.
- Pisani, M., Friese, R., Gehlbach, B., Schwab, R., Weinhouse, G., & Jones, S. (2015). Sleep in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 731–738. doi: 10.1164/rccm.201411-2099CI.
- Potter, P. & Perry, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. Brasil: Rio de Janeiro.
- Queirós, P. (2014). *Reflexões para uma Epistemologia em Enfermagem*. Florianópolis: Texto Contexto em Enfermagem.

- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4480>.
- Saldanã, D., D., Reyes, A., & Ruiz, M. (2013). El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investigación en Enfermería*. 1 (15), 51-63. ISSN: 0124-205.
- Saldanã, A., Marcela, D., Colmenares, R., Mónica, S., Beltrán, A., & Fernanda, L. (2014). El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería*, 1 (16), 49-59. ISSN: 0124-2059.
- Santos, S., Azevedo, P., & Carneiro, A., (2015). Normas de Orientação Clínica 2.0. *Acta médica*, 12 Maio, (28), 395-414. Ordem dos Médicos. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/info/395-414-Apendice.pdf>.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel: Lisboa.
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008) - Supervisão em Ensino Clínico em Enfermagem. *Revista Referência*. 6 (11), 91-108.
- Simões., & Rodrigues. (2010). Relação de Ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery*, 14(3): 485- 489. Brasil: Rio de Janeiro. doi: 10.1590/S1414-81452010000300008.
- Tembo, A. C., Parker, V., & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care patients: finding from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 310-316. doi: 10.1016/j.iccn.2013.05.003.
- Tomey, A., & Aligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.
- Universidade de Évora (UE) (2016). Aviso 5622/2016. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 84, 8648-8653. Disponível em http://siiue.uevora.pt/files/diario_republica/136969.

ANEXOS

**Anexo A – Resposta do Pedido de Parecer ao Conselho de Administração e
Comissão de Ética do CHUA - Faro**

Proposta Autorizada



Sex 16/11/2018, 09:43



Você: [Redacted], Enfermeiro Chefe UCISU; Director Urgencia Polivalente

Senhora Enfermeira Carla Valente, mestranda,

O CFIC-NFIE da Unidade de Faro do CHUA vem informar-lhe que a sua proposta de investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica pelo Instituto Politécnico de Setúbal, intitulada **Promoção do Sono no Doente Crítico** foi autorizada pelo Conselho de Administração do CHUA a 15-11-2018.

Neste sentido pode iniciar os procedimentos propostos em projecto, devendo informar-nos quando der por concluída a sua investigação. Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]







Enfermeiro | CFIC - Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem(NFIE) | Unidade de Faro do CHUA, EPE;

[Redacted] | Ext.: 11534.

[Redacted]@chalgarve.min-saude.pt



Anexo B – Processo Adapte

Planeamento das Fases	<p>Preparação para o Processo de Adaptação</p> 	Preparação
Fase de Adaptação	<p>Definição da Questão</p>  <p>Pesquisa e rastreio de NOC</p>  <p>Avaliação das NOC</p>  <p>Seleção</p>  <p>Rascunho do relatório da NOC</p> 	<p>Âmbito e propósito</p> <p>Pesquisa</p> <p>Avaliação</p> <p>Decisão e seleção</p> <p>Personalização</p>
Fase de Finalização	<p>Revisão externa</p> <p>Planeamento de futuras revisões e atualizações</p> <p>Produção da NOC final</p>	<p>Revisão externa</p> <p>Planeamento de cuidados posteriores</p> <p>Produção Final</p>

Anexo C – III Congresso da Secção Regional do Sul



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SOFIA PATRÍCIO VALENTE

membro n.º **78802** desta Ordem, esteve presente no **III Congresso da Secção Regional do Sul** nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras em Faro**.

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Sul

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,9** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.



5 de Dezembro de 2018

QUARTA FEIRA

09:00 ABERTURA DO SECRETARIADO

09:00 APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderação: **Conceição Faria**, Professora da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve; **Marta Dulce Santiago**, Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

10:00 COFFEE-BREAK

11:00 Sessão de Abertura

Moderação: **Ana Rita Cavaco**, Secretária da Ordem dos Enfermeiros; **Sírgio Branco**, Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **Dora Franca**, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **Rogério Bacalhau Coelho**, Presidente da Câmara Municipal de Faro; **Purificação Sandra**, Adjunta do Gabinete de Senhora Secretária de Estado da Saúde

11:30 MESA-REDONDA: INOVAÇÃO EM URGENCIAS EMERGENCIA

Moderação: **Marco Batista**, Vogal do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul; **António Almeida**, Vogal da Secção de Enfermagem de Lisboa da Sociedade Portuguesa de Cuidados de Cuidados Primários

TRABALHO TELEFÓNICO E ACONSELHAMENTO - MODELO DOS ACDRES

Enlita Leal, Enfermeira do Hospital de Santa Luzia de São Carlos, IPE

Presença da família no cuidado de emergência; **Florinda Galvão de Sá**, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; hospitalização domiciliária como resposta à urgência; **Fernando Palves**, Enfermeiro do Hospital Santa Luzia, IPE

13:00 ALMOÇO LIVRE

14:00 MESA-REDONDA: O ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

Moderação: **Marco Pinto**, Vogal do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **Maria Clara André**, Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém

A RAÍZES E A CRIAÇÃO DE TRABALHOS EMERGENCIA

Pedro Vasconcelos, Enfermeiro do Instituto Nacional de Emergência Médica

Comparação a nível diferenciado em emergência extra-hospitalar; **Miguel Correia**, Vice-presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros; Modelo ideal de resposta em emergência extra-hospitalar; **Mário Branco**, Enfermeiro em representação da Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência

15:00 COFFEE-BREAK

17:00 MESA-REDONDA: AVALIAÇÃO DO CUIDADO CRÍTICO NOS CUIDADOS

Moderação: **João Abreu**, Secretário do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **Arabela Mendes**, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

Hélena Correia, Enfermeira do Centro Hospitalar Lisboa Norte, IPE (Hospital de Santa Maria)

ODONTOLÓGICA DE ALTO FLUXO

Ana Natália, Enfermeira do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Esposanto, IPE; Unidade 211 CPM em língua de inglês; **Mário Branco**, Enfermeiro do Centro Hospitalar Grande Faro de São João (Faro)

18:00 MOMENTO SOCIAL

6 de Dezembro de 2018

QUINTA FEIRA

9:00 MESA-REDONDA: CONSTRUIR PONTES NA COMUNIDADE

Moderação: **Luís Barreto**, Vice-Presidente do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros; **Paula Oliveira**, Professora da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

EMERGENCIAS DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL

Teresa Azevedo, Enfermeira do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

PROGRAMA 120-04 NA COMUNIDADE

Pedro Caldeira, Enfermeiro do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

DEPAÇAS SALVA VIDAS

Carmelinda Sol, Enfermeira do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, IPE (Hospital de Santa Cruz)

11:00 COFFEE-BREAK

11:30 MESA-REDONDA: DESAFIOS EM CUIDADOS CRÍTICOS

Moderação: **Ana Fonseca**, Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros; **Maria de Lurdes Martins**, Professora do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa

CUIDADOS PALIATIVOS NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Leiria, Enfermeira da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Maria José Riquelme Pinto Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

TESTAMENTO VITAL

Maria de Sousa Freitas, Investigadora do Instituto de Biologia da Universidade Católica Portuguesa

ENFERMAGEM FORENSE

Nuno Coelho, Professor da Escola de Polícia Judiciária

13:00 ALMOÇO LIVRE

14:00 MESA-REDONDA: POPULAÇÕES ESPECIAIS DE DEBENTES

Moderação: **Susana Quintão**, Vogal do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **João Formiga**, Enfermeiro Director do Hospital Distrital de Santarém, IPE

ABUSO, VIOLENCIA E MAU-TRATOS NA CRIANÇA

Marta do Rosario Almeida, Enfermeira do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (Hospital de São Francisco Xavier)

A PRISGA IDOSA

Vanda Varga, Enfermeira do Centro Hospitalar Barcelos, IPE (Hospital N. Senhora do Rosário)

EMERGENCIAS EM SAÚDE MENTAL

Maria Augusta Silva, Enfermeira da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, IPE (Hospital José Joaquim Fernandes)

Violência doméstica

Tânia Borges Rodrigues, Enfermeira do Centro Hospitalar de Setúbal, IPE

16:00 DEBATE: ESPECIALIDADES E COMPETÊNCIAS ACRESCIDAS

Luís Barreto, Vice-Presidente do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros; **Ana Fonseca**, Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

17:00 Sessão de encerramento e entrega de prémios

Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

Anexo D - Certificado de presença no Workshop de Oxigenioterapia de Alto Fluxo



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SOFIA PATRÍCIO VALENTE

membro n.º 78802 desta Ordem, esteve presente no **Workshop Oxigenoterapia de Alto Fluxo** que se realizou no dia **4 de Dezembro** de 2018, das 14h00 às 18h30, no Hotel Eva em Faro, como actividade pré-congresso no âmbito do **III Congresso da Secção Regional do Sul** que se realizou nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no Teatro das Figuras em Faro.

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

Presidente do Conselho Directivo Regional
Secção Regional do Sul
Ordem dos Enfermeiros



Enfermeiro Sérgio Branco

Vice-Presidente da Direcção
Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos



Enfermeira Maria Manuel Varela

Anexo E - Certificados de interveniente enquanto coautora dos Posterres Científicos: *Abordagem ABCDE na Pessoa com Cetoacidose Diabética – caso fictício & A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva*



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

CARLA SOFIA PATRÍCIO VALENTE

Membro n.º 78802 desta Ordem, participou no III Congresso da Secção Regional do Sul, que se realizou nos dias 5 e 6 de Dezembro de 2018, no Teatro das Figuras em Faro, enquanto Coautora do Póster, com o título:

**ABORDAGEM ABCDE NA PESSOA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA –
CASO FICTÍCIO**

Coautores:
Carla Valente
Carlos Quitério
Débora Martins
Maria do Céu Marques
Patrícia Perdigão

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,2** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e creditação de Actividades Formativas.



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

CARLA SOFIA PATRÍCIO VALENTE

Membro n.º 78802 desta Ordem, participou no III Congresso da Secção Regional do Sul, que se realizou nos dias 5 e 6 de Dezembro de 2018, no Teatro das Figuras em Faro, enquanto Coautora do Póster, com o título:

A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA

Coautores:
Carla Valente
Carlos Quitério
Débora Martins
Lurdes Martins
Patrícia Ferdigão

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 4,2 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e creditação de Actividades Formativas.

Anexo F – Certificado de realização do Curso Certificado de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL

www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Carla Sofia Valente

17/05/1991

received the ERC qualification

Basic Life Support (BLS)

in Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES

Course Director

.....



**Anexo G – Certificado de realização do Curso Certificado de Suporte
Avançado de Vida**

Carla Sofia Patricio Valente

17/05/1991

received the ERC qualification

Advanced Life Support (ALS)

in Setúbal, Portugal

Miguel SANTOS

Course Director



**Anexo H – Certificado de realização do Curso Certificado de Trauma
Avançado (ITLS)**



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Carla Valente, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
9/23/2018

course site
IPS, Setubal,

course director
Luis Cardoso MD

course coordinator
Luis Figueredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: IT-ITLS-F3-AP02 CBH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 10200 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jacoe@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. TL90026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.trauma.org



274283-33822

Carla Valente, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card issue date **9/23/2018** expiration date **09/2021**

Course number **33822** Course Location **IPS, Setubal,**

APÊNDICES

APÊNDICE A – Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Unidade de Cuidados Intermédios (UCint)

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira LG

(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Discente:

Carla Valente, nº 170531065

Setúbal, 7 de Outubro de 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Unidade de Cuidados Intermédios (UCint)

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira LG

(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Discente:

Carla Valente, nº 170531065

Setúbal, 7 de Outubro de 2018

ÍNDICE DE SIGLAS

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

APA - *American Psychological Association*

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

DL – Decreto-Lei

ECG - Escala de Goma de Glasgow

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

EPE – Entidade Pública Empresarial

NREM – *non-rapid eye movement*

OE – Ordem dos Enfermeiros

REM - *rapid eye movement*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UIDA - Unidade de Internamento de Doentes Agudos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Enf^ª – Enfermeira

FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

UCint – Unidade de Cuidados Intermédios

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio Final inserida no plano de estudos do 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica.

Durante este estágio, espera-se que o estudante mobilize conhecimentos adquiridos ao longo do curso, de forma a desenvolver novas aptidões e competências para a prestação de cuidados à pessoa que vivencia situações de doença crítica e/ou falência orgânica; bem como que este adquira e consolide conhecimentos com vista a alcançar novas competências na sua formação enquanto futuro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crítica.

O estágio final visa um ensino personalizado, baseado numa prática reflexiva e na pesquisa de evidência científica mais atual. É pretendido que o estudante desenvolva e aprofunde conhecimentos considerando os objetivos por si próprios delineados, no projeto de estágio. Segundo, Simões, Alarcão & Costa (2008), na formação em enfermagem, o estágio é fundamental para o desenvolvimento das aprendizagens relativas à profissão, de forma a permitir a consolidação de conhecimentos e a reflexão da prática. A realização de um estágio, apresenta um papel crucial na formação académico do enfermeiro, uma vez que, contribui para o enriquecimento pessoal e profissional, na consolidação de saberes e na aquisição de novos conhecimentos com vista a adquirir competências. A aprendizagem em contexto de estágio permite integrar os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, integrar o contexto real da prática clínica, com base na evidência científica, de modo a que o enfermeiro possa melhorar a sua prestação de cuidados, potencializando, em enfermagem, ganhos em saúde (Catalão, 2016).

O estágio clínico decorre na Unidade de Cuidados Intermédios (UCint) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro, sob orientação da Enf^a Liliana Gonçalves (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica) e da Professora Doutora Dulce Santiago. Para além deste campo de estágio, proponho-me realizar 4 turnos no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos no CHUA-Faro (GCL-PPCIRA), de forma a refletir sobre a importância do papel do enfermeiro/a especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, neste contexto. Segundo a OE (2011), o enfermeiro especialista:

“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (OE, 2011, p. 8656).

Para delinear os objetivos deste estágio, será utilizado como guia as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE) no que respeita às competências de enfermeiro especialista (OE, 2010) e competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2011). No estágio final espera-se que o estudante desenvolva um projeto de intervenção no local de estágio inserido. Todo o projeto supõe rutura com o presente e promessas com o futuro. Projetar significa melhorar o presente (Ruivo et al, 2010).

Como proposta apresento o tema “Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica”, sendo este um tema que considero pertinente no sentido de fornecer qualidade de sono e repouso à pessoa em situação crítica, dando primazia à qualidade dos cuidados de saúde. A pessoa em situação crítica ao passar por unidades de Medicina Intensiva, vivencia eventos assustadores e stressantes, essas alterações, provocam na pessoa, consequências nefastas para o seu bem-estar e por conseguinte, alterações no seu padrão de sono. Neste sentido é fundamental a identificação dos fatores que interferem no padrão de sono para que se consigam minimizar, proporcionando bem-estar e uma rápida recuperação. Após término do projeto, este será apresentado à enfermeira orientadora e à professora especialista na área, de forma a aferir a qualidade e pertinência dos objetivos propostos, podendo este, ao longo das semanas de aprendizagem, ser atualizado com novas intervenções, sempre que sejam relevantes.

O projeto encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente será realizada uma breve caracterização do CHUA seguida de uma apresentação do contexto de estágio; seguidamente irá ser apresentada a temática do projeto de intervenção - “Promoção do Sono no Doente Crítico”, posteriormente irei apresentar os objetivos delineados; e as referências bibliográficas que contribuíram para a realização do trabalho. O trabalho encontra-se realizado de acordo com as normas de elaboração de trabalhos da *American Psychological Association* (APA), na sua edição mais recente, 6^a edição, e de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE (CHUA)

O Centro Hospitalar do Algarve E.P.E. criado pelo Decreto-lei n.º 69/2013, de 17 de maio, resultou da fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, que engloba o Hospital de Portimão e Hospital de Lagos. Em 2017, foi criado o Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto, em que é alterada a sua designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) E.P.E.

O CHUA encontra-se integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), consistindo numa pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, em que apresenta autonomia administrativa, patrimonial e financeira. Tem como missão “prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde” (*DL n.º 162, 23 de agosto, 2017*).

É constituído por 3 unidades hospitalares, situadas em Faro, Portimão e Lagos, pelos Serviços de Urgência Básica (SUB) de Vila Real de Santo António, Loulé e Albufeira e pelo Centro de Medicina Física e Reabilitação de São Brás de Alportel (CMFRS). Este Centro Hospitalar funciona como referência na prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade e visa o apoio à formação contínua de todos os seus profissionais (*DL n.º 162, 23 de agosto, 2017*).

O CMFRS, integrou o CHUA em 2017, garantindo desta forma uma governação clínica, com um grau de autonomia adequado, de forma a prestação de cuidados diferenciados na área da medicina física e reabilitação (*DL n.º 162, 23 de agosto, 2017*).

1.1) Caracterização da Unidade de Cuidados Intermédios (UCint)

A UCint faz parte do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados intensivos do CHUA. Este departamento é constituído pelo Serviço de Urgência Polivalente, o Serviço de Medicina Intensiva 1, que engloba a sala de

emergência/reanimação (sala de diretos), UCIP 1 e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Faro e Albufeira; o Serviço de Urgência Médico Cirúrgica – Portimão, o serviço de Medicina Intensiva 2 - Portimão, que engloba a UCIP 2, Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) e VMER de Portimão; e os Serviços de Urgência Básica (SUB).

A medicina intensiva é crucial em relação à capacidade para abordar a pessoa em situação crítica, de forma global, integrada e multiprofissional, distinguindo-se pela especialização de conhecimento. É fundamental a tomada de decisão assente em critérios de qualidade, eficácia e eficiência, de forma a garantir o exercício ético e deontológico (Paiva et al, 2016).

A UCint é parte integrante do serviço de urgência do CHUA – Faro, estando localizada no 2º piso, dentro do espaço físico do Serviço de Urgência. Organização e orientação da UCint compete ao Enf^a Chefe, que partilha chefia com a urgência e a unidade. Na unidade existe ainda o papel da enfermeira coordenadora, a Enf^a Ana Cláudia Custódio, especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A UCint tem como missão, monitorizar, observar e tratar doentes com necessidade de suporte por falência de órgãos, com exclusão de ventilação mecânica invasiva ou técnicas contínuas de substituição renal; doentes com condição clínica instável ou risco elevado de agravamento, que beneficiem de monitorização e observação mais frequente que na enfermaria; doentes que já não necessitando de cuidados intensivos ainda não estão suficientemente bem para irem para enfermaria; doentes que necessitem de vigilância pós-cirúrgica prolongada por um período de 24horas.

A equipa de enfermagem do serviço de urgência está dividida por equipas, sendo que a equipa da UCint é parte integrante de uma delas. A equipa da UCint, por sua vez, subdivide-se em 4 equipas, compostas por 3 elementos, sendo um deles o responsável de turno da unidade, aquando a não presença da coordenadora. Para além destas 4 equipas, a unidade apresenta ainda 6 elementos com horário fixo, que não se encontram distribuídas por equipas. No seu total, a unidade é composta por 18 enfermeiros, sendo 1 deles Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 15 enfermeiros de cuidados gerais, sendo que 1 elemento tem Pós-Graduação em cuidados intensivos e 2 elementos têm Pós-Graduação em doente crítico. A maioria dos enfermeiros possui 5 a 10 anos de experiência profissional, existindo

apenas 2 elementos com tempo de trabalho inferior a 4 anos. Independentemente do turno a realizar, são sempre 3 enfermeiros por turno. A distribuição dos doentes por enfermeiro é realizada pelo enfermeiro que está como chefe de equipa da unidade. O rácio é de 1 enfermeiro para três doentes.

A UCint e a UCIP 1 apresentam a mesma equipa médica, composta por especialistas em medicina intensiva e internados da especialidade. Em todos os turnos estão presentes dois médicos, garantindo uma assistência diferenciada, atempada e eficaz com uma maior vigilância. No turno da manhã é realizada sempre visita médica, com a participação de todos os médicos e do enfermeiro responsável nesse turno pela pessoa em situação crítica. Com vista a melhoria dos cuidados e na qualidade da transmissão de informação.

Da equipa multidisciplinar, fazem também parte, 7 assistentes operacionais (um por turno), 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta de fala e um terapeuta ocupacional.

O serviço é composto por 10 unidades, existindo em cada uma destas, uma cama, mesa de apoio, equipada com monitores de multiparâmetros em todas as unidades que monitorize a tensão arterial não invasiva e invasiva e oxímetro, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido (aspirador de secreções e copo de oxigénio, ambos preparados), sistema de manga de pressão para o cateterismo arterial.

A reposição da medicação é realizada pela farmácia sempre que necessário. O técnico desloca-se à UCint e coloca a medicação na pyxis (sistema de fornecimento automático de medicação). A medicação de cada doente encontra-se neste sistema e só é possível retirar após colocar os dados do mesmo.

São critérios de admissão na UCint os seguintes fatores: Escala de News maior ou igual a 7 ou News de 5 ou 6 após 4 a 6 horas de tratamento otimizado; necessidade de fração inspirada de oxigénio (FiO₂) maior ou igual a 40%; necessidade de ventilação não invasiva; necessidade de aminas vasoativas; instabilidade circulatória devido a hipovolémia de qualquer causa; depressão do sistema nervoso central com Escala de Goma de Glasgow (ECG) maior ou igual a 9 de causa metabólica ou traumática. Devem ainda, aquando da admissão de doentes, ser considerados os seguintes fatores: diagnóstico e severidade da doença; potencial de reversibilidade e benefício (comorbilidades, baixa reserva fisiológica, prognóstico e resposta a tratamento anterior), pelo que os doentes que, não podem melhorar por se encontrarem num processo de

deterioração do estado de saúde irreversível e terminal de vida, não tem indicação para admissão na unidade, devendo os cuidados serem mantidos na enfermaria.

2. Promoção do Sono no Doente Crítico

2.1. Fisiologia do Sono

O sono é parte integrante da vida do ser humano, sendo uma necessidade básica imprescindível na restauração física e psicológica, contribuindo para o seu bem-estar. Caracteriza-se pela diminuição do estado de consciência, dos movimentos musculares e pela lentificação do metabolismo (Magalhães & Mataruna, 2007).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011, p.76), o sono é definido como:

redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos.

A literatura define o sono como um estado fisiológico complexo, em que existem alterações tanto fisiológicas, como comportamentais. Durante o período da noite, em que ocorre o sono, as funções fisiológicas e os sistemas do corpo humano, sofrem alterações, acompanhando o ciclo do sono (Magalhães & Mataruna, 2007). A pessoa necessita de regularizar o sono para obter a plenitude do repouso e regenerar os processos do organismo. O repouso define-se, pelo período em que o corpo está em repouso, em que a consciência se encontra em inatividade completa ou parcial (Marques, 2016)

A regularização do sono é fulcral para o organismo da pessoa, uma vez que, permite manter e produzir energia, estabelecer o humor, regular os processos de crescimento celular, regular o sistema imunitário, controlar a temperatura corporal, assim como regular o sistema respiratório e circulatório. Assim, o sono é uma atividade essencial para a promoção do bem-estar físico, emocional e psicológico (Dinarés, 2004).

Durante o sono, ocorre a reposição da energia gasta ao longo do dia pela pessoa, pelo que este tem como função proteger o corpo e zelar pelo seu bem-estar. Evidencia Beltrami (2015), que o sono é imprescindível para a sobrevivência, descanso e recuperação de cada pessoa.

Martins, Mello e Tufik (2001) referem, que os problemas associados à interrupção do padrão de sono, dizem respeito, a uma diminuição do tempo de reação por parte da

pessoa, alteração da memória, suscetibilidade à irritabilidade e alterações a nível da função metabólica e endócrina.

O padrão do sono varia ao longo do seu ciclo, não sendo sempre igual. O sono apresenta-se dividido em dois estados fisiológicos, o sono REM (*rapid eye movement*) e o sono NREM (*non-rapid eye movement*), apresentando 5 estádios sendo que 4 deles dizem respeito ao sono NREM e 1 ao sono REM. O ciclo de sono corresponde a 25% do sono REM e 75% corresponde ao sono NREM de uma noite de sono. Os estádios progridem do 1 ao sono REM. O sono NREM tem como características, a diminuição da frequência cardíaca e respiratória, da pressão arterial e débito cardíaco, em que os movimentos oculares são raros, bem como corporais, levando a um relaxamento corporal. Este sono, contribui para o repouso físico, auxilia o sistema imunológico, induz a uma diminuição da atividade cerebral, em que há um menos gasto de energia. O sono REM traduz-se pelos movimentos oculares rápidos, o aumento da frequência respiratória, sendo irregular e superficial, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e existe atonia muscular. Os músculos das vias aéreas superiores relaxam, existem um aumento do consumo de oxigénio cerebral e a regulação da temperatura corporal fica comprometida. Neste sono, quando as pessoas são despertadas, relatam histórias e sonhos bizarros, sendo assim também conhecido como estádio dos sonhos (Magalhães & Mataruna, 2007).

O estádio 1 caracteriza-se por ser um estado superficial em que a pessoa adormece, mas rapidamente volta à fase de vigília e desperta facilmente, tem uma duração de 5 a 10 minutos. Tem como características uma respiração lenta e regular e os olhos revelam movimentos lentos; no estádio 2 o sono é mais profundo (corresponde a 50% do tempo total do sono da pessoa), os movimentos oculares normalmente não existem, os músculos encontram-se relaxados e existe diminuição dos movimentos corporais; no estádio 3, o sono é mais profundo que no estádio anterior, e existe redução da frequência cardíaca e da frequência respiratória; o estádio é aquele em que o sono é mais profundo, e a transição para a vigília se torna mais difícil. Geralmente, este último estádio ocorre no primeiro terço da noite (Magalhães & Mataruna, 2007).

2.2. Sono e a Pessoa em Situação Crítica

É definida como pessoa em situação crítica, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010, p.1)

A pessoa em situação crítica ao passar por unidades de Medicina Intensiva, vivencia eventos assustadores e stressantes, não só pelo ambiente em que está inserida e pela monitorização invasiva, bem como pela incerteza face à situação, que desencadeia sentimentos de fragilidade. Estas alterações, provocam na pessoa, consequências nefastas para o seu bem-estar e por conseguinte, alterações no seu padrão de sono. Neste sentido é fundamental a identificação dos factores que interferem no sono para que se consigam minimizar, proporcionando bem-estar e uma rápida recuperação.

Pisani (2015), refere que o sono e o repouso são das necessidades básicas humanas mais afetadas durante o internamento em unidades de medicina intensiva. Refere também, que a qualidade e a quantidade do sono estão interligadas com a recuperação da pessoa em situação crítica.

A pessoa em situação crítica apresenta diversas alterações como resultado do processo de adaptação à unidade inserida, uma vez que se encontra num ambiente desconhecido, privada da sua rotina habitual, submetida a constantes fatores que vão alterar o sono (Saldanã, 2013).

Saldanã (2013), refere que para um adulto ter um sono reparador, deve dormir entre 7 a 8 horas sem interrupções, independentemente do estadio em que se encontra. Os efeitos restauradores que os diferentes estadios apresentam, tornando-se numa necessidade importante, sendo fundamental completar esse processo.

Nas unidades de medicina intensiva, o padrão de sono da pessoa em situação crítica, apresenta-se fragmentado e de má qualidade, seja por fatores ambientais inerentes à unidade, ou pelos cuidados de enfermagem, que vão perturbar a qualidade de sono. A perturbação do sono na pessoa em situação crítica, é definida pela diminuição dos estadios de sono, causando desconforto e um impacto negativo na qualidade de vida (Tembo, 2013).

É descrito como fator ambiental, tudo o que rodeia a pessoa na unidade, incluindo os equipamentos e as condições que o serviço apresenta (ruído e iluminação). O ruído é destacado como o fator que mais perturba o padrão de sono. Estudos revelam que para a

pessoa em situação crítica, o ruído torna-se mais prejudicial, quando estes estão remetidos ao leito, incapazes de comunicar e de mover-se, resultando na diminuição da duração do sono, na fragmentação do sono e estrutura, com predomínio nos estádios 1 e 2, e redução dos estádios 3, 4 e REM. A origem do ruído é diversa, podendo ser causado pela conversa entre a equipa de profissionais presentes (na maioria enfermagem), a abertura de portas, o som do telefone e pelo som dos monitores utilizados. Relativamente à abertura das portas, 60% das pessoas relacionam este como um fator que perturbou o sono; 77,5% do ruído identificado está relacionado com o som dos monitores e o alarme dos equipamentos e 51% relacionado com o alarme das bombas infusoras; O ruído associado às conversas entre a equipa de saúde, mais concretamente, à equipa de enfermagem, corresponde a 17,7% (Saldanã, 2013).

Hamze (2015), descreve o sono, como sendo essencial para o equilíbrio do corpo, favorecendo o descanso, bem-estar e o equilíbrio de vários sistemas do organismo. Os doentes internados em Unidades de Medicina Intensiva, sofrem constantemente alterações do seu padrão normal de sono, originando consequências a nível psicológico e fisiológico, que por sua vez conduzem a um aumento da mortalidade e morbidade (Marques, 2016).

É comum a alteração do padrão do sono da pessoa em situação crítica internada em unidades de cuidados intensivos. Tais alterações, apresentam como fatores, não só os condicionantes associados à doença como também ao ambiente nestas unidades, em que o ruído, a prestação dos cuidados, administração de medicação e luminosidade estão presentes (Marques, 2016).

Beltrami (2015), evidencia que, os fatores que condicionam estas alterações no padrão de sono são multifatoriais. A literatura refere que a causa mais frequente de perturbação do sono é o ruído, devido aos alarmes de bombas infusoras, alarmes de monitores, diálogo entre a equipa multidisciplinar e barulho de portas a abrir. Outros fatores descritos são a luminosidade, prestação de cuidados ao doente durante o período noturno e a ventilação mecânica. Todos estes fatores vão prejudicar a qualidade de sono do doente crítico, apresentando um impacto negativo na recuperação do mesmo.

Um estudo de Hamze (2015), destaca que o padrão de sono dos doentes internados em cuidados intensivos é sujeito várias vezes a interrupções devido à monitorização invasiva, à administração de terapêutica, colheita de sangue para análises e como principal fator, o ruído ambiental.

Os cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem também são descritos como responsáveis pela interrupção do sono, sendo que 95%, se deve à administração de medicação. Na impossibilidade de ajustar o horário da medicação, o enfermeiro, deve administrar a mesma com o menor ruído e estímulos à pessoa. A monitorização dos parâmetros vitais, especificamente, a tensão arterial, também é um fator que interfere no padrão de sono. Para tal, o enfermeiro deve, no período noturno, ajustar o intervalo da monitorização da tensão arterial, de forma adequada, tendo em conta a situação clínica da pessoa. O reposicionamento no leito e a realização da higiene, são outros fatores que interrompem o padrão de sono, sendo que muitas vezes não são respeitadas as rotinas normais da pessoa (Saldanã, 2013).

Os procedimentos de enfermagem, são considerados como fatores que interrompem o padrão de sono da pessoa em situação crítica, pelo que os mesmos devem ser repensados no sentido de providenciar bem-estar e hábitos de promoção do sono.

A pessoa em situação crítica pode sofrer alterações fisiológicas através da privação do sono. Para Hamze (2015), vai ocorrer alterações no sistema imunológico, distúrbios a nível psicológico e da regulação da temperatura, levando a um impacto negativo da qualidade de vida.

Beltrami (2015), refere que existem fatores inerentes à pessoa que também condicionam o padrão de sono e a qualidade, como a presença de dor, stress e ansiedade, dificuldade em comunicar ou mover.

A promoção do sono é crucial na pessoa em situação crítica, pelo que é imprescindível promover estratégias, por parte da equipa de enfermagem, que promovam um padrão de sono de qualidade, de forma a possibilitar uma rápida recuperação do estado de saúde.

Saldanã (2013) e Beltrami (2015), destacam as seguintes estratégias a adotar para promover o sono da pessoa em situação crítica, em unidades de medicina intensiva:

- Regulação da luminosidade junto da pessoa, em que o mínimo de luz deve ser utilizado, quando é necessário abordar a mesma;
- Controlo dos níveis do ruído, através dos ajustes dos alarmes ou diminuição do som dos mesmos (bombas infusoras, ventiladores e monitores) no período noturno, diminuição do som do telefone, fechar a porta lentamente; moderação nas conversas entre pares;

- Modificação do horário da medicação (especialmente a medicação por via oral) e evitar colher sangue para análises no período noturno;
- Evitar cuidados de conforto, como a higiene, higiene oral, limpeza ocular, cuidados com cateteres, e frequentes reposicionamentos no leito, no período noturno;
- Oferta de tampões para os ouvidos;
- Alívio adequado da dor;
- Técnicas de relaxamento, como musicoterapia com fones e escuta do som do oceano e massagens.

O projeto de intervenção, tem como objetivos:

- Identificar quais os fatores. que interferem no padrão de sono no doente internado na UCInt;
- Adotar estratégias promotoras para a qualidade do sono;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a promoção do sono através de ações de formação;

Estratégias:

- Realizar uma Norma de Orientação clínica;
- Questionário à equipa de enfermagem sobre a pertinência do tema e obtenção de dados sociodemográficos;
- Ação de formação de forma a analisar a evidência científica mais atual e a proposta de NOC.

3. ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Competências comuns do Enfermeiro Especialista	Atividades a desenvolver
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, com base na tomada de decisão ético-deontológica; - Colaborar na tomada de decisão ética, juntamente com a enfermeira orientadora, na avaliação sistémica das melhores práticas, com base nas necessidades do doente em situação crítica.
A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a proteção dos direitos humanos; - Promover a privacidade, segurança e dignidade da pessoa em situação crítica.
B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar entrevista informal à enfermeira orientadora e à enfermeira coordenadora acerca das necessidades formativas da unidade; - Entrevista informal com a enfermeira orientadora de forma a avaliar a pertinência do projeto de intervenção; - Apresentar à equipa de enfermagem da UCint, os resultados do estudo a realizar, de forma a contribuir no desenvolvimento de projetos na área da qualidade; - Realizar pesquisa com base na evidência científica mais atual sobre o tema do projeto de intervenção; - Conhecimento das normas existentes de forma a relacionar com a prática clínica.
B2. Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Aceder à evidência científica mais atual e às normas da UCint para a avaliação da qualidade; - Promover a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, atendendo a

	<p>cada pessoa em situação crítica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerir os registos de enfermagem com vista a melhoria dos cuidados prestados e continuidade da qualidade; - Colaborar na passagem de turno, de forma a promover a qualidade de cuidados.
B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a importância de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança para mim, para o doente e a equipa multiprofissional, envolto em bem-estar e gerindo o risco; - Refletir sobre a importância da terapêutica administrada; - Compreender a gestão da administração da terapêutica de forma segura, tendo em conta a regra dos 5 certos.
C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar o plano de enfermagem e compreender as necessidades da pessoa em situação crítica; - Refletir sobre a importância da articulação entre os membros da equipa multiprofissional; - Colaborar na passagem de turno de forma a otimizar a resposta da equipa de enfermagem nos turnos seguintes.
C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a otimização da equipa de enfermagem adequando os recursos, de forma a dar respostas às necessidades da pessoa em situação crítica; - Compreender e refletir sobre os distintos papéis de todos os membros da equipa; - Compreender o processo de admissão e transmissão de informação à família de forma a preparar para o ambiente envolvente e a situação clínica que o doente apresenta;

	- Promover o trabalho em equipa.
D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	- Demonstrar consciência de mim, enquanto pessoa e enfermeira; - Reconhecer e refletir acerca dos meus próprios recursos e limites pessoais e profissionais.
D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	- Pesquisar evidência científica mais atual, responsabilizando-me por ser facilitadora na minha aprendizagem; - Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento à pessoa em situação crítica; - Debater as minhas dúvidas, após pesquisa bibliográfica, com a enfermeira orientadora.
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	Atividades a desenvolver
K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	- Compreender os critérios de admissão da UCint; - Entrevista informal com a enfermeira orientadora de forma a compreender a dinâmica do serviço; - Compreender a situação de doença da pessoa em situação crítica; - Compreender os módulos ventilatórios na Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI); - Adquirir conhecimentos sobre a realização de Cough Assist; - Adquirir conhecimentos sobre a realização de oxigenioterapia de Alto Fluxo;

- Compreender a importância do posicionamento à pessoa em situação crítica;
- Compreender a monitorização hemodinâmica invasiva no doente instável;
- Adquirir conhecimentos sobre a monitorização através do cateter arterial;
- Adquirir conhecimentos sobre a interpretação de gasometrias;
- Gerir a terapêutica de forma diferenciada, atendendo às necessidades da pessoa em situação crítica;
- Implementar a escala de dor atendo à situação clínica de cada doente;
- Adquirir conhecimentos acerca da utilização da escala de coma de Glasgow;
- Gerir a comunicação terapêutica com a pessoa em situação crítica;
- Compreender a dinâmica da transferência de doentes para um serviço de internamento;
- Compreender a dinâmica do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica;
- Desenvolver e consolidar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem perante o doente politraumatizado;
- Desenvolver conhecimentos acerca dos cuidados a ter com a pessoa traqueostomizada;
- Compreender o processo de transferência de doente crítico para outras unidades de saúde, através de helitransporte;
- Identificar sinais de instabilidade clínica no doente crítico prevenindo possíveis complicações;

	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a dinâmica de funcionamento dos vários setores do serviço de urgência do CHUA; - Refletir sobre a importância do enfermeiro na sala de reanimação; - Compreender a importância da triagem de Manchester; - Elaborar uma sessão de formação em serviço acerca “Promoção do Sono no Doente Crítico”.
<p>K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o plano de emergência interna do CHUA – Faro; - Compreender a dinâmica da UCint em caso de catástrofe ou emergência multi-vítima; - Elaborar cartões de ação, acerca da atuação da equipa de enfermagem da Medicina 2B, em situação de emergência multi-vítima.
<p>K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver uma prática de enfermagem segura através da aplicação das precauções básicas do controlo de infeção para cada doente; - Compreender a dinâmica do GCR-PPCIRA; - Refletir sobre o papel da enfermeira especialista na Comissão de Controlo de Infeção; - Desenvolver uma atitude participativa na gestão das medidas de controlo de infeção da UCint; - Aplicar os feixes de intervenção no decorrer da prática clínica diária; - Aplicar as medidas de isolamento adicionais sempre que necessário; - Realizar sessão de formação em serviço acerca da aplicação das precauções adicionais do controlo de infeção.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association (2016). *Manual de estilo da APA: regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. Pp. 539-545. Brasil.
- Catalão, M. (2016). *Avaliação da carga de trabalho de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos em Portalegre. [Dissertação] Portalegre: Instituto Politécnico*.
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2016). *Organograma – Estrutura Orgânica*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centrohospitolar-do-algarve-epe/>, a 16 de maio de 2018.
- CIPE (2011). *Classificação para a prática de enfermagem, versão 2*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Decreto-Lei nº 69/2013 de 17 de maio. *Diário da República nº 95/2013 – I série*. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. *Diário da República: Série I, n.º 162*. Acedido em www.dre.pt, a 30 Setembro 2018.
- Dinarès, C., Rocha, P., & Fernandes, S. (2004). Distúrbios do sono na UCIP. *Revista de Enfermagem*, 4, 20-27
- Hamze, F., Souza, C., Chianca, T. (2015). Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidades de terapia intensiva. *Revista latino-americana de Enfermagem*. Setembro-Outubro 2015. Pp.789-796. Brasil.
- Magalhães, F & Mataruna, J. (2007). O Sono. pp. 103-120. Rio de Janeiro: editora Fiocruz
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega., J., Vaz, J., Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Setembro, p. 1-87. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf> a 30 setembro de 2018

- Pisani, M., Friese, R., Gehlbach, B., Schwab, R., Weinhouse, G., & Jones, S. (2015). Sleep in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, pp. 731–738.
- Tembo, A. C., Parker, V., & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care patients: finding from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, pp. 310-316.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº35, de 18 de fevereiro.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª série, nº35, de 18 de fevereiro.
- Saldanã, D., D., Reyes, A., Ruiz, M. (2013). El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investigación en Enfermería*. Vol.15, n.º1, 2013. pp. 51-63.
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008) - Supervisão em Ensino Clínico em Enfermagem. *Revista Referência*. Pp.91-108. 11ª série, nº6 – junho 2008.

Apêndice B – Questionário aplicado aos enfermeiros participantes no projeto

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Caro colega,

Eu, Carla Sofia Patrício Valente, Enfermeira no serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estou a desenvolver um trabalho de projeto de intervenção no contexto de Estágio na Unidade de Cuidados Intermédios, com o seguinte tema: “Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica”.

Com este questionário, pretendo realizar um diagnóstico de situação para avaliar a pertinência da realização do estudo supracitado e a avaliação dos enfermeiros da unidade face à necessidade formativa acerca da temática. Com a realização do projeto de intervenção é pretendido colaborar na melhoria dos cuidados de enfermagem face à promoção do sono dos doentes internados na UCint.

O seu preenchimento é voluntário e anónimo, sendo que a colaboração de todos é fundamental.

1. Idade _____

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Habilitações Literárias:

Licenciatura

Pós-Graduação qual? _____

Mestrado qual? _____

Pós-Licenciatura de Especialização qual? _____

Doutoramento qual? _____

4. Tempo de exercício profissional (anos):

5. Tempo de exercício profissional na UCint(anos):

6. Considera o tema alvo de estudo pertinente? Sim Não

7. Considera existirem na unidade, fatores que interferem com a qualidade do padrão de sono dos doentes? Sim quais? _____

Não

8. Considera importante a realização de uma sessão de formação em serviço acerca da temática? Sim Não

9. Comentários/Sugestões

Muito Obrigado pela colaboração!

Apêndice C – Consentimento Informado

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é redigida, queira por favor, assinar este documento.

Título do Estudo: Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica

Enquadramento: 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em associação com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crítica (Associação entre Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco).

Orientadora – Professora Doutora Maria Dulce Santiago (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja).

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende compreender quais os fatores que interferem no padrão de sono do doente, contribuindo para a promoção do mesmo nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intermédios. Com este estudo pretende-se contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo em conta as necessidades de cada doente.

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o fim a que se destinam, não existindo identificação de nenhum dos participantes e garantindo o total anonimato dos mesmos. Caso o participante manifeste vontade em abandonar e não colaborar no estudo durante o período de investigação, poderá fazê-lo sem qualquer consequência.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica.

Investigador: Carla Sofia Patrício Valente

Contacto Telefónico: [REDACTED]

Endereço Eletrónico: [REDACTED]

Assinatura:

Data:

____/____/____


Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura do Participante:

Data:

____/____/____

Apêndice D – Proposta de Norma de Orientação Clínica

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p>Proposta de Norma de Orientação Clínica</p>	<p>Nº /NP/CHA</p>	<p>Página 1 de 18</p>
<p>ASSUNTO: PROMOÇÃO DO SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</p>		<p>ELABORADA POR: Enfª Carla Valente Enfª Liliana Gonçalves Em: 23/01/2019</p>	
		<p>VALIDADO POR: Em: / /2019</p>	
<p>DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR QUADRO DE REFERÊNCIAS – Norma Hospitalar</p>		<p>APROVADA POR:</p>	
<p>ENTRADA EM VIGOR: Imediata</p>		<p>A Rever em:</p>	
<p>PALAVRAS-CHAVE: Sono, Privação do sono, Cuidados Críticos, Cuidados de enfermagem.</p>			

Proposta de Norma de Orientação Clínica (NOC)

Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica

As Normas de Orientação Clínica (NOC) são um conjunto de recomendações, *guidelines*, elaboradas de forma sistematizada. A criação de uma NOC é imprescindível na abordagem da promoção do sono, tendo por base a evidência científica mais atual. Permite uniformizar os cuidados prestados à pessoa em situação crítica de forma a contribuir para a promoção do padrão de sono, apoiar a equipa de enfermagem na tomada de decisão, dissipando as incertezas e as vulnerabilidades, tornando a decisão mais simplificada¹.

1 – Introdução

O sono integra-se no sistema sono-vigília, em que existe um estado de imobilidade e desconexão parcial, perante o ambiente que nos envolve. Este é parte integrante da vida do ser humano, sendo uma necessidade básica imprescindível na restauração física e psicológica, contribuindo para o seu bem-estar. Caracteriza-se pela diminuição do estado de consciência, dos movimentos musculares e pela lentificação do metabolismo².

Durante o período da noite, em que ocorre o sono, as funções fisiológicas e os sistemas do corpo humano, sofrem alterações, acompanhando o ciclo do sono². A pessoa necessita de regularizar o sono para obter a plenitude do repouso e regenerar os processos do organismo. O repouso define-se, pelo período em que o corpo está em descanso, em que a consciência se encontra em inatividade completa ou parcial³.

A regularização do sono é fulcral para o organismo da pessoa, uma vez que, permite manter e produzir energia, estabelecer o humor, regular os processos de crescimento celular, regular o sistema imunitário, controlar a temperatura corporal, assim como regular o sistema respiratório e circulatório. O sono é uma atividade essencial para a promoção do bem-estar físico, emocional e psicológico⁴.

A pessoa em situação crítica ao passar por unidades de Medicina Intensiva, como a Unidade de Cuidados Intermédios, vivencia eventos assustadores e stressantes, não só pelo ambiente em que está inserida e pela monitorização invasiva, bem como pela incerteza face à situação, que desencadeia sentimentos de fragilidade. Estas alterações, provocam na pessoa, consequências nefastas para o seu bem-estar e por conseguinte, alterações no seu padrão de sono, pelo que é fulcral adotar estratégias que permitam ao enfermeiro a promoção do padrão de sono.

Objetivos

- Promover o padrão de sono na pessoa em situação crítica na Unidade de Cuidados Intermédios (UCint) do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA) – Faro, através da adoção de medidas não farmacológicas, por parte dos enfermeiros;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica de forma a promover o padrão de sono;
- Regularizar o ciclo vigília-sono na pessoa em situação crítica na UCint;
- Adotar estratégias promotoras para a qualidade do sono;

A elaboração da presente NOC tem como objetivo promover o padrão de sono da pessoa em situação crítica internada na UCint, melhorando os cuidados prestados e a qualidade de vida, tendo por base evidência científica e *Guidelines* mais recentes: *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Imobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU* (Devlin, 2018)⁵; *Sleep in the intensive Care Unit – Concise Clinical Review* (Pisani, 2015)⁶; *Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit (review)* (Hu, et al, 2015)⁷; *Sono na Unidade de Terapia Intensiva* (Beltrami, 2015)⁸; *El ruido y las*

actividades de enfermeira: factores perturbadores del sueño (Saldanhã, 2013)⁹.

A realização da presente NOC teve a aprovação e conhecimento da comissão de ética do CHUA-Faro.

Destinatários: Enfermeiros da UCint.

Frequência: Durante qualquer turno, de forma a promover o ciclo de vigília-sono ao longo do dia. O enfermeiro deve colocar em prática as intervenções promotoras do padrão de sono, principalmente, no final do turno da tarde (turno da tarde: 15:30h-00:00h) e durante o turno da noite (turno da noite: 23:30h-08:30h).

Orientações gerais

- Destina-se a todas as pessoas em situação crítica internadas na UCint;
- A abordagem à pessoa deve ser realizada de forma individualizada e devidamente planeada;
- As intervenções a realizar de forma a promover o padrão de sono, devem ser aplicadas a cada pessoa, através de uma abordagem holística atendendo à sua situação clínica, podendo as mesmas serem passíveis de alterações.

2. Fundamentação

É definida como pessoa em situação crítica, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”¹⁰.

O sono e o repouso são das necessidades básicas humanas mais afetadas durante o internamento em unidades de medicina intensiva. A qualidade e a quantidade do sono estão interligadas com a recuperação da pessoa em situação crítica⁶.

A pessoa em situação crítica apresenta diversas alterações como resultado do processo de adaptação à unidade inserida, uma vez que se encontra num ambiente desconhecido, privada da sua rotina habitual, submetida a constantes fatores que vão alterar o sono. Para um adulto ter um sono reparador, deve dormir entre 7 a 8 horas sem interrupções, independentemente do estadio em que se encontra. Os efeitos restauradores que os diferentes estadios apresentam, são uma necessidade importante, sendo fundamental completar esse processo⁹.

Nas unidades de cuidados intermédios, o padrão de sono da pessoa em situação crítica, apresenta-se fragmentado e de má qualidade, seja por fatores ambientais inerentes à unidade, ou pelos cuidados de enfermagem, que vão perturbar a qualidade de sono. A perturbação do sono na pessoa em situação crítica, é definida pela diminuição dos estadios de sono, causando desconforto e um impacto negativo na qualidade de vida¹¹.

As razões para a interrupção do padrão de sono são multifatoriais e incluem, a situação clínica da pessoa em situação crítica, dor, ansiedade; fatores ambientais, tudo o que rodeia a pessoa na unidade, incluindo os equipamentos e as condições que o serviço apresenta (ruído e iluminação, a exposição contínua à luz pode alterar o ritmo circadiano natural do doente); e a prestação de cuidados de enfermagem^{5,6,8,9}.

Tabela I – Estadio de Sono²

<p>NREM</p> <p><i>(non-rapid eye movement)</i></p> <p>O ciclo de sono corresponde a 75% do sono NREM</p>	<p>Estadio 1: Estado superficial em que a pessoa adormece, mas rapidamente volta à fase de vigília e desperta facilmente.</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duração de 5 a 10 minutos. ▪ Respiração lenta e regular; ▪ Os olhos revelam movimentos lentos.
	<p>Estadio 2: O sono é mais profundo (corresponde a 50% do tempo total do sono da pessoa).</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os movimentos oculares normalmente não existem; ▪ Os músculos encontram-se relaxados; ▪ Existe diminuição dos movimentos corporais.
	<p>Estadio 3: O sono é mais profundo que no estadio anterior.</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe redução da frequência cardíaca; ▪ Redução da frequência respiratória.
	<p>Estadio 4: O sono é o mais profundo.</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A transição para a vigília torna-se mais difícil; ▪ Ocorre no primeiro terço da noite.

<p>REM</p> <p><i>(rapid eye movement)</i></p> <p>O ciclo de sono corresponde a 25% do sono REM</p>	<p>Estadio dos sonhos: traduz-se pelos movimentos oculares rápidos.</p> <p><u>Tem como características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento da frequência respiratória, sendo irregular e superficial; ▪ Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e existe atonia muscular. ▪ Os músculos das vias aéreas superiores relaxam, existem um aumento do consumo de oxigénio cerebral; ▪ A regulação da temperatura corporal fica comprometida; ▪ Neste sono, quando as pessoas são despertadas, relatam histórias e sonhos bizarros, sendo assim também conhecido como estadio dos sonhos.
--	--

O sono é descrito, como sendo essencial para o equilíbrio do corpo, favorecendo o descanso, bem-estar e o equilíbrio de vários sistemas do organismo. A pessoa em situação crítica, sofre constantemente alterações do seu padrão normal de sono, causando consequências a nível psicológico e fisiológico, que por sua vez conduzem a um aumento da mortalidade e morbidade¹².

Cada vez mais, é possível verificar as consequências associadas à privação do sono. A gravidade destas consequências é variável e depende do tempo em que a pessoa se encontra privada de sono, da idade do doente, a motivação do mesmo, a sua personalidade, bem como do ambiente que o rodeia^{6,8,13}.

A pessoa em situação crítica internada em unidades de medicina intensiva apresentam perturbações do sono, em que a sua condição clínica pode agravar, causando confusão, sentimentos de frustração e depressão. Os doentes com alteração do padrão de sono, apresentam mais sensibilidade à dor, sendo necessário o uso de mais analgésicos².

A privação do sono apresenta consequências para a pessoa em situação crítica, a nível cognitivo, metabólico, imunológico e provoca desequilíbrio no sistema nervoso simpático-parasimpático. Todas estas consequências, relativamente à privação do sono, vão produzir várias complicações, que pode levar a uma agudização do seu estado clínico, consequentemente ao aumento dos dias de internamento, e por sua vez a um aumento da morbidade e mortalidade⁹.

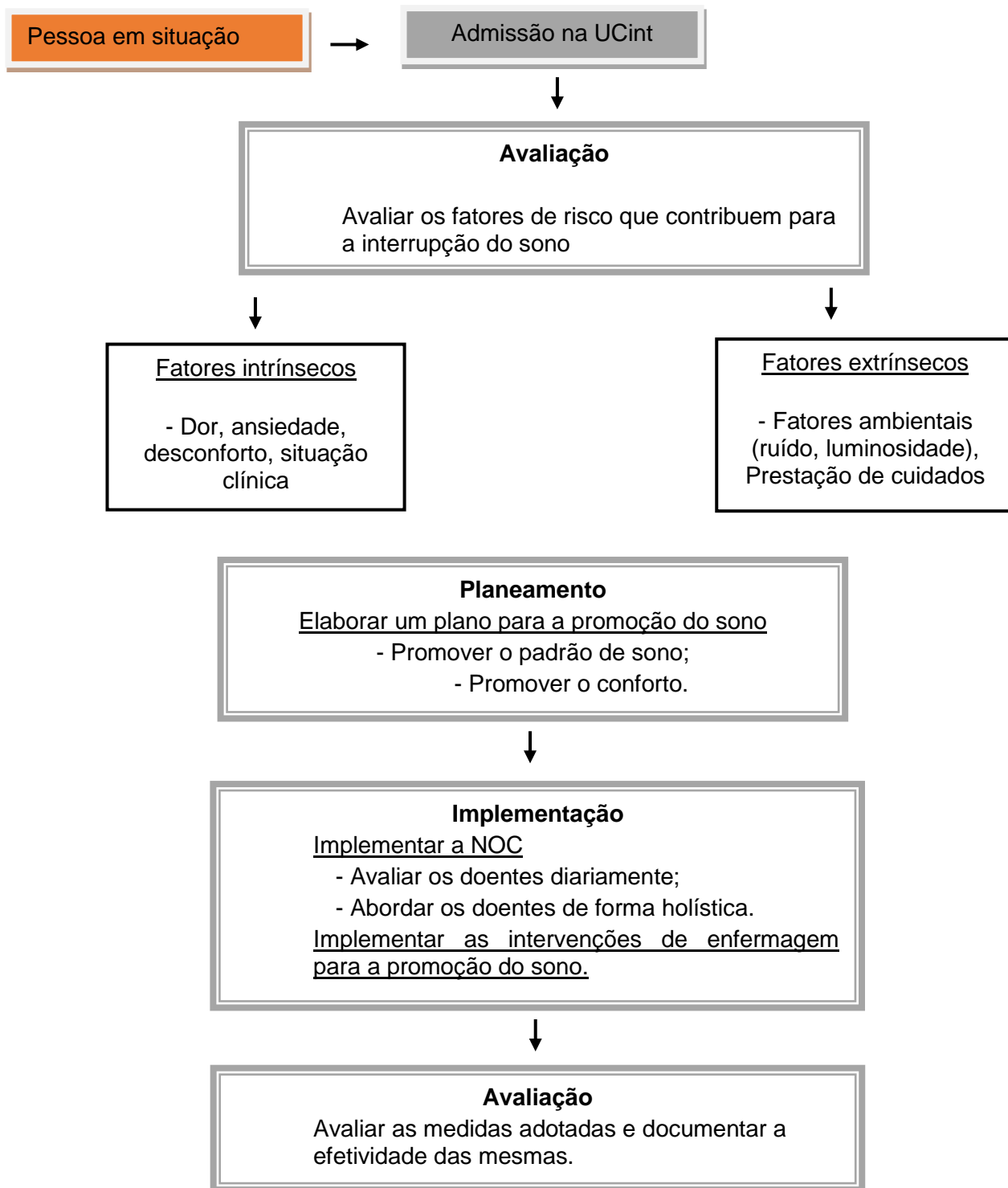
Crises de asma e acidentes vasculares cerebrais tendem a ocorrer mais durante a noite devido a

perturbações do sono. A privação do sono pode desencadear convulsões a pessoas com epilepsia².

Quando o doente se encontra no estágio de sono REM e é interrompido, pode existir sintomas de apatia, maior sensibilidade à dor, diminuição da concentração, irritabilidade e perturbações a nível mental e emocional. Quando a perturbação do sono é no estágio de sono NREM, pode verificar-se no doente um maior cansaço, diminuição das defesas do sistema imunitário e comprometimento da regeneração celular e das propriedades de renovação e reparação do doente⁹.

Para que exista um controlo eficaz dos problemas associados à privação de sono é fundamental a promoção do sono na pessoa em situação crítica, de forma a contribuir para a qualidade de vida dos mesmos e para a diminuição das consequências causadas.

3. Algoritmo de abordagem à pessoa em Situação Crítica para a Promoção do Sono



Fonte: Elaboração das autoras da presente NOC

2. Recomendações para a Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica

Seguidamente serão apresentadas recomendações que fornecem orientações a adotar para a promoção do sono da pessoa em situação crítica na UCint, baseadas na evidência científica mais atual em artigos e *guidelines*. Algumas recomendações podem apresentar mais que um nível de evidência, uma vez que vários desenhos de estudo suportam as múltiplas componentes de uma recomendação. Será referido o nível de evidência e grau de recomendação de cada estudo.

Tabela 2 – Níveis de Evidência

Nível de Evidência	Fonte da Evidência
Ia	Evidências obtidas a partir de meta-análises ou revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e / ou síntese de múltiplos estudos principalmente de pesquisa quantitativa.
Ib	Evidência obtida de pelo menos um estudo randomizado controlado.
IIa	Evidência obtida de pelo menos um estudo controlado bem delineado sem aleatorização.
IIb	Evidência obtida de pelo menos um tipo de estudo quase experimental bem delineado, sem aleatorização.
III	Síntese de múltiplos estudos principalmente de natureza qualitativa.
IV	Evidência obtida a partir de estudos observacionais não experimentais bem delineados, tais como estudos analíticos ou estudos descritivos e / ou estudos qualitativos
V	Evidência obtida de pareceres de peritos ou relatórios de comitês e / ou experiências clínicas de autoridades respeitadas.

Fonte: adaptado de *Registered Nurses Association of Ontario*: <https://bpgmobile.rnao.ca/node/819>

(Tradução: Carla Valente, novembro 2018)

A promoção do sono é fulcral na pessoa em situação crítica, pelo que é imprescindível promover estratégias, por parte da equipa de enfermagem, que promovam um padrão de sono de qualidade, de forma a possibilitar uma rápida recuperação do estado de saúde. **(Ia)**

Recomenda-se a criação de protocolos para a promoção do sono da pessoa em situação crítica. **(Ia)**

Recomendação	Nível de Evidência
<p>Recomendação 1: Reduzir a Luminosidade no período noturno.</p> <p>Deve-se regular a luminosidade junto da pessoa, em que deve ser utilizado o mínimo de luz, quando é necessário abordar a mesma, diminuir a intensidade da luz na unidade ou ligar apenas as luzes indispensáveis e facultar máscara para os olhos para proteger da luz.^{5,6,7,8,9}</p> <p>É recomendado à pessoa em situação crítica, o uso de máscara para os olhos. O enfermeiro deve perguntar à pessoa se quer a máscara, removendo a mesma pela manhã.^{5,7,9}</p> <p>O padrão de sono de cada pessoa é regulado por mecanismos homeostáticos e circadianos. O ritmo circadiano caracteriza-se por um ciclo de aproximadamente 24 horas, em que através de um marca-passo interno, localizado no hipotálamo, ajuda a regular o ciclo sono-vigília. Este ciclo sincroniza-se com as 24 horas do dia, através de estímulos do ambiente que nos envolve e sobretudo, da luminosidade ao longo do dia. O ciclo pode ser influenciado por ambientes em que não há diferenciação do dia e da noite ou do claro e escuro. Durante este ciclo, existe uma hormona excretada, a melatonina, em que a sua produção esta influenciada pelo ciclo circadiano, sendo mais elevada no período da noite, na ausência de luz.^{5,6,8,9}</p>	Ib, IV
<p>Recomendação 2: reduzir os níveis de ruído no período noturno.</p> <p>O ruído é destacado como o fator que mais perturba o padrão de sono.^{5,6,7,8,9} O controlo do ruído apresenta melhorias do conforto para o doente</p>	Ia, III

possibilitando períodos ininterruptos de sono.^{5,6,8,9} Para a pessoa em situação crítica, o ruído torna-se mais prejudicial quando estes estão remetidos ao leito, incapazes de comunicar e de mover-se, resultando na diminuição da duração do sono, na fragmentação do sono e estrutura, com predomínio nos estádios 1 e 2, e redução dos estádios 3, 4 e REM.^{6,8,9}

A origem do ruído é diversa, podendo ser causado pela conversa entre a equipa de profissionais presentes (na maioria enfermagem), a abertura de portas, o som do telefone e pelo som dos monitores utilizados, alarme de bombas infusoras, alarmes de monitores.^{6,8,9,13} Saldanã (2013), refere que, relativamente à abertura das portas, 60% das pessoas relacionam este como um fator que perturbou o sono; 77,5% do ruído identificado está relacionado com o som dos monitores e o alarme dos equipamentos e 51% relacionado com o alarme das bombas infusoras; O ruído associado às conversas entre a equipa de saúde, mais concretamente, à equipa de enfermagem, corresponde a 17,7%.⁹

É recomendado à pessoa em situação crítica, o uso de tampões para os ouvidos. O enfermeiro deve perguntar à pessoa se quer os tampões, removendo os mesmos pela manhã. Ao utilizar os tampões, a pessoa em situação crítica tem menos despertares durante a noite e apresenta aumento do sono REM.^{5,6,7,8,9}

Fatores, relacionados com o ruído, que interferem com o padrão de sono:^{6,8,9,13}

- Diálogo entre equipa multidisciplinar;
- Abertura de portas;
- Som do telefone;
- Som do alarme do monitor;
- Som do alarme das bombas infusoras;
- Som do alarme do VNI.

Recomendação 3: Adaptar intervenções de enfermagem no período noturno de forma a promover o padrão de sono da pessoa em situação crítica

III

As intervenções de enfermagem são um dos fatores que interferem no

padrão de sono.^{5,6,7,8,9,13} Deve-se avaliar o doente, de forma individualizada, e planejar as intervenções no período noturno, com o intuito de promover o padrão de sono, atendendo à sua situação clínica.

Os cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem são descritos como responsáveis pela interrupção do sono, sendo que 95%, se deve à administração de medicação.⁹

O estudo conduzido por Hamze (2015), observou a prestação de cuidados dos enfermeiros, através de filmagem, de forma a verificar quais as intervenções que interrompem o padrão de sono da pessoa em situação crítica, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Constatou-se que as intervenções que mais interromperam o padrão de sono foram: a monitorização dos sinais vitais (20,6%), avaliação do doente (17,0%), administração de medicação por via oral (13,6%), monitorização da glicémia capilar (7,8%), colheita de sangue (3,2%), reposicionamento no leito e troca de fralda (2,6%). A maior frequência da prestação de cuidados verificou-se entre as 2h e as 5horas.¹²

Na impossibilidade de ajustar o horário da medicação, o enfermeiro, deve administrar a mesma com o menor ruído e estímulos à pessoa. A monitorização dos parâmetros vitais, especificamente, a tensão arterial, também é um factor que interfere no padrão de sono. Para tal, o enfermeiro deve, no período noturno, ajustar o intervalo da monitorização da tensão arterial, de forma adequada, tendo em conta a situação clínica da pessoa. O reposicionamento no leito, realização da higiene, a troca de roupa da cama e cuidados com os cateteres, são outros fatores que interrompem o padrão de sono, sendo que muitas vezes não são respeitadas as rotinas normais da pessoa.⁹

As técnicas de relaxamento são fundamentais para induzir o sono. Num estudo com pessoas em situação crítica, houve melhoria da qualidade e quantidade de sono quando receberam uma massagem nas costas durante 6 minutos.^{6,7,8}

Num estudo, realizado com pessoas em situação crítica em unidades de medicina intensiva, verificou-se a melhoria da qualidade e quantidade de sono quando as mesmas receberam uma massagem nas costas durante 6 minutos, antes

de se prepararem para dormir. Foi possível também, analisar os efeitos da audição de música para a promoção do sono, verificando que os participantes do grupo de música, ao ouvir música antes de dormir, melhorava a qualidade e quantidade de sono, comparativamente aos participantes que não ouviam música (Hu, et al., 2015).⁷

Os procedimentos de enfermagem, são considerados como fatores que interrompem o padrão de sono da pessoa em situação crítica, pelo que os mesmos devem ser repensados no sentido de providenciar bem-estar e hábitos de promoção do sono.

Fatores, relacionados com as intervenções de enfermagem, que interferem com o padrão de sono:^{9,13}

- Administração de terapêutica, principalmente por via oral no período noturno;
- Monitorização dos parâmetros vitais – tal como a monitorização da tensão arterial não invasiva;
- Técnica de reposicionamento no leito que não seja confortável para o doente;
- Cuidados de higiene e conforto durante o período noturno;
- Colocação de dispositivos de oxigenioterapia.

Recomendação 4: Avaliar os fatores intrínsecos da pessoa em situação crítica que podem prejudicar o padrão de sono.

Existem fatores inerentes à pessoa que também condicionam o padrão de sono e a qualidade, como a sua situação clínica, presença de dor, stress e ansiedade e dificuldade em comunicar ou mobilizar-se.^{6,8}

Antecedentes pessoais como DPOC e asma contribuem para a má qualidade de sono. Os doentes com doenças neurológicas, distúrbios do sono como a apneia obstrutiva, obesidade ou com insuficiência cardíaca sistólica grave também apresentam fragmentação do sono e alteração da arquitetura do mesmo. Os doentes no pós-operatório imediato de grandes cirurgias apresentam redução dos

IV

estágios de sono, estágio 3 e REM.⁶

A presença de dor é uma queixa frequente na pessoa em situação crítica que vai influenciar o padrão de sono e conseqüentemente a má qualidade do mesmo.^{5,6,8,9}

Os fatores intrínsecos que interferem no padrão de sono da pessoa em situação crítica são^{5,6,8,9}:

- Dor;
- Ansiedade;
- Desconforto;
- Situação clínica.

Existem medicamentos que podem ser administrados na Unidade de Cuidados Intermédios que podem atenuar os fatores intrínsecos referidos anteriormente, porém, importa saber que vários medicamentos, como vasopressores, antibióticos, sedativos e analgésicos podem ter um impacto negativo na qualidade e quantidade do sono e na sua estrutura. Podem também apresentar um impacto negativo no padrão de sono quando estes são retirados de forma abrupta.^{5,6,8}

As benzodiazepinas têm demonstrado aumentar o tempo total de sono, reduzindo o número de vezes que o doente desperta, no entanto, vão apresentar um impacto negativo na estrutura do sono quando utilizados de forma crónica, pois vão prolongar o estadio 2 do sono NREM e vão diminuir o sono REM. Em pessoas em situação crítica, o propofol demonstrou suprimir o sono REM e piorar a qualidade de sono. Os anti-depressivos tricíclicos podem suprimir o sono REM, no entanto podem melhorar a qualidade de sono do doente.⁶

O Haloperidol é o antipsicótico mais utilizado e verifica-se que existe um aumento da eficiência do sono, especialmente, do estadio 2 do sono NREM. Por sua vez, a olanzapina e a risperidona provoca aumento do sono profundo.^{6,8}

Os analgésicos, são a base do tratamento para a dor e desconforto da pessoa em situação crítica, no entanto também têm um impacto negativo na estrutura do sono, existindo supressão do sono REM e fragmentação da sua

estrutura, quando administrados em doses superiores a 10 mg / hora, por afetarem o sono através de seus efeitos sobre os receptores adrenérgicos. Os anti-inflamatórios não esteroides podem afetar o padrão de sono de forma negativa, aumentando as vezes que o doente desperta durante a noite, diminuindo a sua qualidade. Tanto os analgésicos como os anti-inflamatórios não esteroides tem um papel fulcral e significativo no conforto da pessoa em situação crítica, pelo que deve ser encontrado o equilíbrio na sua administração.⁶

Os betabloqueadores podem apresentar um impacto negativo no padrão sono e causar insónia e pesadelos devido ao sono REM ficar suprimido. A amiodarona apresenta efeitos neurológicos em cerca de 20-40% dos doentes, incluindo insónias e pesadelos.^{6,8}

Tabela III - Consequências da privação do sono

Consequências da privação do sono^{5,6,7,8,9}

➤ **Cognitivo**

- Perda de memória;
- Diminuição das habilidades de comunicação;
- Diminuição da concentração;
- Confusão e delírio;
- Apatia;
- Alterações do humor;
- Irritabilidade;
- Ansiedade;
- Depressão.

➤ **Metabólico e endócrino**

- Aumento do catabolismo;
- Hiperglicemia;
- Aumento da produção do cortisol.

➤ **Imunológico**

- Suscetibilidade à infeção;
- Diminuição da produção de anticorpos;
- Aumento dos parâmetros infecciosos.

➤ **Desequilíbrio no Sistema simpático-parassimpático**

- Alteração da pressão arterial e frequência cardíaca;
- Aumento do consumo de O₂;
- Hipoxemia e Hipercapnia;
- Aumento do trabalho respiratório;
- Diminuição da eritropoiese.

- Agudização do estado clínico;
- Aumento dos dias de internamento;
- Aumento da morbidade e mortalidade.

4. Intervenções de enfermagem para a Promoção do Sono

Intervenções de enfermagem para a Promoção do Sono^{5,6,7,8,9,13}	
AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Fatores extrínsecos	
Luminosidade	
<ol style="list-style-type: none">1. Regular a luminosidade junto da pessoa, em que deve ser utilizado o mínimo de luz, quando é necessário abordar a mesma;2. Diminuir a intensidade da luz na unidade ou ligar apenas as luzes indispensáveis;3. Facultar máscara para os olhos para proteger da luz. (conforme máscara disponibilizada pela UCint).	<ol style="list-style-type: none">1. Regular os níveis de libertação de melatonina (excreção máxima à noite, pela ausência da luz);2. Permitir que a pessoa em situação crítica perceba que é noite e consiga iniciar o ciclo de sono;3. Caso a pessoa concorde, para reduzir ao máximo a luminosidade.
Ruído	
<ol style="list-style-type: none">1. Moderar as conversas entre a equipa multidisciplinar;2. Alertar os colegas para a importância do tom de voz mais moderado para o bem-estar do doente;3. Facultar tampões para os ouvidos, caso o doente concorde. (conforme tampões disponibilizados pela UCint).4. Abrir as portas da UCint com moderação;5. Abrir e fechar as portas lentamente;6. Alertar os colegas de outros serviços para a importância do controlo do ruído quando entram na unidade;7. Diminuir o som do telefone da unidade quando começa o turno da noite;	<ol style="list-style-type: none">1. Diminuir o ruído junto das pessoas em situação crítica;3. Caso doente concorde, para diminuir ao máximo o ruído existente na unidade;4. Evitar o ruído proveniente do exterior da unidade;7. Evitar o despertar repentino do doente;

<ol style="list-style-type: none"> 8. Ajustar os limites dos alarmes do monitor; 9. Diminuir o volume do som do monitor; 10. Verificar o transdutor da linha arterial e o correto funcionamento da mesma; 11. Preparar a medicação em uso na bomba infusora atempadamente; 12. Verificar o posicionamento das linhas de infusão de soros, bem como outras medicações, antes de o doente se preparar para dormir; 13. Diminuir o volume de som da bomba infusora; 14. Confirmar os parâmetros do VNI verificando se o doente está adaptado ao mesmo; 15. Ajustar o volume do alarme do VNI; 16. Ajustar o parâmetro do ventilador (<i>trigger</i>), conforme o doente se encontre calmo ou agitado; 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Diminuir o som dos alarmes de forma a que o enfermeiro consiga ouvir o som de igual forma e que não interfira no padrão de sono da pessoa; 10. Evitar longos períodos do som do alarme; 11. De forma a trocar rapidamente a medicação e evitar longos períodos de som do alarme; 12. Evitar longos períodos do som do alarme; 13. Diminuir o ruído na unidade; 14. Proporcionar conforto ao doente para que consiga dormir;
Prestação de cuidados de enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Modificar o horário da medicação (especialmente a medicação por via oral); 2. Evitar colheitas analíticas no período noturno; 3. Programar a monitorização da tensão arterial (caso não apresente linha arterial); 4. Considerar a pertinência de avaliações de temperaturas timpânicas durante o período noturno; 5. Evitar frequentes reposicionamentos no 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar interromper o padrão de sono do doente; 3. Conforme a necessidade e gravidade do doente, senão, optar por monitorizar no início e no final do turno da noite (1h e 6horas); 4. Conforme a necessidade do doente, senão, optar por o fazer no início do turno e no fim do turno (1h e 6h); 5. Proporcionar um decúbito confortável, de

<p>leito, no período noturno, excepto quando assim se justifica;</p> <p>6. Reposicionar o doente, antes de iniciar o processo para dormir, num decúbito confortável compatível para o período noturno, atendendo à sua situação clínica;</p> <p>7. Evitar cuidados de conforto, como a higiene, higiene oral, limpeza ocular e cuidados com cateteres no período noturno, excepto se a condição clínica assim o exigir;</p>	<p>forma a promover o padrão de sono, atendendo à situação clínica do doente;</p> <p>7. Respeitar o padrão de sono, durante o período noturno, de forma a evitar interromper o mesmo;</p>
<p>Fatores intrínsecos</p> <p>Dor, Ansiedade e Desconforto</p>	
<p>1. Realizar alívio adequado da dor;</p> <p>2. Gerir analgesia;</p> <p>3. Realizar técnicas de relaxamento, como musicoterapia com fones e escuta do som do oceano;</p> <p>4. Realizar massagens de relaxamento;</p> <p>5. Verificar se os lençóis se encontram limpos, secos e esticados sem pregas.</p> <p>6. Fornecer medicação para dormir (indutores de sono, antipsicóticos) se assim for necessário.</p>	<p>1. Contribuir para a qualidade de sono do doente;</p> <p>3. Proporcionar conforto e bem-estar ao doente antes de iniciar o processo de dormir;</p> <p>4. Caso a pessoa concorde, realizar a massagem antes de se preparar para dormir. Vai aumentar a qualidade do sono;</p> <p>6. De forma a permitir gerir a qualidade e quantidade do sono, segundo prescrição médica.</p>

BIBLIOGRAFIA

- 1 – Santos, S.; Azevedo, P; Carneiro, A., (2015). Normas de Orientação Clínica 2.0. *Acta médica, 12 Maio, (28), pp.395-414. Ordem dos Médicos.* Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/info/395-414-Apendice.pdf>.
- 2 - Magalhães, F & Mataruna, J. (2007). O Sono. pp. 103-120. Rio de Janeiro: *editora Fiocruz*
- 3 - Marques, M. (2016). A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos. [*Dissertação*]. Coimbra. Disponível em [file:///C:/Users/Use4/Downloads/D2015_10001822012_21116011_1%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Use4/Downloads/D2015_10001822012_21116011_1%20(7).pdf).
- 4 - Dinarès, C., Rocha, P., & Fernandes, S. (2004). Distúrbios do sono na UCIP. *Revista de Enfermagem, 4, 20-27.*
- 5 – Devlin et al. (2018). *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU (PADIS).* Society of Critical Care Medicine. pp. 825 – 873. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299.
- 6 - Pisani, M., Friese, R., Gehlbach, B., Schwab, R., Weinhouse, G., & Jones, S. (2015). Sleep in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, pp. 731–738.* doi: 10.1164/rccm.201411-2099CI.
- 7 – Hu, F., Jiang, Y., Chen, J., Zeng, Z., Chen, Y., Li, Y., Huining, X., Evans, W. (2015). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 10.* doi: 10.1002/14651858.CD008808.pub2.
- 8 - Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. pp. 539-545.* Brasil. doi: 10.1590/s1806-37562015000000056.
- 9 - Saldanã, D., D., Reyes, A., Ruiz, M. (2013). El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investigación en Enfermería. Vol.15, n.º1, 2013. pp. 51-63.* ISSN: 0124-205.
- 10 – Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.* Regulamento n.º 124/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 11 - Tembo, A. C., Parker, V., & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care patients: finding from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive and*

Critical Care Nursing, 29, pp. 310-316. doi: 10.1016/j.iccn.2013.05.003.

- 12 - Hamze, F., Souza, C., Chianca, T. (2015). Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidades de terapia intensiva. *Revista latino-americana de Enfermagem*. Setembro-Outubro 2015. pp.789-796. Brasil. doi: 10.1590/0104-1169.0514.2616.
- 13 – Ding, Q., Redeker, N., Pisani, M., Yaggi, H., Knauert, M., (2017). Factors influencing patients' sleep in the intensive care unit: perceptions of patients and clinical staff. *American journal of critical care*, julho, vol. 26, n.º. 4. pp.278-285. doi: 10.4037/ajcc2017333.

Apêndice E – Sessão de Formação em Serviço sobre a Promoção do Sono



SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS
UNIDADE DE FARO

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

PROMOÇÃO DO SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Formadora: Enfermeira Carla Valente
Tutora: Enfermeira Liliana Gonçalves (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
Docente Supervisora: Professora Doutora Maria Dulce Santiago

15 DE JANEIRO, 2019

Objetivos

➤ **Objetivo Geral:**

Promover o padrão de sono na pessoa em situação crítica na UCint, através da adoção de medidas não farmacológicas.

➤ **Objetivos específicos:**

Compreender a importância do ciclo vigília-sono na pessoa em situação crítica;

Analisar estratégias para a promoção do sono;

Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica de forma a promover o padrão de sono;

O Sono

O sono integra-se no sistema sono-vigília, em que existe um estado de imobilidade e desconexão parcial, perante o ambiente que nos envolve.



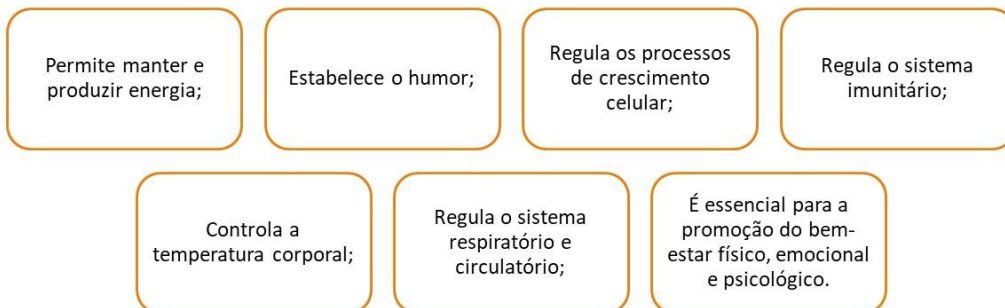
- Parte integrante da vida do ser humano;
- Necessidade básica imprescindível na restauração física e psicológica;
- Contribui para o bem-estar;
- Visa obter a plenitude do repouso e regenerar os processos do organismo.

O repouso define-se pelo período em que o corpo está em descanso, em que a consciência se encontra em inatividade completa ou parcial.

Magalhães, F & Mataruna, J. (2007)

O Sono

A regularização do sono é fulcral para o organismo da pessoa, uma vez que:



Dinarés, C., Rocha, P., & Fernandes, S. (2004)

Fisiopatologia do Sono

Estádios do sono	
NREM (non-rapid eye movement) O ciclo de sono corresponde a 75% do sono NREM	Estádio 1: Estado superficial em que a pessoa adormece, mas rapidamente volta à fase de vigília e desperta facilmente.
	Estádio 2: O sono é mais profundo (corresponde a 50% do tempo total do sono da pessoa).
	Estádio 3: O sono é mais profundo que no estágio anterior.
	Estádio 4: O sono é o mais profundo. A transição para a vigília torna-se mais difícil. Ocorre no primeiro terço da noite.

Magalhães, F & Mataruna, J. (2007)

Fisiopatologia do Sono

Estádios do sono	
REM (rapid eye movement) O ciclo de sono corresponde a 25% do sono REM	Estádio dos sonhos: traduz-se pelos movimentos oculares rápidos. <u>Tem como características:</u> <ul style="list-style-type: none">- Aumento da frequência respiratória, sendo irregular e superficial;- Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e existe atonia muscular;- Os músculos das vias aéreas superiores relaxam, existem um aumento do consumo de oxigénio cerebral;- A regulação da temperatura corporal fica comprometida;- Neste sono, quando as pessoas são despertas, relatam histórias e sonhos bizarros, sendo assim também conhecido como estágio dos sonhos.

Magalhães, F & Mataruna, J. (2007)

Sono e a pessoa em situação crítica

É definida como pessoa em situação crítica:

“Aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Ordem dos Enfermeiros, (2011)

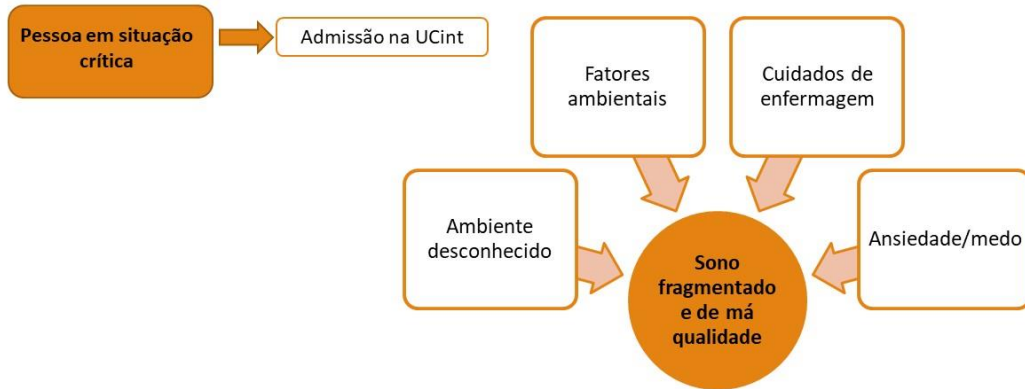
Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt)

As Unidades de Cuidados Intermédios estão integradas no serviço de Medicina Intensiva.

- A UCInt apresenta a classificação de camas de nível II, e destina-se a pessoas em situação crítica que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de uma função orgânica, desde que não necessite de ventilação mecânica invasiva.

Paiva, (2016)

Sono e a pessoa em situação crítica



Devlin et al. (2018); Pisani (2015); Beltrami (2015); Saldanhã (2013)

Sono e a pessoa em situação crítica

Fatores de risco que contribuem para a privação do sono:



Sono e a pessoa em situação crítica

Fatores extrínsecos:



Devlin et al. (2018); Pisani (2015); Beltrami (2015); Hu, (2015);Saldanhã (2013)

Sono e a pessoa em situação crítica

Cuidados de Enfermagem:



Administração de terapêutica, principalmente por via oral no período noturno;

Monitorização dos parâmetros vitais – tal como a monitorização da tensão arterial não invasiva;

Técnica de reposicionamento no leito que não seja confortável para a pessoa;

Cuidados de higiene e conforto durante o período noturno;

Colocação de dispositivos de oxigenioterapia.

Devlin et al. (2018); Ding et al (2017);Pisani (2015); Beltrami (2015); Hu, (2015);Saldanhã (2013)

Consequências da privação do sono

A privação do sono provoca consequências a nível:



Devlin et al. (2018); Pisani (2015); Beltrami (2015); Hu, (2015);Saldanhã (2013)

Consequências da privação do sono

Quando o doente se encontra no estadio de sono REM e é interrompido, pode existir:

- Apatia;
- Maior sensibilidade à dor;
- Diminuição da concentração;
- Irritabilidade;
- Perturbações a nível mental e emocional.



Devlin et al. (2018); Pisani (2015); Beltrami (2015); Hu, (2015);Saldanhã (2013)

Consequências da privação do sono


Quando a perturbação do sono é no estadio de sono NREM, pode verificar-se:

- Maior cansaço;
- Diminuição das defesas do sistema imunitário;
- Comprometimento da regeneração celular e das propriedades de renovação e reparação do doente.

Devlin et al. (2018); Pisani (2015); Beltrami (2015); Hu, (2015);Saldanhã (2013)



Elaboração de uma Proposta de **Norma de Orientação Clínica**

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	Proposta de Norma de Orientação Clínica	Data: janeiro 2019	Folha: 1/18
PROMOÇÃO DO SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS		Elaborado por: Enf ^a Carla Valente Enf ^a Liliana Gonçalves	
Aprovado em:		A rever em:	
_____ Diretor do serviço		_____ Enfermeiro Chefe	

Proposta de Norma de Orientação Clínica (NOC) Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Unidade de Cuidados Intermédios (UCint)
--

Proposta de Norma de Orientação Clínica

As Normas de Orientação Clínica (NOC) são um conjunto de recomendações, *guidelines*, elaboradas de forma sistematizada. Permitem uniformizar os cuidados prestados à pessoa em situação crítica de forma a contribuir para a promoção do padrão de sono, apoiar a equipa de enfermagem na tomada de decisão, dissipando as incertezas e as vulnerabilidades, tornando a decisão mais simplificada.

PNS (2012-2016)



Destinatários: Enfermeiros da UCInt.

Frequência: Durante qualquer turno, de forma a promover o ciclo de vigília-sono ao longo do dia. O enfermeiro deve colocar em prática as intervenções promotoras do padrão de sono, principalmente, no final do turno da tarde (turno da tarde: 15:30h-00:00h) e durante o turno da noite (turno da noite: 23:30h-08:30h).

Orientações gerais

- Destina-se a todas as pessoas em situação crítica internadas na UCInt;
- A abordagem à doente deve ser realizada de forma individualizada e devidamente planeada;
- As intervenções a realizar de forma a promover o padrão de sono, devem ser aplicadas a cada pessoa, através de uma abordagem holística atendendo à sua situação clínica, podendo as mesmas serem passíveis de alterações.

Recomendações para a Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica

Recomendação	Nível de evidência
1. Reduzir a Luminosidade no período noturno.	Ib, IV
2. Reduzir os níveis de ruído no período noturno.	Ia, III
3. Adaptar intervenções de enfermagem no período noturno de forma a promover o padrão de sono da pessoa em situação crítica.	III
4. Avaliar os fatores intrínsecos da pessoa em situação crítica que podem prejudicar o padrão de sono.	IV

Devlin et al. (2018); Pisani (2015); Beltrami (2015); Hu, (2015);Saldanha (2013)



Fatores extrínsecos

Luminosidade

- | | |
|---|--|
| 1. Regular a luminosidade junto da pessoa, em que deve ser utilizado o mínimo de luz, quando é necessário abordar a mesma; | 1. Regular os níveis de libertação de melatonina (excreção máxima à noite, pela ausência da luz); |
| 2. Diminuir a intensidade da luz na unidade ou ligar apenas as luzes indispensáveis; | 2. Permitir que a pessoa em situação crítica perceba que é noite e consiga iniciar o ciclo de sono; |
| 3. Facultar máscara para os olhos para proteger da luz. | 3. Caso o doente concorde, para reduzir ao máximo a luminosidade. |

Fatores extrínsecos

Ruído

- | | |
|---|---|
| 1. Moderar as conversas entre a equipa multidisciplinar; | 1. Diminuir o ruído junto das pessoas em situação crítica; |
| 2. Alertar os colegas para a importância do tom de diálogo mais moderado para o bem-estar da pessoa; | |
| 3. Facultar tampões para os ouvidos, caso a pessoa em situação crítica concorde; | 3. Para diminuir ao máximo o ruído existente na unidade; |
| 4. Abrir as portas da UCint com moderação. | 4. Evitar o ruído proveniente do exterior da unidade. |

Fatores extrínsecos

Ruído

5. Abrir e fechar as portas lentamente;

5. Evitar causar ruído;

6. Alertar os colegas de outros serviços para a importância do controlo do ruído quando entram na unidade;

6. Promoção de estratégias para a promoção do sono junto dos colegas;

7. Diminuir o som do telefone da unidade quando começa o turno da noite;

7. Evitar o despertar repentino do doente;

8. Ajustar os limites dos alarmes do monitor.

8. De forma a que o enfermeiro consiga ouvir o alarme mas não perturbe o padrão de sono.

Fatores extrínsecos

Ruído

9. Diminuir o volume do som do monitor;

9. De forma a que o enfermeiro consiga ouvir o alarme mas não perturbe o padrão de sono;

10. Verificar o transdutor da linha arterial e o correto funcionamento da mesma;

10. Evitar longos períodos do som do alarme;

11. Preparar a medicação em uso na bomba infusora atempadamente;

11. De forma a trocar rapidamente a medicação e evitar longos períodos de som do alarme;

12. Verificar o posicionamento das linhas de infusão de soros, bem como outras medicações, antes de o doente se preparar para dormir;

12. Evitar longos períodos do som do alarme;

Fatores extrínsecos

Ruído

- | | |
|--|--|
| 13. Diminuir o volume de som da bomba infusora; | 13. Diminuir o ruído na unidade; |
| 14. Confirmar os parâmetros do VNI verificando se o doente está adaptado ao mesmo; | 14. Proporcionar conforto ao doente para que consiga dormir; |
| 15. Ajustar o volume do alarme do VNI; | |
| 16. Ajustar o parâmetro do ventilador (trigger), conforme o doente se encontre calmo ou agitado; | |

Fatores extrínsecos

Prestação de cuidados de enfermagem

- | | |
|---|---|
| 1. Modificar o horário da medicação (especialmente a medicação por via oral); | 1. Evitar interromper o padrão de sono do doente; |
| 2. Evitar colheitas analíticas no período noturno; | 2. Excetuando a necessidade de urgência/gravidade da situação; |
| 3. Programar a monitorização da tensão arterial (caso não apresente linha arterial); | 3. Conforme a necessidade e gravidade do doente, senão, optar por monitorizar no início e no final do turno da noite (1h e 6horas); |
| 4. Considerar a pertinência de avaliações de temperaturas timpânicas durante o período noturno; | 4. Conforme a necessidade do doente, senão, optar por o fazer no início do turno e no fim do turno (1h e 6h); |
| 5. Evitar frequentes reposicionamentos no leito, no período noturno, excepto quando assim se justifica; | 5. Proporcionar um decúbito confortável, de forma a promover o padrão de sono, atendendo à situação clínica do doente; |

Fatores extrínsecos

Prestação de cuidados de enfermagem

- | | |
|---|--|
| 6. Reposicionar o doente, antes de iniciar o processo para dormir, num decúbito confortável compatível para o período noturno, atendendo à sua situação clínica; | 6. Proporcionar um decúbito confortável, de forma a promover o padrão de sono, atendendo à situação clínica do doente; |
| 7. Evitar cuidados de conforto, como a higiene, higiene oral, limpeza ocular e cuidados com cateteres no período noturno, excepto se a condição clínica assim o exigir. | 7. Respeitar o padrão de sono, durante o período noturno, de forma a evitar interromper o mesmo. |

Fatores intrínsecos

Dor, Ansiedade e Desconforto

- | | |
|--|--|
| 1. Realizar alívio adequado da dor; | 1. Contribuir para a qualidade de sono do doente; |
| 2. Gerir analgesia; | 2. Gerir analgesia em horário fixo ou em SOS; |
| 3. Realizar técnicas de relaxamento, como musicoterapia com fones e escuta do som do oceano; | 3. Proporcionar conforto e bem-estar ao doente antes de dormir; |
| 4. Realizar massagens de relaxamento; | 4. Realizar massagem caso a pessoa concorde, antes de se preparar para dormir. Vai aumentar a qualidade do sono. |

Fatores intrínsecos

Dor, Ansiedade e Desconforto

- | | |
|--|---|
| 5. Verificar se os lençóis se encontram limpos, secos e esticados sem pregas. | 5. Proporcionar conforto e bem-estar ao doente antes de iniciar o processo de dormir; |
| 6. Fornecer medicação para dormir (indutores de sono, antipsicóticos) se assim for necessário. | 6. De forma a permitir gerir a qualidade e quantidade do sono, segundo prescrição médica. |

Conclusão

A **pessoa em situação crítica**, ao ser internada numa **Unidade de Cuidados Intermédios**, vivencia eventos assustadores e stressantes, não só pelo ambiente em que está inserida e pela monitorização invasiva, bem como pela incerteza face à situação, que desencadeia sentimentos de fragilidade. Estas alterações, provocam na pessoa, consequências nefastas para o seu bem-estar e por conseguinte, alterações no seu padrão de sono.

Bibliografia

- Magalhães, F & Mataruna, J. (2007). O Sono. pp. 103-120. Rio de Janeiro: editora Fiocruz;
- Dinarès, C., Rocha, P., & Fernandes, S. (2004). Distúrbios do sono na UCIP. *Revista de Enfermagem*, 4, 20-27;
- Devlin et al. (2018). *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU (PADIS)*. *Society of Critical Care Medicine*. pp. 825 – 873;
- Pisani, M., Friese, R., Gehlbach, B., Schwab, R., Weinhouse, G., & Jones, S. (2015). Sleep in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, pp. 731–738;
- Hu, F., Jiang, Y., Chen, J., Zeng, Z., Chen, Y., Li, Y., Huining, X., Evans, W. (2015). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 10. Art. No.: CD008808;
- Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. pp. 539-545. Brasil;
- Saldanã, D., D., Reyes, A., Ruiz, M. (2013). El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investigación en Enfermería*. Vol.15, n.º1, 2013. pp. 51-63;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Regulamento n.º 124/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ding et al (2017). Factors influencing patients' sleep in the intensive care unit: perceptions of patients and clinical staff. *American journal of critical care*, julho, vol. 26, nº. 4. pp.278-285.



OBRIGADO
PELA VOSSA
ATENÇÃO!



A lógica da técnica não se pode sobrepor à lógica da vida na sua complexidade e plenitude (Corrêa, 1998)

A Complexidade do Relacionamento com o Doente Crítico

2

Apêndice F – Plano de Sessão da Formação sobre a Promoção do Sono

Ação de formação: Promoção do sono na Pessoa em Situação Crítica

Local: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Serviço: Unidade de Cuidados Intermédios do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Formadores: Carla Valente

Público-Alvo: Enfermeiros do serviço da Unidade de Cuidados Intermédios

Data: 15/01/2019, 14:30horas

Duração: 45 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologias	Materiais/Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Promover o padrão de sono na pessoa em situação crítica na UCInt, através da adoção de medidas não farmacológicas, por parte do enfermeiro;- Compreender a importância do ciclo vigília-sono na pessoa em situação crítica;- Analisar estratégias para a promoção do sono;- Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica de forma a promover o padrão de sono;	<ul style="list-style-type: none">- Objetivos;- Sono;- Fisiopatologia do Sono;- Pessoa em Situação Crítica;- Unidade de Cuidados Intermédios;- Sono e a Pessoa em Situação Crítica;- Fatores que contribuem para a privação do sono;- Consequências da privação do sono;- Proposta de uma Norma de Orientação Clínica;- Recomendações para a promoção do sono;- Intervenções de Enfermagem;- Conclusão.	<ul style="list-style-type: none">- Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none">- Computador;- Canetas;- Questionário de Avaliação.	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da formadora (2 minutos);- Introdução do tema e contextualização da problemática (10 minutos);- Desenvolvimento (25 minutos);- Conclusão (8 minutos).	<ul style="list-style-type: none">- Aplicação de questionário de avaliação da Sessão de Formação.

Apêndice G – Questionário de avaliação da sessão sobre a Promoção do Sono

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Com vista à melhoria formativa, gostaria que preenchesse este questionário de avaliação, relativa á formação e ao formando. A sua colaboração é de extrema importância.

Muito obrigado.

Designação da Ação de formação: _____

Data: _____

Legenda: 1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 - Concordo totalmente

Relativamente à ação de formação como a avalia:

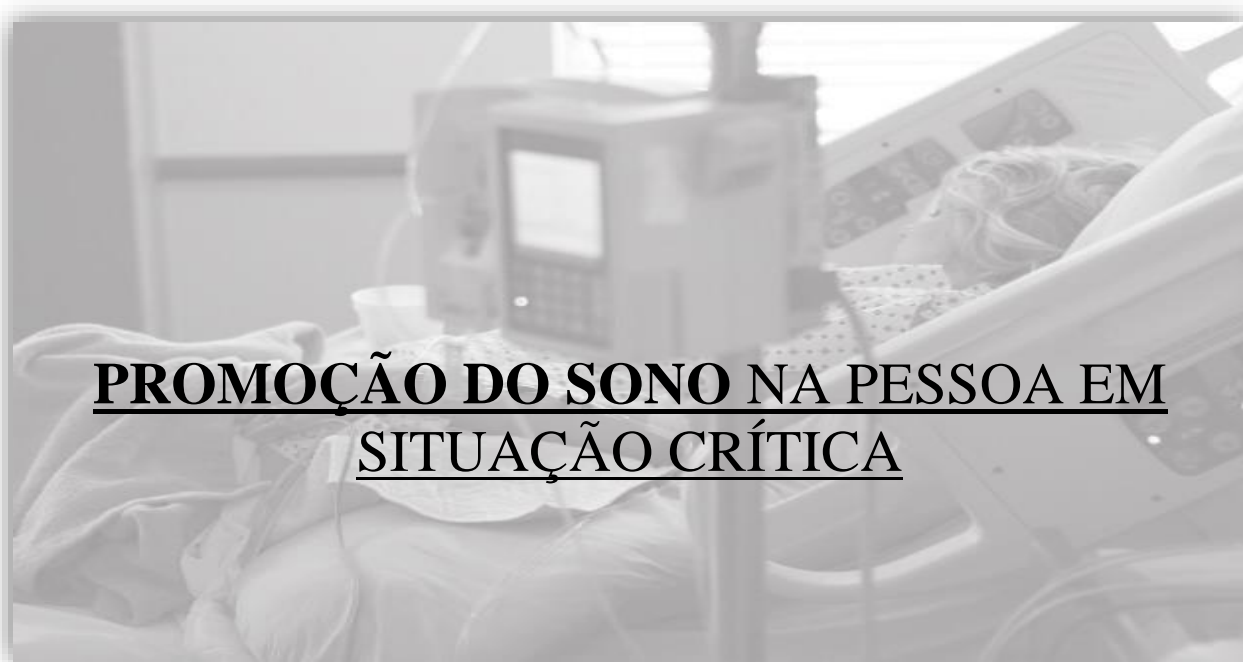
	1	2	3	4
Os objetivos da sessão foram claros				
O tema abordado tem implicações práticas na sua função				
A tema da sessão correspondeu as suas expectativas				
A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada				

Relativamente ao formador como o avalia:

	1	2	3	4
O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados				
Demonstrou domínio do tema				
Criou um clima favorável à participação dos formandos				
Conseguiu esclarecer as dúvidas colocadas durante a sessão				

Apêndice H – Cartaz de divulgação da sessão sobre a Promoção do Sono

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



PROMOÇÃO DO SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Local: Sala de Reuniões da UCIP

Data: 15/01/2019

Horário: 14:30horas

Formadora: Carla Valente

Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em
Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

Apêndice I – Projeto de Formação em Serviço: *Decúbito Ventral no Doente sob Ventilação Mecânica Invasiva*

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018

Unidade Curricular: **ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Decúbito Ventral no doente sob Ventilação Mecânica Invasiva –
Importância da Intervenção do Enfermeiro**

**Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e
Universitário do Algarve – Unidade de Faro**

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enfermeira Orientadora:

*Enfermeira Ana Rita Galrinho
(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)*

Discente:

Carla Valente, nº 170531065

Setúbal, 22 de junho de 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018

Unidade Curricular: **ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Decúbito Ventral no doente sob Ventilação Mecânica Invasiva –
Importância da Intervenção do Enfermeiro**

**Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e
Universitário do Algarve – Unidade de Faro**

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enfermeira Orientadora:

*Enfermeira Ana Rita Galrinho
(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)*

Discente:

Carla Valente, nº 170531065

Setúbal, 22 de junho de 2018

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas
admiráveis.”

(José de Alencar)

LISTA DE SIGLAS

AO – Assistente Operacional

APA - *American Psychological Association*

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

DL – Decreto-Lei

E.P.E. – Entidade Público-Empresarial

PEEP – Pressão expiratória positiva final

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCISU – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

OE – Ordem dos Enfermeiros

SDRA – Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

SNG – Sonda nasogástrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Unidade Básica

TISS – 28 – Therapeutic Intervention Scoring

LISTA DE ABREVIATURAS

cmH₂O – centímetros de água

CPAP - *Continuous Positive Airway*

Dra. - Doutora

Enf^a– Enfermeira

Enf^o - Enfermeiro

FiO₂ – Fração de inspiração de oxigénio

P.- Página

Pp.- Páginas

PaO₂ – Pressão parcial de oxigénio arterial

O₂ – Oxigénio

I/E – Fração de Inspiração/Expiração

mm/Hg – Milímetros de mercúrio

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE – UNIDADE DE FARO	10
1. Caraterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do CHUA – Faro	11
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1) Formação em serviço	15
2.2) Ventilação no doente com Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (SDRA)	18
2.3) Decúbito Ventral.....	20
2.3.1. Procedimento do decúbito ventral	24
3. PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	34
3.1. Planeamento	34
3.1.1. Resultados Esperados/ Objetivos	34
3.1.2. População-Alvo	35
3.1.3. Necessidades Temáticas identificadas.....	35
3.2. Execução.....	36
3.2.1. Descrição dos Procedimentos	36
3.3. Avaliação	36
CONCLUSÃO	37
BIBLIOGRAFIA	39
APÊNDICES.....	43
<i>Apêndice A – Plano de sessão da Ação de Formação</i>	<i>44</i>
<i>Apêndice B – Cartaz de Divulgação da Ação de Formação</i>	<i>46</i>
<i>Apêndice C – Ação de Formação</i>	<i>47</i>
<i>Apêndice D – Grelha de Avaliação da Ação de Formação</i>	<i>59</i>
<i>Apêndice E – Procedimento de Atuação UCIP</i>	<i>60</i>

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) do Estágio I, inserida no plano de estudos do segundo semestre do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, do ano letivo 2017/2018, tendo sido proposta a realização de uma formação em serviço no local de estágio – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro.

A formação em serviço é indispensável na formação continua dos profissionais, pelo que deve acompanhar a prática profissional ao longo do seu percurso, contribuindo para a reflexão das práticas e resolução de problemas detetados nos serviços. Assim sendo, esta deve basear-se nas necessidades observadas no seio da equipa, funcionando como um momento de reflexão acerca dos cuidados prestados, contribuindo para a sua melhoria, com vista à prestação de cuidados de excelência. Ao serem refletidas as práticas adotadas, os profissionais pensam e formulam uma crítica construtiva não só sobre o seu modo de ação, como também acerca do efeito que estas causam nas pessoas de quem cuidam, melhorando assim os seus cuidados (Dewey citado por Dorigon e Romanowsky 2008).

A identificação das necessidades de formação em serviço foi realizada através de entrevistas informais à enfermeira orientadora, Enf.^a Ana Rita Galrinho e à Enf.^a coordenadora da UCIP, Enf.^a Isabel Hubert. Foi proposto pela Enf.^a coordenadora o tema: Decúbito Ventral no Doente sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) – sendo um tema que vai de encontro às necessidades formativas da unidade e aos objetivos delineados por mim, aquando da realização do projeto de aprendizagem.

A realização de um estágio, apresenta um papel crucial na formação académica de um enfermeiro, pois contribui para o enriquecimento pessoal e profissional, na consolidação de saberes e na aquisição de novos conhecimentos com vista a adquirir competências. A aprendizagem em contexto de estágio permite integrar os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, integrar o contexto real da prática clínica, com base na evidência científica mais atual, para que o enfermeiro alcance uma melhoria do desempenho dos cuidados prestados, potencializando em enfermagem, ganhos em saúde (Catalão, 2016).

Com a realização do presente trabalho pretendo como objetivo geral realizar uma formação em serviço na UCIP do CHUA – unidade de Faro, dirigida à equipa de enfermagem. Pretendo como objetivos específicos analisar a temática à luz das reais necessidades do contexto de trabalho da UCIP; adquirir conhecimentos específicos no contexto da pessoa em situação crítica em relação ao tema proposto e analisar a evidência científica mais atual sobre o tema. A sua realização irá proporcionar o desenvolvimento de conhecimentos e competências como mestrandia, que me irá permitir uma intervenção mais especializada, recorrendo à evidência científica mais atual. Irá também contribuir na aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, atendendo à deontologia profissional, de forma a promover a melhoria de cuidados diferenciados.

Segundo, Taborda et al. (2014), a Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (SDRA), em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), tem apresentado um aumento de incidência e mortalidade cada vez mais significativo, salientando a necessidade de estudos de novas abordagens terapêuticas. O decúbito ventral surge como uma nova estratégia delineada para a SDRA, uma vez que, possibilita uma melhor oxigenação, redução da mortalidade, diminuição das áreas com atelectasias, permitindo uma melhor distribuição da ventilação e redução do shunt pulmonar. Este decúbito favorece a drenagem de secreções, favorecendo a redução de infeções (Soares et al., 2016).

Pela sua elevada especificidade e complexidade, o decúbito ventral, requer uma equipa de enfermagem treinada e especializada, de forma a que a técnica seja realizada de forma segura e uniformizada em toda a equipa, através da evidência científica mais atual, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

É um tema bastante pertinente para a realização da formação em serviço, uma vez que surge da necessidade de melhorar os cuidados prestados à pessoa em situação crítica sob VMI, na UCIP, vindo assim de encontro às competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica, em que: “K.1 – Cuida da pessoa a

vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011, p.3).

O presente trabalho é composto pelo desenvolvimento onde irei realizar a caracterização do CHUA – Faro e da UCIP, quanto ao seu espaço físico e recursos humanos, de seguida será explanado num outro capítulo a importância da formação em serviço. Posteriormente apresentarei um enquadramento teórico sobre a temática da formação em serviço e o planeamento da formação em serviço, seguindo-se as principais conclusões e a bibliografia em que se baseia a sua realização. O seu formato cumpre as normas da *American Psychology Association* (APA) do ano 2016, assim como o novo acordo ortográfico português.

1. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE – UNIDADE DE FARO

O Centro Hospitalar do Algarve (CHA), E.P.E. criado pelo Decreto-lei n.º 69/2013, de 17 de maio, resultou da fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, que engloba o Hospital de Portimão e Hospital de Lagos. Em 2017, foi criado o Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto, em que é alterada a sua designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) E.P.E.

O CHUA encontra-se integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), consistindo numa pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, em que apresenta autonomia administrativa, patrimonial e financeira. Tem como missão “prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde” (*DL n.º 101/23 de 2017, p. 4972*).

É constituído por 3 unidades, estando situadas em Faro, Portimão e Lagos, pelos Serviços de Urgência Básica (SUB) de Vila Real de Santo António, Loulé e Albufeira e pelo Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS), localizado em São Brás de Alportel. Este Centro Hospitalar funciona como referência na prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade e visa o apoio à formação contínua de todos os seus profissionais. (CHUA, 2016).

O CMFRS integrou o CHUA em 2017, garantindo desta forma uma governação clínica, com um grau de autonomia adequado, de forma a prestação de cuidados diferenciados na área da medicina física e reabilitação (*DL n.º 101/23 de 2017*).

O CHUA é uma unidade de referência no sistema de saúde, pelos seus recursos técnicos e terapêuticos avançados, bem como, pela competência de todos os profissionais que lá prestam cuidados. É uma instituição que fomenta o desenvolvimento de atividades de formação, ensino e investigação (CHUA, 2016).

1. Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do CHUA – Faro

A UCIP pertence ao Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados intensivos do CHUA. Faz também parte deste departamento o Serviço de Urgência Polivalente, o Serviço de Medicina Intensiva 1, que engloba a sala de emergência/reanimação (sala de diretos), UCIP 1, Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 1 (UCISU) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Faro e Albufeira; o Serviço de Urgência Médico Cirúrgica – Portimão, o serviço de Medicina Intensiva 2 - Portimão, que engloba a UCIP 2, Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) e VMER de Portimão; e os Serviços de Urgência Básica (SUB) (CHUA, 2016).

A Medicina Intensiva é crucial em relação à capacidade para abordar a pessoa em situação crítica, de forma global, integrada e multiprofissional, distinguindo-se pela especialização de conhecimento. É fundamental a tomada de decisão assente em critérios de qualidade, eficácia e eficiência, de forma a garantir o exercício ético e deontológico (Paiva et al, 2016).

A UCIP do CHUA – Faro caracteriza-se por ser uma unidade que direciona os seus cuidados à pessoa em situação crítica, com as mais diversas patologias do âmbito médico-cirúrgico, seja por necessidade de suporte ventilatório ou por instabilidade hemodinâmica, com o auxílio de recursos diferenciados dotados de tecnologia avançada e recursos humanos altamente diferenciados (Paiva et al, 2016).

A UCIP apresenta uma enfermeira coordenadora, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Diretora de Serviço.

A UCIP encontra-se localizada no 2º piso do edifício principal do CHUA e apresenta capacidade para 16 doentes. Uma unidade não se encontra em funcionamento, pois era o quarto de isolamento respiratório, e a capacidade de pressão negativa não se encontra preservada.

A equipa de enfermagem é composta por 50 enfermeiros, incluindo a enfermeira coordenadora. Os enfermeiros encontram-se divididos por equipas, em que cada uma

apresenta um chefe de equipa. Existe um grupo de 10 enfermeiros que não apresentam equipa atribuída por apresentarem restrições de horário. A equipa 1 é constituída por 10 enfermeiros e a equipa 2, 3 e 4 por 9 enfermeiros. Existem dois enfermeiros de baixa prolongada. Existem 9 enfermeiros especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, 5 enfermeiros especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2 enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária e 1 enfermeiro especialista em Saúde Mental.

Independentemente do turno a realizar, os cuidados são sempre assegurados por 7 enfermeiros por turno. A distribuição dos doentes por enfermeiro é realizada pelo enfermeiro que está como chefe de equipa. O rácio é de 1 enfermeiro para dois doentes. É possível avaliar o índice de gravidade dos doentes internados e a carga de trabalho de enfermagem através do Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). Este aplicativo informático é preenchido no turno da noite.

O TISS-28, pretende quantificar as intervenções terapêuticas realizadas, a partir da complexidade, o tempo despendido pela equipa de enfermagem e grau de procedimentos invasivos à pessoa em situação crítica. É um instrumento de gestão, composto por sete categorias com base nas intervenções, em que é atribuída pontuação a cada uma, consoante o tempo que é necessário disponibilizar (Padilha et al, 2005).

A metodologia de trabalho de enfermagem utilizado na UCIP é o método de trabalho individual tendo como referencial teórico de enfermagem, o Modelo Teórico de Nancy Rooper.

A equipa médica é composta por médicos de medicina intensiva e por internos. Em todos os turnos estão presentes dois médicos e internos garantindo uma assistência diferenciada, atempada, eficaz e uma maior vigilância. No turno da manhã é realizada sempre visita médica, com a participação de todos os médicos e do enfermeiro responsável nesse turno pela pessoa em situação crítica, com vista à melhoria dos cuidados e na qualidade da transmissão de informação. A visita médica pode acontecer também no turno da tarde, sendo realizada sempre que necessário.

A equipa de Assistentes Operacionais (AO) é composta por 14, estando neste momento dois AO de baixa prolongada. A distribuição dos AO por turnos é a seguinte: 4 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 2 no turno da noite.

A UCIP é constituída por 1 sala de sujos, 1 sala de limpos, 1 quarto de isolamento respiratório (como referido anteriormente, inativo), 1 quarto médico, 1 copa, 2 balneários (referentes para o sexo feminino e masculino), 1 sala de reuniões, 1 sala da Diretora do serviço, 1 sala da enfermeira coordenadora, 1 armazém clínico, 1 sala técnica, 1 sala de arrecadação, 1 sala para a administrativa e a respetiva sala de espera com destino à entrada das visitas, 1 sala de atendimento de familiares, 1 quarto de isolamento restrito por paredes, e 14 camas, em que existe separação e privacidade entre cada uma através de cortinas. Todas as salas estão devidamente identificadas.

Previamente à admissão de um doente, a unidade deve estar sempre preparada e equipada com o seguinte material: um ventilador de VMI, testado e verificado primeiramente pelo enfermeiro, duas bombas infusoras e duas seringas infusoras, sistema de manga de pressão para o cateterismo arterial, monitor com os cabos colocados e verificados, que monitorize a tensão arterial não invasiva e invasiva, oxímetro e eletrocardiograma, aspirador de secreções montado, Ambu, copo de oxigénio, suporte de transdutor arterial, termómetro, lanterna, seringa para verificar a pressão do cuff, prolongador, eléctrodos, duas tampas de torneira, 3 luvas de aspiração esterilizadas, 2 ampolas de cloreto de sódio 0,9% 10 ml e uma solução alcoólica.

A reposição da medicação é realizada pela farmácia sempre que necessário. O técnico desloca-se à UCIP e coloca a medicação na pyxis (sistema de fornecimento automático de medicação). A medicação de cada doente encontra-se neste sistema e só é possível retirar após colocar os dados do doente e o nome do médico que prescreveu a mesma.

Existe também uma máquina de gasometrias, no balcão central da unidade. Neste balcão existem os recursos materiais necessários para a prestação de cuidados e preparação de medicação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1) Formação em serviço

A formação e a aprendizagem ao longo da vida estão interligadas, pelo que podem ocorrer em qualquer circunstância da mesma. A formação é considerada um processo que permite a aquisição de novos conhecimentos, capacidades, atitudes e novos comportamentos em relação à função que executa (Gomes et, al, 2008).

Segundo Gomes et al (2008), a partir da formação é possível obter resultados em três áreas do saber: *saber saber*, em que permite a aquisição de conhecimentos, bem como capacidades cognitivas; *saber fazer*, onde é adquirida a melhoria das capacidades motoras, que permitam um desempenho eficiente; *saber ser e estar*, em que permite a aquisição de melhoria de comportamentos e atitudes em relação ao tema abordado, adequando a sua função.

Evidência Barbosa (2011), que a formação de profissionais é imprescindível no processo de mudança no contexto em que estão inseridos. É importante que surjam novas necessidades formativas. Devem ser fomentados os conhecimentos técnico-científicos, as capacidades e os comportamentos, para que haja uma maior diferenciação de recursos humanos e melhoria contínua. É assim imperativa a ocorrência de formação profissional contínua, que permita desenvolver competências e capacidades de toda a equipa, para que possam caminhar juntos em prol de melhores cuidados.

Para Menoita (2011), a formação em serviço permite contextualizar o conhecimento baseado na evidência científica, na resolução de problemas reais que existam na prática clínica diária de enfermagem. As organizações devem agilizar ambiente favoráveis, reflexivos, que possibilitem a aprendizagem em equipa, com vista a promover a autonomia, e a comunicação partilhada entre todos.

A própria legislação evidencia a necessidade de formação em serviço pelos serviços, pois o DL nº 437/91, foi criado para determinar que cada unidade que presta cuidados, devia possuir formação em serviço, de forma a satisfazer as necessidades dos profissionais de enfermagem.

Segundo Menoita (2011), a formação em serviço surge como forma de responder às necessidades de formação dos profissionais de uma equipa, no seu local de

trabalho. Para os enfermeiros, a formação em serviço promove a análise e reflexão sobre a teoria, a prática diária e o meio em que estão inseridos com todas as variáveis, realçando a importância da execução de procedimentos e intervenções baseadas na evidência científica atual.

A formação em serviço tem como objetivo adquirir e aprofundar conhecimentos e capacidades que permitam ao indivíduo desenvolver-se a nível pessoal e profissional, com base num modelo pedagógico e formal, em simultâneo com a prática profissional, com repercussões na resolução de problemas específicos do serviço (Santos, 2008).

Segundo a Base XVI da Lei de Bases da Saúde (*Lei n.º 48/90, 24 de agosto, 1990*), a formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente dos profissionais de saúde, são um objetivo a alcançar. A formação deverá ter por base qualificação técnico-científica, sendo todos os intervenientes neste processo responsáveis pela aquisição dessa competência. A educação permanente em saúde é, para as políticas de saúde e educação, um alicerce para todo o desenvolvimento e um importante componente a ser implementado e explorado. A política de saúde e educação tem como objetivo primordial o investimento nos recursos humanos, incentivando a formação contínua, através da promoção do desenvolvimento de competências e qualificações em saúde; pretendendo consolidar a sua importância e responsabilidade do sucesso da qualidade das instituições (Gonçalves, 2003).

A formação de adultos surgiu da necessidade em promover o crescimento de competências nos indivíduos ativos, sendo vista como uma aprendizagem ao longo da vida. Segundo Pires (2005), a formação de adultos não passa apenas pela aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, mas também pela construção da própria pessoa. A ciência que estuda a formação de adultos é a andragogia, tendo como objetivo compreender o adulto e promover o desenvolvimento dos seus conhecimentos através da experiência. Segundo os princípios da andragogia, o enfermeiro sendo um ser adulto, tem a responsabilidade da sua própria formação, no sentido de desenvolver a sua formação contínua (Barros, 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) faz inúmeras referências à responsabilidade do enfermeiro na sua própria formação, nomeadamente no *Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril* onde é referido o dever de “(...) competência e o aperfeiçoamento profissional

(...)", "(...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (...)". No regulamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais é referido que o enfermeiro tem o dever de realizar uma "(...) revisão regular das suas práticas (...)", "(...) assume a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências (...)" e "(...) atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua (...)" (OE, 2011). Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, este "(...) responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (...)" e "(...) suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (...)" (OE, 2011). Assim sendo, a formação permanente é uma necessidade pessoal e um dever profissional regulamentado pela própria OE.

A motivação para o contínuo de aprendizagem ao longo da vida depende da própria pessoa e da consciência que tem do seu 'eu' enquanto profissional, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade que visem a segurança do doente. No entanto, os serviços deverão também, ser promotores de condições favoráveis à participação dos seus elementos em momentos formativos e à execução de formações em serviço, sendo como que um estímulo à necessidade de aprendizagem (Rodrigues, 2011).

Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, é ele que "Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. Diagnostica necessidades formativas. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Avalia o impacto da formação" (OE, 2011, p.10).

2.2) Ventilação no doente com Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (SDRA)

Em 2012, através da conferência de Berlim, o SDRA é definido como uma lesão difusa pulmonar aguda, associada a um fator de risco predisponente, caracterizado por inflamação levando a um aumento de permeabilidade vascular e a perda do tecido pulmonar arejado (Ferguson, 2012).

Na definição de Berlim de 2012 o SDRA é classificado como:

SDRA leve: $200 \leq PaO_2/FiO_2 \leq 300$ com PEEP ou CPAP ≥ 5 cmH₂O

SDRA moderada: $100 \leq PaO_2/FiO_2 \leq 200$ com PEEP ≥ 5 cmH₂O

SDRA severo: $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ com PEEP ≥ 5 cmH₂O

(Ferguson, 2012)

Esta patologia caracteriza-se por um quadro de hipoxia de início súbito, com infiltrados bilaterais (comprovado por raio-x ou tomografia computadorizada), associado a alterações fisiológicas como o aumento do espaço morto e diminuição da *compliance*. A instalação é rápida, com dispneia grave, com hipoxia resultante da alteração entre a ventilação e perfusão alveolar, infiltrados pulmonares difusos com repercussões num quadro de insuficiência respiratória rápida progressiva (Ferguson, 2012).

No estudo de Taborda et al. (2014), doentes com SDRA foram associados a tempo de internamento mais prolongado e a taxa de mortalidade foi superior à global nessa UCI em estudo. Figueiredo (2008), revela que nas UCI, a frequência de SDRA varia até 20% dos doentes que necessitam de ventilação mecânica.

Os fatores de risco associados a SDRA são: pneumonia, choque séptico, aspiração de conteúdo gástrico, trauma major, contusões pulmonares, pancreatite, lesões por inalação, grandes queimados, abuso de drogas e afogamento (Ferguson, 2012). Como causas que estão na sua origem podem ser mencionadas as seguintes: agressões pulmonares diretas, ou seja, infeção severa e inalação de tóxicos, e causas de origem extrapulmonares, que resultam de uma agressão com ponto de partida de outro órgão, em que a repercussão sistémica origina quadros característicos de SDRA (Marcelino 2008).

A mortalidade e morbidade da SDRA variam consoante a causa etiológica. Quando a patologia é desencadeada por um quadro de sépsis, a taxa de mortalidade estima-se até aos 90%, por outro lado, o fator de risco traumático, encontra-se relacionado com taxas mais baixas de mortalidade. A mortalidade associada à SDRA aumenta com a idade. Idades entre os 15-19 anos apresentam uma taxa de mortalidade de 24% e doentes com idade superior a 85 anos apresentam uma taxa de mortalidade de 60% (Figueiredo, 2008).

A hipoxemia resulta de um processo de edema pulmonar não cardiogénico. Os alvéolos encontram-se preenchidos de líquido inflamatório, originando edema pulmonar de baixa pressão (hidrostática) (Marcelino 2008).

A SDRA apresenta 3 fases clínicas: fase de exsudação, fase de proliferação e fase de fibrose. A fase de exsudação caracteriza-se por uma agressão do endotélio vascular pulmonar, devido a substâncias com diversas origens (endotoxinas, mediadores inflamatórios), que conseqüentemente, levam ao aumento da permeabilidade vascular e extravasamento do líquido para o espaço extravascular. Neste sentido, a principal causa é a hipoxemia. Neste seguimento, compreende-se que o objetivo primordial da ventilação nos doentes com SDRA, seja tratar a hipoxémia. As estratégias envolvidas, neste sentido, passam por um enriquecimento em O₂, geralmente com uma fração de inspiração de O₂ (FiO₂) acima dos 60%, e a inversão da relação de inspiração/expiração (I/E), para que permita uma melhor oxigenação, através do aumento do tempo de inspiração. São utilizados valores mais elevados de PEEP (*Positive end-Expiratory Pressure*) nestes doentes, uma vez que vão permitir também uma melhor oxigenação. A PEEP mais elevada previne o colapso alveolar e permite o recrutamento alveolar (Marcelino 2008).

É fulcral a criação de estratégias de forma a reduzir a mortalidade associada a SDRA. Segundo Marcelino (2008), uma estratégia que traz melhorias ao doente ventilado com SDRA, passa pela alternância de decúbito – decúbito ventral. Quando o doente se encontra em decúbito dorsal e é reposicionado em decúbito ventral, a água pulmonar é redistribuída, libertando assim zonas previamente mal ventiladas. Através do decúbito ventral, existe melhoria da oxigenação, oxisaturação, com efeito na redução da FiO₂ e conseqüente melhoria da saturação periférica de oxigénio (Marcelino 2008).

O III Consenso de Ventilação Mecânica, atribuiu a recomendação – A – para o decúbito ventral em doentes que apresentam necessidade de elevados valores de PEEP e FiO₂ ou SDRA (Soares et al., 2016).

2.3) Decúbito Ventral

O decúbito ventral em doentes ventilados com SDRA tem sido adotada e mostrada como uma técnica segura e eficaz de forma a melhorar a oxigenação utilizando áreas menos ventiladas (*Proseva study*, 2013). É demonstrado que existe uma melhoria da hipoxemia em doentes com SDRA. O decúbito ventral possibilita uma melhor oxigenação, a diminuição das áreas com atelectasias, permitindo uma melhor distribuição da ventilação e redução do shunt pulmonar. Este decúbito favorece a drenagem de secreções, favorecendo a redução de infeções (Soares et al., 2016).

O estudo de Soares et al. (2016) refere que a utilização do decúbito ventral afeta positivamente a oxigenação pulmonar, a melhoria dos parâmetros ventilatórios e diminuição da mortalidade, quando associada este posicionamento aos doentes ventilados com SDRA.

Estudos de *Proseva study* (2013) Soares (2016) e de Dalmedico (2017) evidenciam que o tempo mínimo para ficar em decúbito ventral é de pelo menos 16 horas, devendo, no entanto, ser avaliado cada caso, consoante a tolerância do doente. Evidencia *Proseva study* (2013) que quando comparado o decúbito dorsal com o decúbito ventral (446 doentes estudados com SDRA severo), o decúbito ventral esteve sempre associado a melhoria da mortalidade, ou seja, em 28 dias: 16% de mortalidade em decúbito ventral versus 33% de mortalidade em decúbito dorsal; em 90 dias: 24% de mortalidade em decúbito ventral versus 41% de mortalidade em decúbito dorsal. O presente estudo concluiu também que existem menos paragens cardíacas associadas ao decúbito ventral e que não existiu diferença nas complicações associadas entre os dois decúbitos.

O decúbito ventral proporciona um aumento de dias sem ventilador e diminuição dos dias para a extubação. Baseado no *Proseva study* (2013), o decúbito ventral nos doentes ventilados com SDRA é recomendada desde a primeira semana, em doentes com SDRA de moderado a grave (Koulouras et al., 2016). Dalmedico (2017) refere que

o decúbito ventral deve ser rapidamente implementado, em menos de 48 horas do aparecimento da SDRA, apresentando benefícios sobre a redução da mortalidade.

O decúbito ventral apresenta como contra-indicações absolutas as seguintes situações: quando existe pressão intra-craniana elevada ou que não esteja monitorizada, bem como, fraturas vertebrais instáveis. As contra-indicações relativas na realização do decúbito ventral, são: dificuldade de estabilizar a via aérea, cirurgia traqueal ou esternotomia nos últimos 15 dias, traqueostomia realizada há menos de 24 horas, dreno torácico anterior com apenas uma saída de ar, trauma facial grave ou cirurgia facial há menos de 15 dias, pressão intra-ocular aumentada, instabilidade hemodinâmica ou pessoa com história de paragem cardio-respiratória recente, pacemaker colocado nos últimos 2 dias, trombose venosa profunda resolvida há menos de 2 dias, hemoptises em grande quantidade que necessite de intervenção cirúrgica imediatamente, pessoa a realizar técnica dialítica, lesões graves ou fraturas no tórax, cirurgia cardio-torácica realizada recentemente, mediastino instável, politraumatizado com fraturas instáveis, fratura do fémur ou fraturas pélvicas ou com fixação pélvica externa, mulher grávida, cirurgia abdominal recente ou com colocação de estoma, cifoescoliose, osteoartrite avançada ou artrite reumatoide e pessoa com peso superior a 135 Kg (Koulouras et al., 2016).

Segundo Koulouras et al. (2016), existem também possíveis complicações associadas ao procedimento, que são as seguintes: edema a nível da face, vias aéreas, membros e tórax, deiscência de ferida operatória, surgimento de úlceras por pressão, pneumonia associada ao ventilador, hemorragia conjuntival, compressão de nervos e vasos da retina, obstrução do tubo endotraqueal ou torção, extubação acidental, dificuldade em aspirar secreções, hipotensão transitória, pneumotórax, em caso de apresentar dreno pode ocorrer torção ou obstrução, arritmias, remoção acidental de cateter venoso periférico, arterial ou cateter de *Swan-Ganz*, remoção e dificuldade no cateter de hemodiálise, trombose venosa profunda, remoção da sonda nasogástrica, obstrução da sonda vesical, intolerância da alimentação entérica, vômito, pode ser necessário aumentar a dose de sedação.

Embora existam várias complicações associadas, os estudos mais recentes referem que se trata de uma técnica segura e com mínimos risco quando executada por

enfermeiros qualificados e com formação especializada. É importante para que a técnica ocorra sem complicações, que a pessoa em situação crítica não apresente efeitos colaterais anteriormente descritos (Koulouras et al., 2016).

A literatura refere que o decúbito ventral é um procedimento seguro e barato, no entanto, com vista a reduzir as suas complicações, é necessário trabalho de equipa e habilidade. Oliveira (2016) refere que a redução das complicações está interligada com a presença de uma equipa treinada e experiente. É crucial que haja comunicação em equipa, de forma atempada, com o objetivo de estruturar o procedimento e as suas posições, evitando possíveis complicações. A família do doente deve ser também informada do procedimento (Porqueras, 2009).

De forma a garantir o reposicionamento de decúbito dorsal em decúbito ventral de forma segura, é necessária uma equipa de 5 pessoas, sendo composta, por um médico, que fica à cabeceira do doente, vigiando o tubo endotraqueal e dirigindo o processo; 4 enfermeiros e 1 assistente operacional, de forma a permitir a mudança para o decúbito ventral, controlando os acessos venosos, arterial, sondas e drenos (Porqueras, 2009).

Antes de iniciar o decúbito ventral, a alimentação entérica deve ser colocada em pausa durante uma hora, rever novamente a posição da sonda nasogástrica, bem como a sua permeabilidade e fixação. A sonda nasogástrica pode ser conectada a um saco de drenagem de forma a garantir a drenagem de conteúdo gástrico, evitando e minimizando a aspiração gástrica. A pressão do cuff, do tubo endotraqueal, deve ser novamente avaliada e deve estar entre os 25-30mm/Hg. Deve ser realizada a higiene oral, de forma a prevenir a pneumonia associada ao ventilador e se necessário aspirar secreções pela boca e pelo tubo endotraqueal. São otimizados todos os acessos, venosos e arterial, colocando também prolongadores maiores, a fim de permitir uma maior margem de manobra. Antes do procedimento, deve-se realizar o tratamento a feridas e/ou úlceras e o saco de dreno e da sonda vesical devem ser esvaziados. O saco do dreno e da sonda vesical devem ser colocados entre as pernas, mais perto do fim da cama, de forma a não se tornarem obstáculo quando for para rodar o corpo. A fim de evitar úlceras na córnea, deve-se fazer limpeza aos olhos com soro fisiológico e lubrificar com lágrimas artificiais. De seguida, realizar uma gasometria 30 minutos antes de colocar o doente em

decúbito ventral para depois comparar os valores. Deve ser realizada uma pré-oxigenação com FiO₂ a 100% durante 10 minutos. Devemos também parar toda a terapêutica não considerada vital ou sedação, a fim de não dificultar o procedimento. Por fim, é otimizada a sedação e analgesia consoante prescrição médica (Porqueras, 2009).

Ao iniciar o procedimento, a equipa ocupa a sua posição junto do doente. Quem fica a cabeceira do doente é que lidera toda a sequência a realizar. A cama é colocada a 0° e o doente colocado na extremidade da cama, contrário ao sentido que irá rodar, o lado mais afastado do ventilador. Os eléctrodos e os cabos de medicação do monitor são retirados a fim de evitar que fiquem debaixo do doente e dificultem o processo. O oxímetro fica colocado no dedo do doente a fim de vigiar em todo o instante a saturação de oxigénio. De seguida é colocado a mão esquerda e o antebraço em rotação interna, com a palma da mão para cima debaixo do glúteo, de forma a evitar a luxação do ombro o braço direito fica alinhado ao longo do corpo. São colocadas almofadas de silicone para quando o doente rodar, apoiar a cabeça, a região do toráx superior, a região pélvica e a região da tíbia. O doente é colocado em decúbito lateral e com todas as indicações anteriores, é colocado em decúbito ventral de forma lenta e cautelosa, seguindo a indicação do *team leader*. Uma vez em decúbito ventral, são colocados os eléctrodos na região dorsal, é verificado se o tubo endotraqueal está colocado corretamente e colocada a cabeça na posição lateral, todos os acessos são verificados e otimizados assim como são recalibrados todos os parâmetros hemodinâmicos e respiratórios. A sonda vesical deve passar por baixo da perna do doente e colocar numa lateral da cama, a sonda nasogástrica deve ser testada e verificada para de seguida iniciar a alimentação entérica.

O doente deve ser alinhado no centro da cama em posição anti-trendelenburg a 15-20° de forma a favorecer a ventilação, minimizar a aspiração gástrica e melhorar a tolerância à alimentação entérica e minimizar complicações que surjam, como edema facial e periorbitais. Deve-se realizar uma gasometria após 30 minutos do doente estar em decúbito ventral e comparar com a gasometria retirada anteriormente.

Cuidados após realizar o decúbito ventral:

- Reposicionar a cabeça do doente de 2/2horas;

- Verificar se o doente apresenta uma postura correta a cada duas horas;
- Vigiar as características da pele e prevenir as úlceras por pressão, especialmente nos pavilhões auriculares, torác, genitais, dedos dos pés e joelhos;
- Realizar higiene ocular segundo protocolo da unidade;
- É recomendável, após as horas estabelecidas em decúbito ventral, reposicionar em decúbito dorsal, pelo menos 4 horas, de forma a serem prestados os cuidados de higiene e conforto, rever os pontos de pressão e realizar exames complementares de diagnóstico;
- A aspiração de secreções orotraqueais deve ser realizada com o máximo de cuidado devido à instabilidade respiratória – deve ser realizada uma pré-oxigenação a 100% utilizando sistemas de aspiração fechados.

Proseva study (2013), refere como critérios para suspender a técnica de decúbito ventral as seguintes situações:

- O doente mantém uma boa oxigenação e a relação de $PaO_2/FiO_2 \geq 150\text{mmHg}$;
- O doente apresenta $PEEP \leq 10\text{cmH}_2\text{O}$ e $FiO_2 \leq 60\%$ após 4 horas em decúbito ventral.

2.3.1. Procedimento do decúbito ventral

I - DEFINIÇÃO

Consiste numa técnica de posicionamento, segura e eficaz, que visa a melhoria da oxigenação, associada a doentes com SDRA moderada a grave sob ventilação mecânica invasiva, utilizando áreas menos ventiladas.

II - OBJECTIVOS

- Possibilitar uma melhor oxigenação (otimizar as trocas gasosas);
- Promover a reexpansão dos alvéolos colapsados;
- Reduzir a mortalidade em doentes com SDRA;

- Estimular áreas menos ventiladas;
- Diminuir áreas com atelectasias;
- Permitir uma melhor distribuição da ventilação;
- Reduzir o shunt pulmonar;
- Favorecer a drenagem de secreções, favorecendo a redução de infeções.

III - INFORMAÇÕES GERAIS

Quem executa

- Um médico e quatro enfermeiros.

Frequência

- De acordo com a prescrição médica e necessidade do doente.
- O tempo mínimo para ficar em decúbito ventral é de pelo menos 16 horas, devendo, no entanto, ser avaliado cada caso, consoante a tolerância do doente;
- O decúbito ventral deve ser rapidamente implementado, em menos de 48 horas do aparecimento da SDRA, apresentando benefícios sobre a redução da mortalidade.

IV - ORIENTAÇÕES GERAIS

- Tem indicação para o decúbito ventral, doentes com SDRA moderada a grave, apesar da otimização terapêutica, farmacológica e ventilatória;

- A abordagem a cada doente deve ser realizada de forma individualizada devidamente planeada.

Contra-indicações Absolutas

- Pressão intra-craniana elevada
- Fraturas vertebrais instáveis

Contra-indicações Relativas

- Dificuldade de estabilizar a via aérea;

- Cirurgia traqueal ou esternotomia nos últimos 15 dias;
- Traqueostomia realizada há menos de 24 horas;
- Dreno torácico anterior com apenas uma saída de ar;
- Trauma facial grave ou cirurgia facial há menos de 15 dias;
- Pressão intra-ocular aumentada;
- Instabilidade hemodinâmica ou pessoa com história de paragem cardio-respiratória recente
- Pacemaker colocado nos últimos 2 dias;
- Trombose venosa profunda resolvida há menos de 2 dias;
- Hemoptises em grande quantidade;
- Pessoa a realizar técnica dialítica;
- Lesões graves ou fraturas no tórax;

- Cirurgia cardio-torácica realizada recentemente, mediastino instável;
- Politraumatizado com fraturas instáveis, fratura do fémur ou fraturas pélvicas ou com fixação pélvica externa;
- Mulher grávida;
- Cirurgia abdominal recente ou com colocação de estoma;
- Cifoescoliose, osteoartrite avançada ou artrite reumatoide;
- Peso superior a 135 Kg

Complicações

edema a nível da face, membros e torác	úlceras por pressão	pneumonia associada ao ventilador
deiscência de ferida operatória	hemorragia conjuntival	compressão de nervos e vasos da retina
obstrução do tubo endotraqueal ou torção	extubação acidental	dificuldade em aspirar secreções
hipotensão transitória	pneumotórax	torção ou obstrução do dreno
Arritmias	remoção acidental de cateter venoso periférico, cateter arterial e venoso	remoção do cateter para hemodiálise ou obstrução
trombose venosa profunda	remoção da sonda nasogástrica	obstrução da sonda vesical
intolerância da alimentação entérica	vómito	aumentar a dose de sedação

MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIO

- Cama articulada;
- Monitor para monitorização;
- Carro de emergência;
- Ambú;
- Almofadas de silicone;
- Equipamento de proteção individual;
- Aspirador de secreções;
- Sondas de aspiração;
- Eléttodos.

PROCEDIMENTO

ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Cuidados pré-posicionamento	
<ol style="list-style-type: none">1. Informar sobre o procedimento ao doente (se consciente) /família;2. Providenciar os recursos para junto do doente;3. Desinfetar as mãos;4. Colocar equipamento de proteção individual;5. Suspender a alimentação entérica 1 hora antes;6. Verificar a permeabilidade e a fixação da SNG, adaptando a mesma a um saco de drenagem;7. Verificar a pressão do cuff, que deve estar entre os 25-30mm/Hg;8. Realizar a higiene oral com clorhexidina 0,2%;9. Aspirar secreções na cavidade oral e no tubo endotraqueal;10. Otimizar todos os acessos, venosos e arterial, colocando também	<ol style="list-style-type: none">1. Englobar o doente/família nos cuidados prestados, reduzir ansiedade;2. Gerir o tempo;3. Prevenir a transmissão de microrganismos e promover um ambiente seguro;4. Segurança pessoal durante a execução do procedimento5. Evitar o risco de aspiração gástrica;6. De forma a garantir a drenagem de conteúdo gástrico, evitando e minimizando a aspiração gástrica e evitar a remoção da mesma;7. Evitar a exteriorização do tubo endotraqueal;8. Evitar a pneumonia associada ao ventilador;9. Evitar a migração de microrganismos para a árvore brônquica e a aspiração de secreções;

<p>prolongadores de maior comprimento;</p> <p>11. Realizar o tratamento a feridas e/ou úlceras (caso existam);</p> <p>12. Esvaziar o saco de dreno e da sonda vesical;</p> <p>13. Clampar as drenagens e colocar entre os membros inferiores e aos pés do doente;</p> <p>14. Limpar os olhos com soro fisiológico e lubrificar com lágrimas artificiais;</p> <p>15. Administrar ou aumentar a sedação e/ou curarizar, se necessário;</p> <p>16. Realizar uma gasometria 30 minutos antes de realizar o procedimento.</p> <p>17. Suspende perfusões não indispensáveis para suporte vital ou sedação;</p> <p>18. Realizar pré-oxigenação com FiO₂ a 100% durante 10 minutos;</p>	<p>10. Verificar a permeabilidade e correto funcionamento dos acessos e permitir mais mobilidade para realizar o decúbito ventral;</p> <p>11. Verificar características das lesões antes de realizar o procedimento de forma a não agravar as mesmas e permitir que os pensos estejam externamente limpos e secos;</p> <p>12. Facilitar no momento de reposicionar e evitar extravasar o conteúdo;</p> <p>13. Evitar obstáculos durante o processo;</p> <p>14. Evitar lesões da córnea;</p> <p>15. De forma a promover o relaxamento muscular;</p> <p>16. De forma a comparar com a gasometria posterior ao decúbito ventral;</p> <p>17. Evitar obstáculos durante o procedimento;</p> <p>18. Evitar instabilidade respiratória.</p>
--	--

Procedimento do decúbito ventral	
AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>1. Colocar a cama a 0° e o doente colocado na extremidade da cama (+ distal do ventilador);</p>	<p>1. Facilitar o procedimento;</p>

<ol style="list-style-type: none">2. Retirar os elétrodos e os cabos de medicação do monitor;3. Colocar o oxímetro no dedo do doente;4. Colocar a mão esquerda e o antebraço em rotação interna por baixo da bacia e o braço direito alinhado ao longo do corpo;5. Preparar as almofadas de silicone;6. Proceder de forma lenta e cautelosa, seguindo a indicação médica – <i>team leader</i> (encontra-se na cabeceira do doente), à rotação do doente, acompanhando o seu movimento e apoiando-o com as mãos até atingir o decúbito ventral;7. Colocar os elétrodos na região dorsal;8. Colocar os membros superior alinhados ao longo do corpo ou em posição “nadador”:	<ol style="list-style-type: none">2. De forma a evitar que fiquem debaixo do doente e dificultem o processo;3. A fim de vigiar em todo o instante a saturação de oxigénio;4. Evitar a luxação do ombro;5. Para que quando o doente rodar, apoiar a cabeça, a região do torác superior, a região pélvica e a região túbio-társica;6. Realizar o decúbito ventral de forma eficaz e segura;7. De forma a vigiar os parâmetros do doente;8. Evitar lesões nos membros superiores;
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • O membro superior para o qual a cabeça está voltada deve encontrar-se fletido e no sentido cefálico; • O membro contralateral deve encontrar-se em extensão ao longo do corpo <p>9. Lateralizar a cabeça do doente;</p> <p>10. Colocar os elétrodos na região dorsal;</p>	<p>9. Permitir a permeabilidade da via aérea;</p> <p>10. De forma a permitir a monitorização eletrocardiográfica corretamente do doente;</p>
--	--

Otimização do posicionamento	
AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>1. Verificar se o tubo endotraqueal está colocado corretamente;</p> <p>2. Verificar e otimizar todos os acessos;</p> <p>3. Recalibrar todos os parâmetros hemodinâmicos e respiratórios;</p> <p>4. Colocar a sonda vesical por baixo da perna do doente e colocar numa lateral da cama;</p>	<p>1. Permitir uma ventilação correta e evitar a extubação acidental;</p> <p>2. De forma a permitir o correto funcionamento dos mesmos e avaliação hemodinâmica do doente;</p> <p>3. Avaliar corretamente o estado hemodinâmico do doente;</p> <p>4. Evitar zonas de pressão que causem lesão ao doente;</p>

<p>5. Testar e verificar a SNG;</p> <p>6. Realizar uma gasometria 30 minutos após o procedimento, seguindo-se de 2/2h e se estável, de 4/4h;</p> <p>7. Colocar o doente em posição anti-trendelenburg a 15-20°;</p> <p>8. Reposicionar a cabeça do doente de 2/2horas;</p> <p>9. Verificar posicionamento a cada duas horas.</p> <p>10. Realizar higiene ocular segundo protocolo da unidade;</p> <p>11. Alternar posição dos membros dos membros superiores;</p> <p>12. Vigiar pontos de pressão, aliviar e massajar zonas de pressão de 2/2horas;</p> <p>13. Verificar posicionamento das almofadas;</p>	<p>5. Iniciar precocemente a alimentação entérica;</p> <p>6. Detetar precocemente possíveis complicações;</p> <p>7. De forma a: - Favorecer a ventilação, - Minimizar a aspiração gástrica; - Melhorar a tolerância à alimentação entérica - Minimizar complicações que surjam, como edema facial e periorbitais.</p> <p>8. Prevenir o edema da face e úlceras por pressão;</p> <p>9. Manter um posicionamento correto e eficaz;</p> <p>10. De forma a prevenir lesões da córnea e manter lubrificação ocular;</p> <p>11. De forma a prevenir úlceras por pressão;</p> <p>12. Prevenir úlceras por pressão;</p> <p>13. Uma almofada na cabeça, com espaço</p>
--	---

<p>14. Aspirar secreções na cavidade oral e pelo tubo endotraqueal através de sistemas de aspiração fechados, realizando pré-oxigenação a 100%;</p> <p>15. Lavar as mãos.</p>	<p>para o tubo endotraqueal, uma almofada no toráx superior de forma a permitir a expansão dos movimentos torácicos/diafragmáticos e abdominais; almofada da região pélvica, nos joelhos e na região tibio-társica. As almofadas auxiliam na prevenção de úlceras por pressão;</p> <p>14. Manter via aérea permeável, evitar migração dos microrganismos para a árvore brônquica e evitar causar instabilidade respiratória.</p> <p>15. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p>
---	---

REGISTAR

- Hora e início do posicionamento;
- Parâmetros ventilatórios;
- Monitorização hemodinâmica;
- Intercorrências durante o procedimento;
- Resolução da intercorrência;
- Características das zonas mais suscetíveis de pressão

3. PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A realização da formação em serviço na UCIP do CHUA – Faro, conta com a participação da equipa de enfermagem, de forma a tornar possível a reflexão acerca da temática apresentada, com vista à melhoria da prestação de cuidados, e analisar a temática à luz da evidência científica mais atual.

A elaboração do plano de formação tem em conta as três fases definidas por Dale e Bunney (1999): planeamento, implementação e avaliação.

3.1.Planeamento

A primeira etapa é a produção de um plano estratégico da formação em serviço, tendo em conta a especificidade da sessão formativa para cada a equipa de enfermagem.

A sessão de formação será realizada na UCIP, na sala de reuniões, através do método expositivo. Como formadora, através de uma comunicação eficaz (verbal e não-verbal) irei apresentar a temática em questão, desenvolvendo um raciocínio lógico e estruturado. Serão utilizados meios auxiliares à utilização deste método, nomeadamente a utilização de computador e projetor.

A sessão de formação “Decúbito ventral no doente sob ventilação mecânica Invasiva – importância da intervenção do enfermeiro” será apresentada à equipa de enfermagem e à professora orientadora. A sessão formativa terá uma duração de 45 minutos. O dia da sessão será dia 19 de junho de 2018 às 14horas, como estipulado com a enfermeira orientadora e a enfermeira coordenadora.

Os formandos também serão informados antecipadamente através de um cartaz de divulgação da sessão na própria unidade.

3.1.1. Resultados Esperados/ Objetivos

A realização da formação em serviço tem como pressuposto a aquisição de conhecimentos através da evidência científica mais atual e a partilha de conhecimentos. Contribui para a fundamentação das intervenções realizadas na técnica do decúbito ventral, com vista a um desempenho profissional eficaz, procurando a excelência dos cuidados e sobretudo a segurança do doente.

De acordo com a problemática identificada – decúbito ventral no doente ventilado, os objetivos são:

- **Objetivo Geral:**

- Consolidar conhecimentos acerca da importância do decúbito ventral no doente com SDRA.

- **Objetivos Específicos:**

- Demonstrar evidências científicas atualizadas acerca da temática;
- Apresentar o procedimento de posicionamento em decúbito ventral para a UCIP do CHUA – Unidade de Faro.

3.1.2. População-Alvo

Enfermeiros da UCIP do CHUA - Unidade de Faro.

A equipa é composta por 50 elementos, incluindo a enfermeira coordenadora, no entanto estão dois elementos de baixa prolongada.

3.1.3. Necessidades Temáticas identificadas

É pertinente a análise das seguintes temáticas:

- Ventilação no doente com Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (SDRA);
 - SDRA:
 - Definição;
 - Fatores de risco.
 - SDRA – Decúbito Ventral
- Decúbito Ventral no doente sob ventilação mecânica invasiva
 - Evidência científica sobre a importância do decúbito ventral;
 - Indicações;
 - Benefícios;
 - Contra-indicações;
 - Complicações;
 - Procedimento do decúbito ventral.

- Conclusão
- Bibliografia

3.2.Execução

A execução da formação em serviço depende do cumprimento do planeamento realizado, bem como da motivação por parte dos formandos e formador.

3.2.1. Descrição dos Procedimentos

- Entrevista informal com a Enf.^a orientadora a fim de identificar as necessidades formativas em serviço;
- Entrevista informal com a Enf.^a coordenadora da UCIP a fim de analisar quais as necessidades formativas do serviço;
- Informar a professora orientadora sobre a temática em estudo e alvo de formação em serviço;
- Analisar a evidência científica mais atual sobre a temática em estudo;
- Reunião com a Enf.^a orientadora e a Enf.^a coordenadora a fim de combinar data da formação em serviço;
- Informar a professora sobre a data a realizar a formação em serviço;
- Informar a equipa sobre a formação em serviço, através de cartaz a anexar no serviço.

3.3.Avaliação

Com a realização de um plano de formação pretende-se satisfazer as necessidades formativas dos profissionais envolvidos, assegurando a formação necessária para a obtenção de melhores resultados nos indicadores de qualidade, prestando cuidados com qualidade, fundamentados na evidência científica atual.

A avaliação de um plano de formação é uma atividade complexa, que envolve reflexão e análise crítica, mas indispensável de forma a identificar pontos positivos e aspetos a melhorar. Para se elaborar uma avaliação credível é necessário criar ferramentas de forma a se conseguir monitorizar dados (Dale & Bunney, 1999).

Após a execução da ação de formação em serviço será aplicado um questionário de avaliação da formação por parte dos formandos, onde será avaliado o cumprimento

dos objetivos traçados e, certamente, aspetos a serem melhorados. Posteriormente será realizada uma reunião com a Enf.^a coordenadora de forma a ser analisado e discutido o procedimento realizado para UCIP sobre a temática.

CONCLUSÃO

A formação em serviço é um processo dinâmico e construtivo na aquisição de competências por parte dos profissionais envolvidos. O enfermeiro especialista, tem a responsabilidade da sua própria formação, no sentido de a desenvolver continuamente, revelando-se como um elo no seio da equipa, facilitador do processo formativo. Como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica e mestre, torna-se imprescindível a compreensão da importância da identificação das necessidades formativas assim como dos métodos para dar resposta a essas mesmas necessidades.

Foi importante a realização deste trabalho, uma vez que refleti e analisei a importância do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, assim como as suas competências, nomeadamente: “K.1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011, p.3). Assim sendo, o enfermeiro especialista é o perito a cuidar da pessoa em situação crítica, identificado como o elemento de referência no seio multidisciplinar. Tal vem de encontro ao que a evidência científica mais atual refere, pois, um enfermeiro especialista e capacitado consegue evitar complicações, agilizar da melhor forma o procedimento, reduzir o tempo despendido para a sua realização e estar alerta para possíveis complicações.

Em UCI, a SDRA tem apresentado uma maior incidência, a taxa de mortalidade tem vindo a aumentar, refletindo-se num aumento de tempo de internamento e de custos associados, pelo que se verifica que o decúbito ventral é uma estratégia que traz melhorias ao doente com SDRA sob VMI. Quando o doente se encontra em decúbito dorsal e é reposicionado em decúbito ventral, a água pulmonar é redistribuída, permitindo o recrutamento alveolar, libertando assim zonas previamente mal ventiladas, promovendo uma melhoria da oxigenação.

É unanime, em todos os estudos, que o decúbito ventral, pela sua elevada especificidade e complexidade, requer uma equipa de enfermagem capacitada e especializada, de forma a que a técnica seja realizada de forma segura e uniformizada em toda a equipa, através da evidência científica mais atual, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Considero o

procedimento de atuação realizado, como suplemento ao trabalho, uma mais valia, de forma a uniformizar os cuidados por parte de toda a equipa e permitir um agir através da evidência científica.

Concluo que consegui atingir os objetivos a que me propôs inicialmente, analisei a temática à luz da evidência científica mais atual, refleti sobre a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação crítica e principalmente adquiri conhecimentos sobre a temática em questão permitindo que num futuro que realize este procedimento, uma intervenção consciente, com base na literatura, com vista a prestar cuidados de excelência atendendo as reais necessidades à pessoa em situação crítica/família na UCIP sob VMI.

BILIOGRAFIA

- American Psychological Association* (2016). *Manual de estilo da APA: regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbosa, M. (2011). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Barros, R. (2013). *Educação de Adultos: Conceitos, Processos e Marcos Históricos - da Globalização ao Contexto Português*. Horizontes Pedagógicos Instituto Piaget.
- Catalão, M. (2016). *Avaliação da carga de trabalho de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos em Portalegre*. [Dissertação] Portalegre: Instituto Politécnico.
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2016). *Organograma – Estrutura Orgânica*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-algarve-epe/>, a 16 de maio de 2018.
- Dale, B. & Bunney, H. (1999). *Total Quality Management Blueprint*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Dalmedico, M., et al. (2017). Efetividade da posição prona na síndrome do desconforto respiratório agudo: overview de revisões sistemáticas. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Pp. 1-8. Brasil
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril da Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20 de maio 2018 em www.pgdlisboa.pt.
- Decreto-Lei n.º 69/2013 de 17 de maio. *Diário da República n.º 95/2013 – I série*. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. *Diário da República: Série I, n.º 162 (2017)*. Acedido a 20 de maio 2018 em www.dre.pt.

Doring, T.C. & Romanowski, J.P. (2008). A reflexão em Dewey e Schon. *Revista Intersaberes*, pp. 12-14. Obtido a 21 de maio de 2018 em https://www.researchgate.net/profile/Joana_Romanowski3/publication/277052331_A_reflexao_em_Dewey_e_Schon/links/56fc187508ae1b40b806430f/A-reflexao-em-Dewey-e-Schoen.pdf.

Figueiredo, A. (2008). *Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda*. [Tese] para obtenção do grau de Mestre. Beira Interior: Faculdade de Ciências da Saúde.

Ferguson et al. (2012). The Berlin definition of ARDS: na expanded rationale justification and supplementary material. *Intensive care medicine* (2012) 38. pp. 1573-1582. Canada

Gomes, J. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano*. Edição Sílabo. Lisboa

Gonçalves, A. (2003). *Das Indefinições da Profissão Enfermagem às Indefinições da Formação em Serviço: estudo de caso em context hospitalar*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Koulouras, V., Papathanakos, G., Papathanasiou, A., Nakos, G. (2016). Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. *World Journal of Critical Care Medicine*. May 4, 2016, Volume 5, Issue 2. pp. 121-136. Grécia.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde). Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 21 de maio 2018 em www.pgdlisboa.pt

Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no adulto – Abordagem ao doente crítico*. Lusociência. Loures


- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau.
- Oliveira, V., et al. (2016). Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para a realização da manobra prona. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2017. pp. 131-141. DOI: 10.5935/0103-507X.20170023;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Regulamento n.º 124/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Padilha, K. et al. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Nº 39 (2) p 229-233. *Brasil*
- Paiva et al. (2016). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. Setembro, Pp. 1-87.
- Pires, A. (2005). *Educação e Formação ao Longo da Vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Porqueras, R. & Pallarés, A. (2009). Protocolo de colocación del paciente com Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono. *Nurse Investigación*, nº40, Mayo, 2009. pp. 1-9. Espanha.
- Proseva Study (2013). Prone positioning in severe Acute respiratory distress syndrome. *The New England Journal of Medicine*, june 6, 2013. Vol.368, nº23. pp. 2159-2168. *Inglaterra*.
- Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – adaptação e*

validação da escala de Jefferson. [Dissertação] para obtenção do grau de mestre.
Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Soares, J., Andrade, F., Ferrari, D & Sales, C. (2016). Impacto da posição prona na resposta clínica pulmonar e mortalidade na síndrome do desconforto respiratório agudo: Revisão atualizada. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. ISSN online: 2317-4404. Brasil.

Taborda, L.; Barros, F.; Fonseca, V.; Irimia, V.; Carvalho, R.; Diogo, C. & Ramos, A. (2014). Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda: Casuística de Dois Anos numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Acta Médica Portuguesa março-abril* ; 27(2): 211-217. Porto: Ordem dos Médicos.

**Apêndice J – Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem
sobre o Decúbito Ventral no doente sob Ventilação Mecânica Invasiva**

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p>Proposta de Norma Procedimento de Enfermagem</p>	<p>Data: junho 2018</p>	<p>Folha 1/9</p>
<p>Assunto: Decúbito Ventral no doente sob Ventilação Mecânica Invasiva</p>		<p>Elaborado por: Carla Valente</p> <p>Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica</p> <p>Tutora: Enfª Ana Galrinho (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)</p>	

I - DEFINIÇÃO

Consiste numa técnica de posicionamento, segura e eficaz, que visa a melhoria da oxigenação, associada a doentes com SDRA moderada a grave sob ventilação mecânica invasiva, utilizando áreas menos ventiladas.

II - OBJECTIVOS

- Possibilitar uma melhor oxigenação (otimizar as trocas gasosas);
- Promover a reexpansão dos alvéolos colapsados
- Reduzir a mortalidade em doentes com SDRA;
- Estimular áreas menos ventiladas;
- Diminuir áreas com atelectasias;
- Permitir uma melhor distribuição da ventilação;
- Reduzir o shunt pulmonar;
- Favorecer a drenagem de secreções, favorecendo a redução de infeções.

III - INFORMAÇÕES GERAIS

Quem executa

- 1 médico
- 4 enfermeiros.

Frequência

- De acordo com a prescrição médica e necessidade do doente.
- O tempo mínimo para ficar em decúbito ventral é de pelo menos 16 horas, devendo, no entanto, ser avaliado cada caso, consoante a tolerância do doente;
- O decúbito ventral deve ser rapidamente implementado, em menos de 48 horas do aparecimento da SDRA, apresentando benefícios sobre a redução da mortalidade.

IV - ORIENTAÇÕES GERAIS

• Tem indicação para o decúbito ventral, doentes com SDRA moderada a grave, apesar da otimização terapêutica, farmacológica e ventilatória.

- A Abordagem ao doente deve ser realizada de forma individualizada e devidamente planeada.

Contra-indicações Absolutas

- Pressão intra-craniana elevada
- Fraturas vertebrais instáveis

Contra-indicações Relativas

- Dificuldade de estabilizar a via aérea;
- Cirurgia traqueal ou esternotomia nos últimos 15 dias;
- Traqueostomia realizada há menos de 24 horas;
- Dreno torácico anterior com apenas uma saída de ar;
- Trauma facial grave ou cirurgia facial há menos de 15 dias;
- Pressão intra-ocular aumentada;
- Instabilidade hemodinâmica ou pessoa com história de paragem cardio-respiratória recente;
- Pacemaker colocado nos últimos 2 dias;
- Trombose venosa profunda resolvida há menos de 2 dias;
- Hemoptises em grande quantidade;
- Pessoa a realizar técnica dialítica;
- Lesões graves ou fraturas no tórax;
- Cirurgia cardio-torácica realizada recentemente, mediastino instável;

- Politraumatizado com fraturas instáveis, fratura do fêmur ou fraturas pélvicas ou com fixação pélvica externa;
- Mulher grávida;
- Cirurgia abdominal recente ou com colocação de estoma;
- Cifoescoliose, osteoartrite avançada ou artrite reumatoide;
- Peso superior a 135 Kg.

Complicações

Edema a nível da face, membros e torác	Úlceras por pressão	Pneumonia associada ao ventilador
Deiscência de ferida operatória	Hemorragia conjuntival	Compressão de nervos e vasos da retina
Obstrução do tubo endotraqueal ou torção	Extubação acidental	Dificuldade em aspirar secreções
Hipotensão transitória	Pneumotórax	Torção ou obstrução do dreno
Arritmias	Remoção acidental de cateter venoso periférico e central, cateter arterial	Remoção do cateter para hemodiálise ou obstrução
Trombose venosa profunda	Remoção da sonda nasogástrica	Obstrução da sonda vesical
Intolerância à alimentação entérica	Vômito	Aumentar a dose de sedação

MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIO

- Monitor para monitorização;
- Carro de emergência;
- Ambú;
- Almofadas de silicone;
- Equipamento de proteção individual;
- Aspirador de secreções
- Sondas de aspiração
- Eléttodos

PROCEDIMENTO

AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Cuidados pré-posicionamento	
<ol style="list-style-type: none">1. Informar sobre o procedimento ao doente (se consciente) /família;2. Providenciar os recursos para junto do doente;3. Desinfetar as mãos;4. Colocar equipamento de proteção individual;5. Suspender a alimentação entérica 1 hora antes;6. Verificar a permeabilidade e a fixação da SNG, adaptando a mesma a um saco de drenagem;7. Verificar a pressão do cuff, que deve estar entre os 25-30mm/Hg;8. Realizar a higiene oral com clorhexidina a 0,2%;9. Aspirar secreções na cavidade oral e no tubo endotraqueal;10. Otimizar todos os acessos, venosos e arterial, colocando também prolongadores de maior comprimento;	<ol style="list-style-type: none">1. Englobar o doente/família nos cuidados prestados, reduzir ansiedade;2. Gerir o tempo;3. Prevenir a transmissão de microrganismos e promover um ambiente seguro;4. Segurança pessoal e do doente durante a execução do procedimento;5. Evitar o risco de aspiração gástrica;6. De forma a garantir a drenagem de conteúdo gástrico, evitando e minimizando a aspiração gástrica e evitar a remoção da mesma;7. Evitar a exteriorização do tubo endotraqueal;8. Evitar a pneumonia associada ao ventilador;9. Evitar a migração de microrganismos para a árvore brônquica e a aspiração de secreções;10. Verificar a permeabilidade e correto funcionamento dos acessos e permitir maior mobilidade para realizar o decúbito ventral;11. Verificar características das lesões

<p>11. Realizar o tratamento a feridas e/ou úlceras (caso existam);</p> <p>12. Esvaziar o saco de dreno e da sonda vesical;</p> <p>13. Clampar as drenagens e colocar entre os membros inferiores e aos pés do doente;</p> <p>14. Realizar limpeza aos olhos com soro fisiológico e lubrificar com lágrimas artificiais;</p> <p>15. Administrar ou aumentar a sedação e/ou curarizar, se necessário;</p> <p>16. Realizar uma gasometria 30 minutos antes de realizar o procedimento;</p> <p>17. Suspende perfusões não indispensáveis para suporte vital ou sedação;</p> <p>18. Realizar pré-oxigenação com FiO₂ a 100% durante 10 minutos.</p>	<p>antes de realizar o procedimento de forma a não agravar as mesmas e permitir que os pensos estejam externamente limpos e secos;</p> <p>12. Facilitar no momento de reposicionar e evitar extravasar o conteúdo;</p> <p>13. Evitar obstáculos durante o processo;</p> <p>14. Evitar lesões da córnea;</p> <p>15. De forma a promover o relaxamento muscular;</p> <p>16. De forma a comparar com a gasometria posterior ao decúbito ventral.</p> <p>17. Evitar obstáculos durante o processo;</p> <p>18. Evitar instabilidade respiratória.</p>
--	--

Procedimento do decúbito ventral	
AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>1. Colocar a cama a 0° e o doente na extremidade da cama (+ distal do ventilador);</p> <p>2. Retirar os elétrodos e os cabos de</p>	<p>1. Facilitar o procedimento;</p> <p>2. De forma a evitar que fiquem debaixo</p>

<p>medição do monitor;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Colocar o oxímetro no dedo do doente; 4. Colocar a mão esquerda e o antebraço em rotação interna por baixo da bacia e o braço direito alinhado ao longo do corpo; 5. Preparar as almofadas de silicone; 6. Proceder de forma lenta e cautelosa, seguindo a indicação médica – <i>team leader</i> (encontra-se na cabeceira do doente), à rotação do doente, acompanhando o seu movimento e apoiando-o com as mãos até atingir o decúbito ventral; 7. Colocar os elétrodos na região dorsal; 8. Colocar os membros superior alinhados ao longo do corpo ou em posição “nadador”: <ul style="list-style-type: none"> • O membro superior para o qual a cabeça está voltada deve encontrar-se fletido e no sentido cefálico; 	<p>do doente e dificultem o processo;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. A fim de vigiar em todo o instante a saturação de oxigénio; 4. Evitar a luxação do ombro; 5. Para que quando o doente rodar, apoiar a cabeça, a região do torác superior, a região pélvica, os joelhos e a região tíbio-társica; 6. Realizar o decúbito ventral de forma eficaz e segura; 7. De forma a permitir a monitorização eletrocardiográfica corretamente do doente; 8. Evitar lesões nos membros superiores;
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • O membro contralateral deve encontrar-se em extensão ao longo do corpo <p>9. Lateralizar a cabeça do doente;</p> <p>10. Colocar os elétrodos na região dorsal;</p>	<p>9. Permitir a permeabilidade da via aérea;</p> <p>10. De forma a permitir a monitorização eletrocardiográfica corretamente do doente;</p>
--	--

Otimização do posicionamento	
AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>1. Verificar se o tubo endotraqueal está colocado corretamente;</p> <p>2. Verificar e otimizar todos os acessos;</p> <p>3. Recalibrar todos os parâmetros hemodinâmicos e respiratórios;</p> <p>4. Colocar a sonda vesical por baixo da perna do doente e colocar numa lateral da cama;</p> <p>5. Testar e verificar a SNG;</p> <p>6. Realizar uma gasometria 30 minutos após o procedimento, seguindo-se de 2/2h e se estável, de 4/4h;</p> <p>7. Colocar o doente em posição anti-</p>	<p>1. Permitir uma ventilação correta e evitar a extubação acidental;</p> <p>2. De forma a permitir o correto funcionamento dos mesmos e avaliação hemodinâmica do doente;</p> <p>3. Avaliar corretamente o estado hemodinâmico do doente;</p> <p>4. Evitar zonas de pressão que causem lesão ao doente;</p> <p>5. Iniciar precocemente a alimentação entérica;</p> <p>6. Detetar precocemente possíveis complicações e avaliar a evolução do doente;</p>

<p>trendelenburg a 15-20°;</p> <p>8. Reposicionar a cabeça do doente de 2/2horas;</p> <p>9. Verificar posicionamento a cada duas horas.</p> <p>10. Realizar higiene ocular segundo protocolo da unidade;</p> <p>11. Alternar posição dos membros superiores de 2/2horas;</p> <p>12. Vigiar pontos de pressão, aliviar e massajar zonas de pressão de 2/2horas;</p> <p>13. Verificar posicionamento das almofadas;</p> <p>14. Aspirar secreções na cavidade oral e pelo tubo endotraqueal através de sistemas de aspiração fechados, realizando pré-oxigenação a 100%;</p>	<p>7. De forma a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer a ventilação, - Minimizar a aspiração gástrica; - Melhorar a tolerância à alimentação entérica - Minimizar complicações que surjam, como edema facial e periorbitais. <p>8. Prevenir o edema da face e úlceras por pressão;</p> <p>9. Manter um posicionamento correto e eficaz;</p> <p>10. De forma a prevenir lesões da córnea e manter lubrificação ocular;</p> <p>11. De forma a prevenir úlceras por pressão;</p> <p>12. Prevenir úlceras por pressão;</p> <p>13. Uma almofada na cabeça, com espaço para o tubo endotraqueal, uma almofada no toráx superior de forma a permitir a expansão dos movimentos torácicos/diafragmáticos e abdominais; almofada da região pélvica, nos joelhos e na região tibio-társica. As almofadas auxiliam na prevenção de úlceras por pressão;</p> <p>14. Manter via aérea permeável, evitar migração dos microrganismos para a árvore brônquica e evitar causar instabilidade respiratória.</p>
---	--

15. Lavar as mãos.	15. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.
--------------------	---

REGISTAR

- Hora e início do posicionamento;
- Parâmetros ventilatórios;
- Monitorização hemodinâmica;
- Intercorrências durante o procedimento;
- Resolução da intercorrência;
- Características das zonas mais suscetíveis de pressão.

BIBLIOGRAFIA

Dalmedico, M., et al. (2017). Efetividade da posição prona na síndrome do desconforto respiratório agudo: overview de revisões sistemáticas. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pp. 1-8. Brasil.

Ferguson et al. (2012). The Berlin definition of ARDS: na expanded rationale justification and supplementary material. Intensive care medicine (2012) 38. pp. 1573-1582. Canada

Koulouras, V., Papathanakos, G., Papathanasiou, A., Nakos, G. (2016). Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. World Journal of Critical Care Medicine. May 4, 2016, Volume 5, Issue 2. pp. 121-136. Grécia.

Marcelino, P. (2008). Manual de Ventilação Mecânica Invasiva no adulto – Abordagem ao doente crítico. Lusociência. Loures.

Oliveira, V., et al. (2017). Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para a realização da manobra prona. Revista Brasileira Terapia Intensiva. 2017.pp. 131-141. DOI: 10.5935/0103-507X.20170023;

Porqueras, R. & Pallarés, A. (2009). Protocolo de colocación del paciente com Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono. Nurse Investigación, nº40, Mayo, 2009. pp. 1-9. Espanha

PROSEVA Study (2013). Prone positioning in severe Acute respiratory distress syndrome. The New England Journal of Medicine. June 6, 2013. Vol.368, nº23. pp. 2159-2168. Inglaterra.

Soares, J., Andrade, F., Ferrari, D & Sales, C. (2016). Impacto da posição prona na resposta clínica pulmonar e mortalidade na síndrome do desconforto respiratório agudo: Revisão atualizada. Brazilian Journal of Surgery nad Clinical Research. ISSN online: 2317-4404. Brasil

Apêndice K - Artigo científico: “*Decúbito Ventral no Doente sob Ventilação Mecânica Invasiva - Revisão Integrativa*”

**DECÚBITO VENTRAL NO DOENTE SOB VENTILAÇÃO
MECÂNICA INVASIVA
REVISÃO INTEGRATIVA**

**DECÚBITO VENTRAL EN EL PACIENTE BAJO VENTILACIÓN
MECÁNICA INVASIVA
REVISIÓN INTEGRATIVA**

**PRONE POSITION IN PATIENTS UNDER MECHANICAL
VENTILATION
INTEGRATIVE REVIEW**

Carla Valente – Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Beja, Enfermeira no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Maria Dulce Santiago – Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

RESUMO

Introdução: O decúbito Ventral consiste numa técnica de posicionamento, segura e eficaz, que visa a melhoria da oxigenação, associada a doentes com SDRA moderada a grave sob ventilação mecânica invasiva, utilizando áreas menos ventiladas.

Objetivo: analisar a importância da realização do decúbito ventral no doente com SDRA, sob Ventilação mecânica invasiva.

Métodos: revisão integrativa da literatura através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrónicas (B-On, EBSCO e Pubmed), sendo incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, através da utilização de descritores em ciências da saúde (DeCs).

Resultados: o decúbito ventral é uma estratégia que traz melhorias ao doente com SDRA sob VMI. Quando o doente se encontra em decúbito dorsal e é reposicionado em decúbito ventral, existe uma melhoria da oxigenação, uma melhor distribuição da ventilação, redução do shunt pulmonar, favorecendo a drenagem de secreções e a redução de infeções.

Conclusões: a realização do decúbito ventral no doente com SDRA sob VMI reduz a taxa de mortalidade, diminuição do tempo de internamento e os custos associados. É imprescindível uma equipa de enfermagem especializada e capacitada, para que através da evidência científica atual, consiga proporcionar a melhor qualidade dos cuidados.

Descritores: Enfermeiros, Decúbito Ventral, Síndrome do Desconforto Respiratório do Adulto, Ventilação Artificial e Pacientes.

Apêndice L – Sessão de Formação em Serviço sobre o Decúbito Ventral no doente sob Ventilação Mecânica Invasiva

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018

**Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e
Universitário do Algarve – Unidade de Faro**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO -

**Decúbito Ventral no doente sob Ventilação Mecânica Invasiva –
Importância da Intervenção do Enfermeiro**

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enf.ª Orientadora: *Enfermeira Ana Rita Galrimho*

Enf.ª Coordenadora: *Enfermeira Isabel Hubert*

Discente: *Carla Valente*

Sumário

- Ventilação no doente com Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (SDRA);
- SDRA:
 - Definição;
 - Fatores de risco.
- SDRA – Decúbito Ventral
- Decúbito Ventral no doente sob ventilação mecânica invasiva
 - Evidência científica sobre a importância do decúbito ventral;
 - Indicações;
 - Benefícios;
 - Contra-indicações;
 - Complicações
- Procedimento do decúbito ventral
- Conclusão
- Bibliografia

Objetivos

- **Objetivo Geral:**

- Consolidar conhecimentos acerca da importância do decúbito ventral no doente com síndrome de dificuldade respiratória do Adulto.

- **Objetivos Específicos:**

- Demonstrar evidências científicas atualizadas acerca da temática;
 - Apresentar o procedimento de posicionamento em decúbito ventral para a UCIP do CHUA – Unidade de Faro.

Ventilação no doente com Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (SDRA)

SDRA é definido como uma lesão difusa pulmonar aguda, associada a um fator de risco predisponente, caracterizado por inflamação, levando a um aumento da permeabilidade vascular e à perda do tecido pulmonar arejado.

Na definição de Berlim de 2012 o SDRA é classificado como:

- SDRA leve: $200 \leq PaO_2/FiO_2 \leq 300$ com PEEP ou CPAP ≥ 5 cmH₂O
- SDRA moderada: $100 \leq PaO_2/FiO_2 \leq 200$ com PEEP ≥ 5 cmH₂O
- SDRA severo: $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ com PEEP ≥ 5 cmH₂O

(Ferguson, 2012)

Síndrome da Doença Respiratória Aguda (SDRA)

Quadro de hipoxia de início súbito, com infiltrados bilaterais, associado a alterações fisiológicas como o aumento do espaço morto e diminuição da *compliance*.

Instalação rápida, com dispnéia grave e hipoxia resultante da alteração entre a ventilação e perfusão alveolar, infiltrados pulmonares difusos com repercussões num quadro de insuficiência respiratória rápida progressiva.

(Ferguson, 2012)

Síndrome da Doença Respiratória Aguda (SDRA)

Os fatores de risco associados a SDRA são:



Pneumonia

Grandes queimados

Abuso de drogas

Choque séptico

Lesões por inalação

Afogamento

Aspiração de conteúdo gástrico

Pancreatite

Trauma major

Contusões pulmonares

(Ferguson, 2012)

SDRA - Decúbito Ventral

- Segundo, Marcelino (2008), uma estratégia que traz melhorias ao doente ventilado com SDRA, passa pela alternância de decúbito – decúbito ventral.

Quando o doente se encontra em decúbito dorsal e é reposicionado em decúbito ventral, a água pulmonar é redistribuída, libertando assim zonas previamente mal ventiladas. Através do decúbito ventral, existe melhoria da oxigenação, oxissaturação, com efeito na redução da FiO₂ e consequente melhoria da saturação periférica do sangue periférico.



Decúbito Ventral no doente Ventilado

O III Consenso de Ventilação Mecânica, atribuiu a recomendação – A – para o decúbito ventral em doentes que apresentam necessidade de elevados valores de PEEP e FiO₂ ou SDRA (Soares et al., 2016).

Decúbito Ventral no Doente Ventilado

O decúbito ventral nos doentes ventilados com SDRA é **recomendada desde a primeira semana**, se **SDRA moderada a grave** (Koulouras et al., 2016).

Dalmedico (2017) refere que o decúbito ventral deve ser rapidamente implementado, **em menos de 48 horas** do início da SDRA, apresentando **benefícios sobre a redução da mortalidade**.

Decúbito Ventral no doente Ventilado

O decúbito ventral em doentes ventilados com SDRA tem sido adotado e mostrado como uma técnica segura e eficaz de forma a melhorar a oxigenação utilizando áreas menos ventiladas, ocorrendo melhoria da hipoxemia.

O decúbito ventral proporciona um aumento de dias sem ventilador e diminuição dos dias para a extubação.

(Proseva study, 2013)

Decúbito Ventral no doente Ventilado

Possibilita
uma melhor
oxigenação

Permite uma
melhor
distribuição
da ventilação

Favorece a
drenagem de
secreções



Diminuição
das áreas com
atelectasias

Redução do
shunt
pulmonar

(Soares et al., 2016)

Decúbito Ventral no doente Ventilado

- O estudo de Soares et al. (2016) refere que a utilização do decúbito ventral afeta positivamente:

a oxigenação pulmonar

a melhoria dos parâmetros ventilatórios

diminuição da mortalidade, quando associada este posicionamento aos doentes ventilados com SDRA.

Associado a melhor sobrevida em doentes com ARDS Severo ($PaO_2/FiO_2 < 100 \text{ mmHg}$).

Decúbito Ventral no doente Ventilado

Evidencia *Proseva study* (2013), no estudo realizado com 446 doentes com SDR severo, que quando comparado o decúbito dorsal com o decúbito ventral:

- O decúbito ventral em **28 dias**: 16% de mortalidade vs 33% de mortalidade em decúbito dorsal;
- O decúbito ventral em **90 dias**: 24% de mortalidade vs 41% de mortalidade em decúbito dorsal.

Existem menos paragens cardíacas associadas ao decúbito ventral



Não existiu diferença nas complicações associadas entre os dois decúbitos

(*Proseva study*, 2013)

Decúbito Ventral no doente Ventilado

Contra-indicações

Absolutas

- Pressão intracraniana elevada
- Fraturas vertebrais instáveis

(Koulouras et al., 2016)

Decúbito Ventral no doente Ventilado

Contra-indicações relativas:

- Dificuldade de estabilizar a via aérea;
- Cirurgia traqueal ou esternotomia nos últimos 15 dias;
- Traqueostomia realizada há menos de 24 horas;
- Dreno torácico anterior com apenas uma saída de ar;
- Trauma facial grave ou cirurgia facial há menos de 15 dias;
- Pressão intra-ocular aumentada;
- Instabilidade hemodinâmica ou pessoa com história de paragem cardio-respiratória recente.

(Koulouras et al., 2016)

Decúbito Ventral no doente Ventilado

Contra-indicações relativas:

- Pacemaker colocado nos últimos 2 dias;
- Trombose venosa profunda resolvida há menos de 2 dias;
- Hemoptises em grande quantidade;
- Pessoa a realizar técnica dialítica;
- Lesões graves ou fraturas no tórax;
- Cirurgia cardio-torácica realizada recentemente, mediastino instável;
- Politraumatizado com fraturas instáveis, fratura do fémur ou fraturas pélvicas ou com fixação pélvica externa.

(Koulouras et al., 2016)

Decúbito Ventral no doente Ventilado

Contra-indicações relativas:

- Mulher grávida;
- Cirurgia abdominal recente ou com colocação de estoma;
- Cifoescoliose, osteoartrite avançada ou artrite reumatoide;
- Peso superior a 135 Kg

(Koulouras et al., 2016)

Decúbito Ventral no doente Ventilado

Complicações

Edema a nível da face, membros e toráx	Úlceras por pressão	Pneumonia associada ao ventilador
Deiscência de ferida operatória	Hemorragia conjuntival	Compressão de nervos e vasos da retina
Obstrução do tubo endotraqueal ou torção	Extubação acidental	Dificuldade em aspirar secreções
Hipotensão transitória	Pneumotórax	Torção ou obstrução do dreno
Arritmias	Remoção acidental de cateter venoso periférico, cateter arterial e venoso	Remoção do cateter para hemodiálise ou obstrução
Trombose venosa profunda	Remoção da sonda nasogástrica	Obstrução da sonda vesical
Intolerância da alimentação entérica	Vômito	Aumentar a dose de sedação

(Koulouras et al., 2016)

Decúbito Ventral no doente Ventilado

- Koulouras et al., 2016 , refere que se trata de uma técnica segura, eficaz e com mínimos riscos e complicações quando executada por **enfermeiros qualificados e com formação especializada**.

É crucial que haja **comunicação em equipa**, de forma atempada, com o objetivo de estruturar o procedimento e as suas posições, **evitando possíveis complicações**.



Decúbito Ventral no doente Ventilado

Cuidados de Enfermagem

1ª fase – Cuidados pré-posicionamento

2ª fase – Procedimento do decúbito ventral

3ª fase – Otimização do posicionamento

1ª fase – Cuidados pré-posicionamento

Quem executa?

- Se possível 5 elementos:
- - 1 médico
- - 4 enfermeiros

1ª fase – Cuidados pré-posicionamento

- Suspender a alimentação entérica 1 hora antes;
- Verificar a permeabilidade e a fixação da SNG - pode ser conectada a um saco de drenagem de forma a garantir a drenagem de conteúdo gástrico, evitando e minimizando a aspiração gástrica.
- Verificar a pressão do cuff, devendo estar entre os 25-30mm/Hg;
- Realizar a higiene oral com clorhexidina 0,2%;
- Aspirar secreções na cavidade oral e no tubo endotraqueal;
- Otimizar todos os acessos, venoso periférico e central e arterial, colocando também prolongadores de maior comprimento;
- Realizar o tratamento a feridas e/ou úlceras;

1ª fase – Cuidados pré-posicionamento

- Esvaziar saco de dreno e da sonda vesical;
- Clampar as drenagens e colocar entre os membros inferiores e aos pés do doente;
- Administrar ou aumentar a sedação e/ou curarizar de forma a promover o relaxamento muscular, se necessário;
- Realizar limpeza aos olhos com soro fisiológico e lubrificar com lágrimas artificiais;
- Realizar uma gasometria 30 minutos antes;
- Suspender perfusões não indispensáveis para suporte vital ou sedação;
- Pré-oxigenar com FiO₂ a 100% 10 minutos antes do início do procedimento.

2ª fase – Procedimento do decúbito ventral

Quem fica a cabeceira do doente é que dirige toda a sequência a realizar.

- ✓ Colocar a cama a 0° e o doente colocado na extremidade da cama (+ distal do ventilador);
- ✓ Retirar os eletrodos;
- ✓ Retirar os cabos de medicação do monitor a fim de evitar que fiquem debaixo do doente e dificultem o processo;
- ✓ O oxímetro fica sempre colocado a fim de vigiar em todo o instante a saturação de oxigénio.

2ª fase – Procedimento do decúbito ventral

- ✓ Colocar o braço esquerdo junto ao corpo, com a palma da mão para cima debaixo do glúteo;
- ✓ Colocar almofadas de silicone para quando o doente rodar, apoiar a cabeça, a região do tórax superior, a região pélvica, joelhos e a região tíbio-társica;
- ✓ Colocar a pessoa em decúbito lateral e com todas as indicações anteriores, é colocado em decúbito ventral;
- ✓ Alinhar os membros superior ao longo do corpo ou posição “nadador”;
- ✓ Lateralizar a cabeça.

3ª fase – Otimização do posicionamento



- ✓ Colocar os elétrodos na região dorsal;
- ✓ Verificar se o tubo endotraqueal está colocado corretamente ;
- ✓ Verificar e otimizar todos os acessos;
- ✓ Recalibrar todos os parâmetros hemodinâmicos e respiratórios.

❖ Estudos de *Proseva study* (2013) Soares (2016) e de Dalmedico (2017) evidenciam que o **tempo mínimo** para ficar em decúbito ventral é de **pelo menos 16horas**.

3^a fase – Otimização do posicionamento

- Colocar a sonda vesical por baixo da perna do doente e colocar numa lateral da cama;
- Testar e verificar a SNG para iniciar a A.E.
- Realizar uma gasometria 30 minutos após, depois 2/2h...4/4h
- Colocar o doente em **posição anti-trendelenburg** a 15-20° de forma a:
 - Favorecer a ventilação,
 - Minimizar a aspiração gástrica;
 - Melhorar a tolerância à alimentação entérica e minimizar complicações que surjam, como edema facial e periorbitais.



3^a fase – Otimização do posicionamento

- Reposicionar a cabeça do doente de 2/2horas;
- Verificar posicionamento a cada duas horas;
- Realizar higiene ocular segundo protocolo da unidade;
- Alternar posição dos membros superiores a cada 2horas;
- Vigiar pontos de pressão;
- Vigiar alinhamento corporal.



3^a fase – Otimização do posicionamento

- -Verificar posicionamento das almofadas
 - Torás superior: importante deixar espaço para a expansão dos movimentos torácicos, diafragmáticos e abdominais;
 - Cabeça: prevenção de edemas, UP e lesões oculares.

3^a fase – Otimização do posicionamento



Posição “nadador”

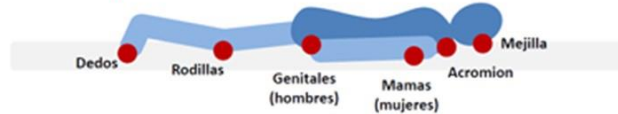
A **aspiração de secreções** orotraqueais deve ser realizada com o máximo de cuidado devido à instabilidade respiratória – deve ser realizada uma **pré-oxigenação a 100%** utilizando sistemas de **aspiração fechados**.

3ª fase – Otimização do posicionamento



3ª fase – Otimização do posicionamento

Decúbito prono



Vigiar zonas de maior pressão:

- Lóbulos da orelha;
- Grelha costal;
- Crista ilíaca;
- Genitais;
- Joelhos;
- Dedos dos pés

Decúbito Ventral no doente Ventilado

Critérios para suspender a técnica de decúbito ventral as seguintes situações:

Mantém uma boa oxigenação e a relação de $PaO_2/FiO_2 \geq 150\text{mmHg}$

$PEEP \leq 10\text{cmH}_2\text{O}$ e $FiO_2 \leq 60\%$ após 4 horas em decúbito ventral.

(Proseva study, 2013)

Conclusão

- A evidência científica mostra que o decúbito ventral nos doentes sob VMI com SDRA, tem sido uma técnica segura e eficaz que permite melhorar a oxigenação e reduzir a mortalidade, quando realizada precocemente.
- É imprescindível ter uma equipa de enfermagem especializada e capacitada para a realização do decúbito ventral, a fim de evitar complicações, agilizar da melhor forma o procedimento, reduzir o tempo despendido para a sua realização e estar alerta para possíveis complicações que possam surgir.

Bibliografia

- Dalmedico, M., et al. (2017). Efetividade da posição prona na síndrome do desconforto respiratório agudo: overview de revisões sistemáticas. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pp. 1-8. Brasil.
- Ferguson et al. (2012). The Berlin definition of ARDS: na expanded rationale justification and supplementary material. Intensive care medicine (2012) 38. pp. 1573-1582. Canada
- Koulouras, V., Papathanakos, G., Papathanasiou, A., Nakos, G. (2016). Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. World Journal of Critical Care Medicine. May 4, 2016, Volume 5, Issue 2. pp. 121-136. Grécia.
- Marcelino, P. (2008). Manual de Ventilação Mecânica Invasiva no adulto – Abordagem ao doente crítico. Lusociência. Loures.
- Oliveira, V., et al. (2017). Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para a realização da manobra prona. Revista Brasileira Terapia Intensiva. 2017. pp. 131-141. DOI: 10.5935/0103-507X.20170023;
- Poqueras, R. & Pallarés, A. (2009). Protocolo de colocación del paciente com Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono. Nurse Investigación, nº40, Mayo, 2009. pp. 1-9. Espanha
- PROSEVA Study (2013). Prone positioning in severe Acute respiratory distress syndrome. The New England Journal of Medicine. June 6, 2013. Vol.368, nº23. pp. 2159-2168. Inglaterra.
- Soares, J., Andrade, F., Ferrazi, D & Sales, C. (2016). Impacto da posição prona na resposta clínica pulmonar e mortalidade na síndrome do desconforto respiratório agudo: Revisão atualizada. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. ISSN online: 2317-4404. Brasil



**OBRIGADA PELA
ATENÇÃO!**

Apêndice M – Artigo Científico “Fatores que influenciam o Padrão de Sono na Pessoa em Situação crítica”

**Fatores que influenciam o Padrão de Sono na Pessoa em
Situação crítica**
REVISÃO INTEGRATIVA

**Factores que influncian el patrón de sueño en la persona en
situación crítica**
REVISIÓN INTEGRATIVA

**Factors that Influence the Sleep Pattern on the Person in
Critical Situation**
INTEGRATIVE REVIEW

Carla Valente – Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Beja. Enfermeira no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Liliana Gonçalves - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Santarém. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade de Cuidados Intermédios do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Maria Dulce Santiago – Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

RESUMO

Introdução: O sono é parte integrante da vida do ser humano, sendo uma necessidade básica, que contribui para o seu bem-estar físico, emocional e psicológico. A pessoa em situação crítica, ao passar por unidades de Medicina Intensiva, vivencia eventos assustadores e stressantes, não só pelo ambiente em que está inserida, mas também pela incerteza face à sua situação, provocando alterações no seu padrão de sono.

Objetivos: identificar quais os fatores que contribuem para a privação do sono da pessoa em situação crítica.

Métodos: foi realizada uma revisão integrativa da literatura com base na pesquisa de estudos nas bases de dados B-on e EBSCO nos últimos 5 anos.

Resultados: os fatores que contribuem para a privação do sono são: fatores extrínsecos (ruído, luminosidade e a prestação de cuidados de enfermagem); e fatores intrínsecos (situação clínica, ansiedade e medo, desconforto e dor).

Conclusão: A identificação precoce dos fatores que contribuem para a privação do sono é fundamental, para que sejam delineadas estratégias promotoras do padrão de sono pela equipa de enfermagem, com vista a melhoria dos cuidados, do sono, conforto e bem-estar da pessoa em situação crítica.

Descritores: Sono, Privação do sono, Cuidados Críticos, Cuidados de enfermagem.

**Apêndice N – Sessão de formação em serviço sobre Precauções
Adicionais de Isolamento**



Precauções Adicionais de Isolamento



Formadora: Enfermeira Carla Valente

Tutora: Enfermeira Liliana Gonçalves (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Docente Supervisora: Professora Doutora Maria Dulce Santiago

13 DE NOVEMBRO, 2018

Infeções hospitalares por bactérias multirresistentes matam três doentes por dia

“Estamos a tratar muitas situações de infeção com antibióticos antigos que tínhamos deixado de usar porque são tóxicos, imprevisíveis no seu efeito e na sua acção”, diz especialista.

In: *Jornal Público* 26/06/2018



REVER NO RTP PLAY

Infeções hospitalares

In: *RTP, prós e contras 2016*

As infeções hospitalares matam mais que os acidentes de carro. Em Portugal são o dobro da média europeia. Por dia morrem 12 pessoas. A prescrição e a perda de eficácia dos antibióticos. Como se combatem as infeções hospitalares? Quem trava as bactérias dos hospitais? Responsáveis da saúde, médicos, enfermeiros e doentes, todos juntos no maior debate da televisão portuguesa. Prós e Contras, 2ª feira à noite na RTP1.

Infeções hospitalares em Portugal atingem o dobro da média europeia

In: *RTP*, 21/10/2016

6. 22:32 | País



Como Agir??

SAÚDE

Superbactérias podem matar quase 50 mil pessoas em Portugal até 2050. Mas há forma de evitá-lo

Um estudo da OCDE mostra que com a aplicação de algumas medidas é possível reduzir o número de mortes causadas por infeções por bactérias resistentes a antibióticos e que não custa assim tanto.

Relatório da OCDE, In Jornal Público 07/11/2018

Até 2050, as infeções por bactérias resistentes a antibióticos poderão matar 2,4 milhões de pessoas na Europa, América do Norte e Austrália. Só em Portugal a estimativa aponta para 49.443 mortes. Os números são avançados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) num relatório divulgado nesta quarta-feira.

Portugal, 2015 – **1158 mortes** devido a infeções por bactérias multirresistentes;

Europa, 2015 – **24 000 mortes** devido a infeções por bactérias multirresistentes.

Objetivos

Objetivo Geral:

- Consolidar conhecimentos acerca da importância das precauções adicionais de isolamento.

Objetivos Específicos:

- Enumerar as precauções básicas de controlo de infeção;
- Identificar as precauções adicionais de controlo de infeção.

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

A IACS é definida como “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)

As IACS são uma causa importante de morbilidade e mortalidade, pelo que a DGS (2007) definiu como um programa de saúde prioritário o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), o qual visa a promoção da segurança dos doentes e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Precauções Básicas no Controlo de Infeção (PBCI)

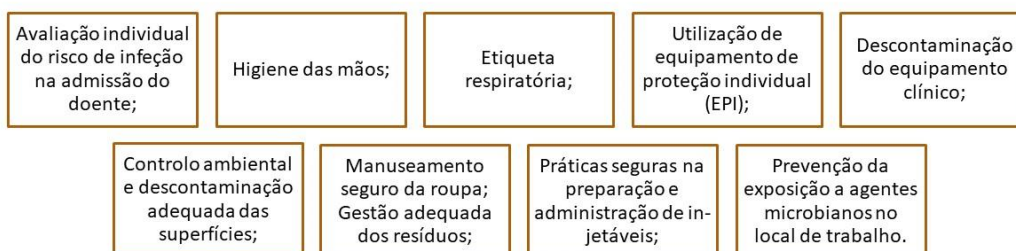
Medidas que devemos utilizar no atendimento de todas as pessoas em ambiente hospitalar, independentemente do diagnóstico

Assumir que todas as pessoas doentes estão potencialmente infetadas ou colonizadas e que os microrganismos podem ser transmitidos na unidade de saúde.

(DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013
Precauções Básicas do Controlo da Infeção 2012)

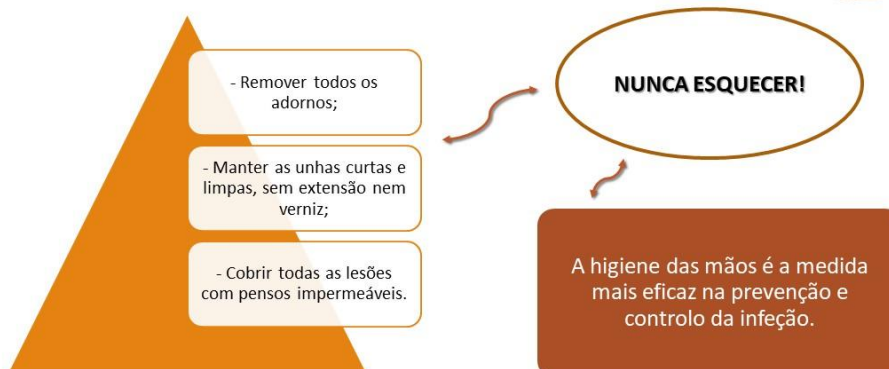
Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI)

As PBCI são regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde aquando da prestação de cuidados, de modo a reduzir o risco de transmissão. Neste sentido, os dez padrões de qualidade das PBCI são:



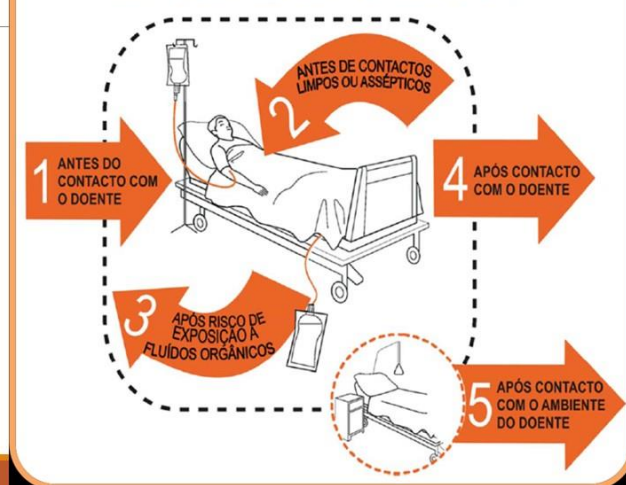
(DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013
Precauções Básicas do Controlo da Infeção 2012)

HIGIENE DAS MÃOS



(DGS, Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos, norma nº13/10 de 14/06/2010)

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS



(DGS, Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos, norma nº13/10 de 14/06/2010)

Precauções adicionais de isolamento

São aplicadas na prestação de cuidados de saúde a pessoas doentes específicas com suspeita ou diagnóstico de colonização ou infeção por microrganismos patogénicos epidemiologicamente importantes.

(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais

As Precauções adicionais de isolamento, relacionadas com as Vias de Transmissão, repartem-se por uma de três vias:



(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Via aérea

As precauções de transmissão pela via aérea, aplicam-se a doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos transmitidos por partículas com dimensão $< 5 \mu\text{m}$, transportadas pelo ar, em que permanecem suspensas e podem ser transportadas por longas distâncias.

Quarto individual com pressão negativa.

Usar máscara de alta eficiência, P2, que deve cumprir as recomendações europeias, com capacidade de filtragem de 95% das partículas.

(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Via aérea

Este tipo de isolamento aplica-se em doenças, como:

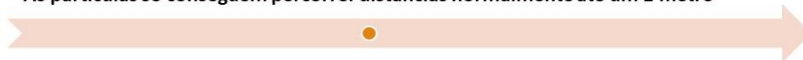


(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Gotículas

Este tipo de isolamento aplica-se a doentes com infeção por microrganismos transmitidos por gotículas, com partículas de dimensões superiores a 5 μm . As partículas podem ter origem quando o doente tosse, o espirra, ou durante procedimentos como aspiração de secreções e cinesiterapia respiratória.

As partículas só conseguem percorrer distâncias normalmente até um 1 metro



(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

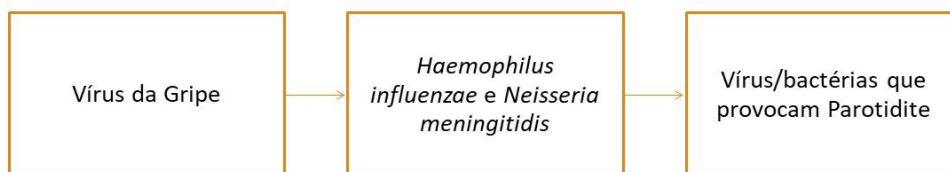
Precauções adicionais: Gotículas

- Não é necessário qualquer medida especial de tratamento do ar nem de ventilação;
- Como na Ucint não há quarto individual, deve-se manter separação espacial (**cortinas separadoras**) para que se respeite pelo menos um metro entre o doente infetado e os outros doentes;
- Deve-se **usar máscara e proteção ocular**, durante procedimentos que podem originar salpicos de sangue, fluidos corporais e secreções – **medida básica**;
- Usar máscara sempre que seja necessário trabalhar a menos de um metro do doente.
- No caso de transporte, o doente deve utilizar máscara.

(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Gotículas

Microrganismos que se transmitem por gotículas:



(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Contacto

Este tipo de isolamento está indicado a todos os doentes, com suspeita ou confirmação, de estarem infetados ou colonizados por microrganismos epidemiologicamente significativos que possam ser transmitidos por contacto direto ou indireto.



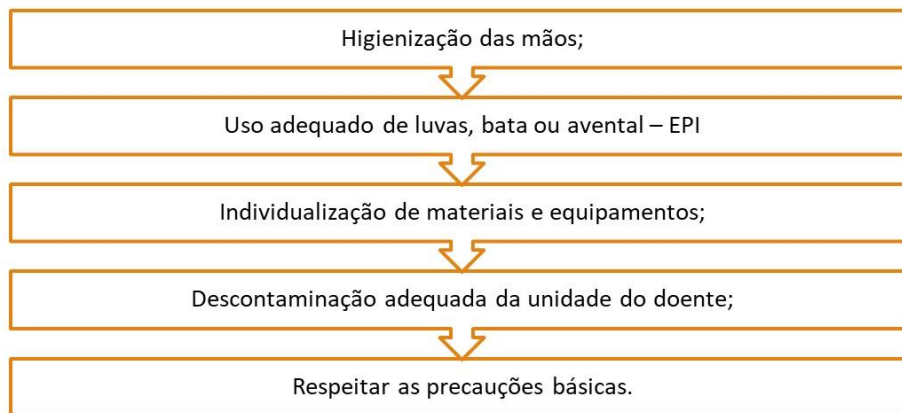
(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Contacto

- *Staphylococcus aureus* (MRSA);
- *Enterococcus spp* resistentes à Vancomicina,
- Enterobacteriaceas resistentes às cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos ou quinolonas (ESBL) e carbapenemes (KPC) (*Klebsiella spp*, *Escherichia coli*, *Serratia spp*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*, *Providencia spp*, *Morganella spp* e *Citrobacter spp*);
- *Pseudomonas aeruginosa* resistente à Piperacilina e Ceftazidima e Aminoglicosídeos ou Carbapenemes;
- Escabiose e Pediculose;
- *Clostridium difficile*.

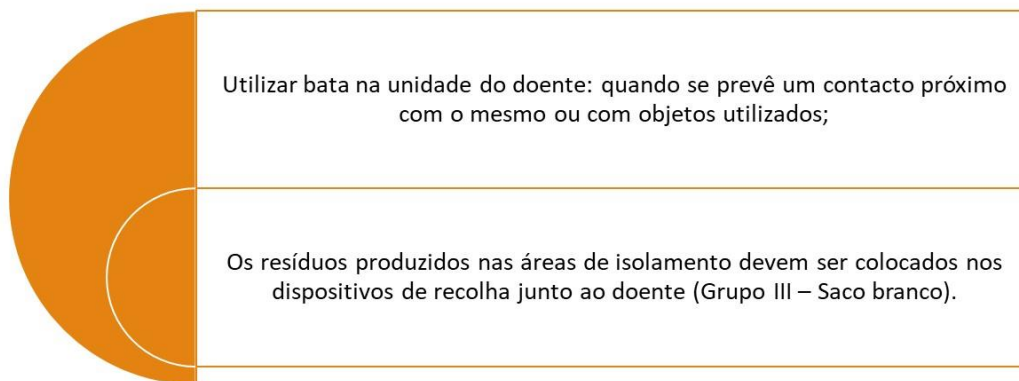
(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Contacto



(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Contacto



(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)


Precauções adicionais: Contacto

- Depois de retirar as luvas e lavar as mãos, não tocar em nenhum objeto ou superfície contaminada;
- Trocar de luvas após contacto com material contaminado que possa conter grandes concentrações de microrganismos (material fecal ou drenado de feridas);
- As luvas limpas devem ser colocadas antes da entrada na unidade do doente em isolamento e retiradas antes de sair da mesma.

(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Precauções adicionais: Contacto

Ensinos à família:



Reforçar os ensinamentos junto de todas as visitas;

Friccionar as mãos com solução anti-séptica de base alcoólica;

Não partilhar objectos pessoais.

(DGS, Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 2007)

Doença Associada ao *Clostridium difficile* (DACD)

Apresentar sempre **especial atenção à lavagem das mãos** sempre que se entra em contato com o doente com DACD ou com o ambiente envolvente do mesmo.



As mãos devem ser sempre lavadas com **água e clorhexidina 4%** (solução anti-séptica detergente).

As soluções alcoólicas não devem ser utilizadas pois estas **não destroem os esporos** presentes na bactéria.

As medidas de isolamento de contato podem ser **suspensas** quando o doente apresentar fezes consistentes **há mais de 48 horas – atenção à descontaminação da unidade.**

(CHA, Protocolo Terapêutico da Doença Associada ao *Clostridium difficile* 2015)

DACD - Diagnóstico

Resultados possíveis



■ GDH positivo/Toxinas positivo

■ GDH positivo/Toxinas negativo

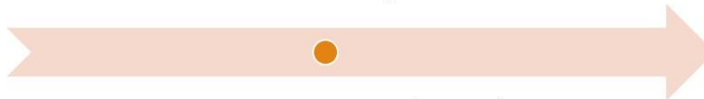
■ GDH negativo/toxinas negativas

(DGS, Norma nº 19/2014, atualizada a 24/03/2015)

Isolamento Protetor

Este tipo de isolamento está indicado para todos os doentes com baixa imunidade.

-Placa de identificação na cama



O enfermeiro deve utilizar máscara cirúrgica sempre que presta cuidados ao doente.



Resíduos hospitalares



Conclusão

- Os enfermeiros tem a obrigação de contribuir para a redução das IACS, com base em estratégias de promoção de boas práticas.
- É imperativo estarmos despertos para a identificação precoce dos microrganismos patogénicos e o uso correto das medidas adicionais de isolamento.
- Devemos reger-nos pelas recomendações de boas práticas emanadas pela DGS, de forma a assegurar cuidados de qualidade, através de registos contínuos, análise e interpretação acerca das IACS, bem como formação contínua dos profissionais.

Bibliografia




- Centro Hospitalar do Algarve (2015). Protocolo Terapêutico da Doença Associada ao *Clostridium difficile* (DACD). Faro: CHA;
- Direção Geral da Saúde (2007). Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Direção Geral da Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Direção Geral da Saúde (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Lisboa: Ministério da Saúde;
- Direção Geral da Saúde (2015). Diagnóstico da Infecção por *Clostridium difficile* nos Hospitais, Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados e na Comunidade. Norma nº 19/2014, atualizada a 24/03/2015;
- Direção Geral da Saúde (2017). Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde – 2017. Lisboa: Ministério da Saúde



“Não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”

(DGS,2012)

Apêndice O – Cartaz sobre “Recomendações para as precauções de isolamento para a UCint”

RECOMENDAÇÕES PARA AS PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO para a UCint			
DEVEMOS SABER QUE...			
Indicação	No contacto com doente e/ou unidade portador de agente infeccioso transmissível por contacto direto ou indireto.	No contacto com doente portador de agente infeccioso transportado por gotículas, que são emitidas quando o indivíduo tosse, espirra ou fala, e durante procedimentos como a aspiração de secreções. Só se deslocam por curtas distâncias (1 metro ou menos).	Em doentes com baixa imunidade.
Medidas adicionais	<ul style="list-style-type: none"> - Placa de identificação na cama; - Usar bata (limpa, não esterilizada) e luvas; - Os materiais devem ser individualizados; - Retirar a bata e luvas antes de abandonar a unidade do doente; - Higienizar as mãos após sair da unidade do doente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Placa de identificação na cama; - Manter separação espacial (cortinas separadoras); - Sentar todos os doentes para o mesmo lado da cama; - Usar máscara sempre que se aproxima do doente e proteção ocular (nos procedimentos que envolvam a via aérea). 	<ul style="list-style-type: none"> - Placa de identificação na cama; - O profissional deve usar máscara cirúrgica;
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> - Limitar ao estritamente necessário; - Informar os intervenientes do transporte e o local de destino sobre as precauções a adotar na prestação de cuidados ao doente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restringir ao necessário; - O doente deve usar máscara cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restringir ao necessário; - O doente deve usar Máscara cirúrgica.
Ensinos à família	<ul style="list-style-type: none"> - Friccionar as mãos com solução anti-séptica de base alcoólica antes e depois da visita; - Em caso de <i>Clostridium difficile</i> lavar as mãos com água e sabão/clorhexidina 4%; - Não partilhar objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocação de máscara cirúrgica; - Friccionar as mãos com solução anti-séptica de base alcoólica antes e depois da visita; - Não partilhar objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocação de máscara cirúrgica; - Higiene das mãos antes da visita.
Resíduos	GRUPO III – saco branco	GRUPO III – saco branco	Igual aos doentes sem medidas adicionais de isolamento.

Apêndice P – Poster Científico realizado: *Abordagem ABCDE na Pessoa com Cetoacidose Diabética – caso fictício & A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva*

A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA

Carla Valente, Carlos Quintão, Débora Martins, Patrícia Pereira, Vânia de Lurdes Martins, Associação com Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

Introdução: A pessoa que necessita da ventilação mecânica invasiva (VMI) fica sem capacidade para comunicar oralmente. Desta modo, o processo de comunicação entre doente e enfermeiro fica comprometido, sendo necessário utilizar estratégias que contribuam para a melhor prestação de cuidados (Aires, 2012).

A comunicação é considerada fundamental no processo de cuidar, sendo indispensável na relação terapêutica, pois é através desta que nos relacionamos, interagimos e compreendemos melhor o outro prestando um cuidado humanizado e holístico atendendo às necessidades de cada pessoa (Aires, 2012).

Objetivo: Identificar quais as intervenções do enfermeiro que contribuem para o estabelecimento da comunicação com a pessoa submetida a VMI.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrónicas (B-On, EBSCO e Pubmed) em outubro de 2017, sendo incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, através da utilização de descritores em ciências da saúde (DeCS). Critérios de inclusão - estudos que incluíssem pessoas adultas (maiores de 18 anos) e que estivessem internadas em UCI sob VMI.

Descritores: Enfermeiros, Comunicação, Ventilação Artificial e Pacientes.

Discussão dos Resultados

Rojas et al., 2014	Zhan et al., 2015	Happ et al., 2015	Martinho & Rodrigues, 2018	Díaz et al., 2018
<ul style="list-style-type: none">• Movimentos simples, abrir/fechar a mão, perguntas simples, folhas com abecedário ou imagens que correspondem a necessidades ou sintomas, uso da escrita e uso de dispositivos ou informáticas.	<ul style="list-style-type: none">• Respostas de sim/não, palavras pronunciadas pelo movimento da boca, uso de papel e caneta, uso de vários tipos de quadros didáticos. Os doentes referiram como métodos preferenciais a linguagem corporal e a leitura de lábios.	<ul style="list-style-type: none">• As consequências da VMI podem ser melhoradas através da utilização de estratégias de comunicação assistida, como a utilização de placas de comunicação, amplificadores de audição, ferramentas de escrita e eletrónicas.	<ul style="list-style-type: none">• A maioria dos doentes refere a comunicação durante a intubação como "muito difícil" ou "extremamente difícil" - com os médicos (71%), com os enfermeiros (70,9%) e com família e amigos (67,8%). Os doentes consideram que, comunicar com VMI, torna-se frustrante, difícil e causa insegurança.	<ul style="list-style-type: none">• Os doentes apresentam menor ansiedade e stress quando os enfermeiros aplicam os procedimentos a realizar. A avaliação do uso de gestos/símbolos, como estratégia de comunicação pelos enfermeiros, foi identificada em 45,9% dos processos auditados.

Conclusão: O enfermeiro que presta cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), à pessoa submetida a VMI, deve saber reconhecer alterações clínicas para que possa atuar pontualmente. O doente com VMI não é capaz de comunicar verbalmente, pelo que algumas alterações clínicas, podem ser observadas através do gesto, do olhar, da expressão facial, de toda a linguagem corporal, englobando toda a linguagem verbal e não-verbal. No processo de comunicação com a pessoa submetida a VMI podem ser utilizadas diversas estratégias, devendo estas serem escolhidas e adaptadas face às necessidades de cada doente. A Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) surge como uma ferramenta de comunicação eficaz, referida em alguns estudos, no entanto, os doentes referiram preferência pela utilização da linguagem corporal e leitura de lábios.

Bibliografia:

Chen H. A comunicação entre pessoa e máquina em ambientes de emergência médica: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 1(1): 1-10. [DOI: 10.18911/2177-9644.10101](#)

Costa M, Martins D, Quintão C. Comunicação não verbal em situações de emergência médica: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 1(1): 1-10. [DOI: 10.18911/2177-9644.10101](#)

Costa M, Quintão C, Martins D. Comunicação não verbal em situações de emergência médica: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 1(1): 1-10. [DOI: 10.18911/2177-9644.10101](#)

Costa M, Quintão C, Martins D. Comunicação não verbal em situações de emergência médica: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 1(1): 1-10. [DOI: 10.18911/2177-9644.10101](#)

Costa M, Quintão C, Martins D. Comunicação não verbal em situações de emergência médica: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 1(1): 1-10. [DOI: 10.18911/2177-9644.10101](#)

**Apêndice Q - Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA –
Faro para o Serviço de Medicina 2B**

Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA – Faro para o Serviço de Medicina 2B

ELEMENTOS DA EQUIPA POR TURNO

No serviço de Medicina 2B, caso exista uma situação de catástrofe e seja ativado o respetivo Plano de Catástrofe do CHUA – Faro (Anexo 1), os elementos de serviço deverão seguir as indicações preconizadas nos cartões de ação (Apêndice 1).”

MOBILIZAÇÃO DE PESSOAL

Poderão ser chamados enfermeiros e assistentes operacionais dos serviços de internamento para o SU, podendo se atingir o limite de deixar apenas 1 enfermeiro e 1 AO por piso.

O papel do telefonista deverá ser poupado para chamadas do exterior para o hospital.

Para efetivar o desimpedimento do espaço do SU, o Serviço de Medicina 2B é um dos serviços que primeiramente receberá os doentes em maca da área médica.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Zona das Famílias: Localiza-se no átrio do edifício do serviço, havendo neste local profissionais para o fornecimento de informação e apoio.

Zona para os filhos dos funcionários – caso seja necessário que os profissionais com filhos se apresentem ao serviço, poderão deixar os seus filhos no serviço de pediatria onde estará uma educadora que tomará conta dos mesmos.

Ponto de encontro dos profissionais – na sala de estar da UCIP para os profissionais que se encontram de serviço e no auditório para os profissionais que se deslocam do exterior.

No final da situação deverá ser realizado um *Debriefing* com todos os elementos envolvidos.

Janeiro de 2019

Realizado por: Enf.ª Carla Valente, Enf.ª Débora Martins e Enf.ª Patrícia Perdigão

Cartão de Ação #1

Prioridades

1. Articulação com o chefe de equipa de enfermagem do SU.
2. Articulação com os elementos da equipa do serviço.

Ações

1. Toma conhecimento da ativação do Plano de Catástrofe.
2. Reúne com os chefes de turno dos serviços de oncologia e pneumologia para articulação e distribuição dos profissionais.
3. Reúne com a equipa para distribuir os cartões de ação.
4. Reorganiza a equipa de forma a colaborar com o SU na evacuação de doentes.
5. Reorganiza o serviço de forma a receber os doentes evacuados.
6. Assegura que as vagas com saída de oxigénio são alocadas a doentes que necessitem de oxigenioterapia.
7. Assegura que as vagas com rampa de vácuo são alocadas a doentes que necessitem de aspiração de secreções.
8. Coordena os AO na reorganização de equipamentos e materiais de apoio.
9. Decide qual o enfermeiro e assistente operacional que será deslocado para o SU, de acordo com o nível de ativação do Plano de Catástrofe e orientações do Enfermeiro de Coordenação.
10. Colabora com a equipa na prestação de cuidados aos doentes.

Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta
2. Ajustar continuamente à realidade, com conhecimento do Enfermeiro de Coordenação.

INTERLOCUTORES

- Enf. Chefe de equipa do SU
- Enf. Chefe de turno do serviço de oncologia.
- Enf. Chefe de turno do serviço de pneumologia.
- Enfermeiro de Coordenação

PERFIL

- Enfermeira chefe do serviço, na sua ausência Enfermeiro Chefe de turno.

Prioridades

1. Articulação com o chefe de turno.
2. Avaliação das necessidades dos doentes.
3. Administração de medicação

Ações

1. Vigiar e avaliar possíveis sinais de agravamento do estado dos doentes.
2. Preparar e administrar medicação e fluídos.

Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta.

INTERLOCUTORES

- Enf. Chefe de turno do serviço.

NÃO ESQUECER

- Avaliação ABCDE.

PERFIL

- Qualquer enfermeiro.

Assistentes Operacionais

Cartão de Ação #3

Plano de Catástrofe

CHUA – FARO

Serviço de Medicina 2B

Realizado: janeiro 2019

Prioridades

1. Mostrar disponibilidade para as intervenções necessárias.

Ações

1. Prepara a sala de registos de enfermagem para receber os doentes evacuados.
2. Prepara equipamento e material de apoio.
3. Auxilia o enfermeiro.
4. Disponibilidade para auxiliar na evacuação dos doentes do SU para o serviço, se necessário.

INTERLOCUTORES

- Enfermeiros.
- Enf. Chefe de turno do serviço.

NÃO ESQUECER

- Manter a disponibilidade para ajustar o seu trabalho às necessidades do momento.

PERFIL

- Qualquer assistente operacional.

Cartão de Ação #4

Prioridades

1. Tratamento dos doentes admitidos para tratamento.
2. Acautelar que todos os registos clínicos sejam feitos.

Ações

1. Dar alta clínica a todos os doentes que não necessitem de cuidados inadiáveis.
2. Verificar toda a documentação dos doentes.
3. Avaliar os doentes internados.
4. Realizar prescrição de medicação.

Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta.

INTERLOCUTORES

- Chefe de equipa do SU.
- Enf. Chefe de turno do serviço.
- Médico coordenador das enfermarias médicas

NÃO ESQUECER

- Avaliação ABCDE.
- Alta a todos os doentes que puderem sair.
- Requisição de transporte aos doentes com alta, se necessário.

PERFIL

- Qualquer médico (preferencialmente) do serviço.
- Qualquer interno (preferencialmente) do serviço.

Apêndice R – Cronograma final do Estágio Final

<u>Atividades</u>	2018												2019					
	Setembro			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro		Fevereiro		Março	
Início do 3º semestre	19																	
Estágio UCint	20													25				
Diagnóstico da Situação																		
Realização e entrega PE			7															
Preparação dos documentos e Entrega do Pedido Parecer à Comissão de Ética do CHUA-Faro				22														
Aplicação do Questionário e consentimento informado																		
Pesquisa Bibliográfica																		
Processo de Aquisição de Competências comuns e específicas do EEEPSC																		
Atividades inerentes ao PIP																		
Formação em serviço: Medidas adicionais de isolamento e entrega do Cartaz						13												
Elaboração e entrega da NOC													23					
Participação no III Congresso da Secção Regional do Sul da OE										4/5								
Apresentação de dois posters científicos no III Congresso da OE										5								
Formação em Serviço: Promoção do Sono												15						
Elaboração do documento: Plano de Catástrofe: Orientações Gerais Medicina 2B”												18						
Realização e entrega do Artigo Científico													25					
Redação do Relatório de Estágio																		
Entrega do Relatório de Estágio																		31

Apêndice S – Artigo Científico – “A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva”

**A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A
VENTILAÇÃO INVASIVA**

**THE COMMUNICATION WITH THE PERSON SUBMITTED
INVASIVE VENTILATION**

**LA COMUNICACIÓN CON PERSONA SOMETIDA LA
VENTILACIÓN INVASIVA**

Carla Valente¹, Carlos Quitério², Débora Martins³, Patrícia Perdigão⁴, Maria de Lurdes Martins⁵

1 - Enfermeira no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

2 – Enfermeiro no Serviço de Ortopedia do Hospital Ortopédico Sant’iago do Outão – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE; Mestrando em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

3 - Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

4 - Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

5 – Professora Doutora do Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora.

RESUMO

Objetivo: identificar quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica que contribuem para o estabelecimento da comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. **Métodos:** revisão integrativa através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrônicas (B-On, EBSCO e Pubmed), sendo incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, através da utilização de descritores em ciências da saúde (DeCs). **Resultados:** a adoção de estratégias de comunicação pelos enfermeiros com a pessoa submetida a ventilação invasiva, surgem como facilitadoras pois promovem uma comunicação terapêutica, atendendo às necessidades específicas de cada doente e promovem um sentimento de satisfação por parte dos enfermeiros. **Conclusões:** A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em enfermagem em pessoa em situação crítica no processo de comunicação com a pessoa com necessidade de ventilação invasiva é realizada através de estratégias de comunicação como movimentos sim/não, perguntas simples, uso de dispositivos/aplicações informáticas, amplificadores de audição, utilização de quadros, gestos, linguagem corporal e leitura dos lábios.

Descritores: Enfermeiros, Comunicação, Ventilação Artificial e Pacientes.

**Apêndice T – Plano de sessão da Formação em serviço sobre
Precauções adicionais de Isolamento**

Ação de formação: Precauções adicionais de Isolamento

Local: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Serviço: Unidade de Cuidados Intermédios do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Formadores: Carla Valente

Público-Alvo: Enfermeiros do serviço da Unidade de Cuidados Intermédios

Data: 13/11/2018, 14:30horas

Duração: 45 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologias	Materiais/Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Consolidar conhecimentos acerca da importância das precauções adicionais de isolamento;- Refletir sobre IACS e a sua importância;- Refletir acerca das precauções adicionais de controlo de infeção.	<ul style="list-style-type: none">- Objetivos;- Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS);- Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI):<ul style="list-style-type: none">- Higiene das mãos.- Precauções adicionais de isolamento:<ul style="list-style-type: none">- Via aérea;- Gotículas;- Contacto;<ul style="list-style-type: none">- <i>Clostridium difficile</i>.- Protetor.- Resíduos hospitalares;- Conclusão.	<ul style="list-style-type: none">- Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none">- Computador;- Canetas;- Questionário de Avaliação .	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da formadora 2 minutos;- Introdução do tema e contextualização da problemática (10 minutos);- Desenvolvimento (25 minutos);- Conclusão (8 minutos).	<ul style="list-style-type: none">- Aplicação de questionário de avaliação da Sessão de Formação.

Apêndice U – Questionário de avaliação da sessão da formação em serviço sobre as Precauções Adicionais de Isolamento

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Com vista à melhoria formativa, gostaria que preenchesse este questionário de avaliação, relativa á formação e ao formando. A sua colaboração é de extrema importância.

Muito obrigado.

Designação da Ação de formação: _____

Data: _____

Legenda: **1** - Discordo totalmente; **2** – Discordo; **3** – Concordo; **4** - Concordo totalmente

Relativamente à ação de formação como a avalia:

	1	2	3	4
Os objetivos da sessão foram claros				
O tema abordado tem implicações práticas na sua função				
A tema da sessão correspondeu as suas expectativas				
A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada				

Relativamente ao formador como o avalia:

	1	2	3	4
O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados				
Demonstrou domínio do tema				
Criou um clima favorável à participação dos formandos				
Conseguiu esclarecer as dúvidas colocadas durante a sessão				

Apêndice V – Resultados do Questionário de avaliação da sessão da formação em serviço sobre as Precauções Adicionais de Isolamento

Resultado dos Questionários de Avaliação

Relativamente à ação de formação como a avalia:

	1	2	3	4
Os objetivos da sessão foram claros			8,33%	91,7%
O tema abordado tem implicações práticas na sua função				100%
A tema da sessão correspondeu as suas expectativas			16,7%	83,3%
A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada			8,3%	91,7%

Relativamente ao formador como o avalia:

	1	2	3	4
O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados			8,33%	91,7%
Demonstrou domínio do tema				100%
Criou um clima favorável à participação dos formandos				100%
Conseguiu esclarecer as dúvidas colocadas durante a sessão				100%

(n=12)

Legenda: 1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 - Concordo totalmente