

**6º MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

Andreia Isabel Marques Afonso Carvalho

Lisboa
Abril de 2020

**6º MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

**Relatório apresentado ao Politécnico de Leiria
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Andreia Isabel Marques Afonso Carvalho (nº 5180026)

Sob Orientação de
Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Lisboa
Abril de 2020

*“Conhecimento sem transformação,
não é sabedoria!”*

Paulo Coelho

AGRADECIMENTOS

À minha princesa Constança, o centro do meu mundo.

Ao meu marido João, pela determinação, força e motivação. És o meu porto de abrigo.

Aos meus pais por acreditarem em mim e mostrarem diariamente que desistir não é solução na presente caminhada.

À minha nani por ser única e me apoiar de forma incondicional em todos os momentos da minha vida.

À equipa de Enfermagem do serviço Cardiorácica do Hospital de Santa Marta que, direta ou indiretamente, permitiram e contribuíram para que este caminho fosse possível.

Às minhas companheiras de mestrado, pelos momentos de partilha e amizade.

Aos enfermeiros que me acolheram e orientaram o ensino clínico, pela partilha de conhecimento, experiências e dedicação no meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Professora Maria Dixe pela orientação, disponibilidade, paciência, incentivo e sabedoria na conceção deste projeto.

A todos, muito OBRIGADO

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

BPS - Behavioral Pain Scale

CHULC - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

CHULN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COSMIN - COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC - Ensino Clínico

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERAS® - Enhanced Recovery After Surgery

EVA-Sono - Escalas Visuais Análogas de Sono

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

HSJ - Hospital de São José

HSM - Hospital de Santa Maria

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICC - Coeficiente de correção intraclasse

ICN - International Council of Nurses

ITU - Infecção do Trato Urinário

JCI - Joint Commission International

KMO - Kaiser-Myer-Olkin

NREM – Non Rayid Eye Movement

MeSH - Subject Headings

MRSA - Staphylococcus aureus resistente à meticilina

NAS - Nursing Activities Score

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAV - Pneumonia associada à ventilação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo da Infecção

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

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PSG - Polissonografia

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RCSQ - Richards-Campbell sleep questionnaire

REM – Rapid Eye Movement

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

Scielo - Scientific Electronic Online

SMHSQ - St Mary's Hospital sleep questionnaire

SO - Sala de Observação

SUC - Serviço de Urgência Central

TISS 28 - Therapeutic Intervention Scoring System 28

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VE - Vigilância Epidemiológica

VVS - Via Verde da Sepsis

WHO - World Health Organization

RESUMO

Na vivência dos processos complexos de doença é exigido ao enfermeiro especialista competências no destaque de cuidados de enfermagem altamente qualificados e prestados de forma contínua como resposta às necessidades afectadas quer na pessoa quer na família.

O presente relatório descreve detalhadamente a análise e reflexão das atividades realizadas nos ensinamentos clínicos, Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria, na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz e no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos do Hospital de São José, no desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados de qualidade e diferenciados ao cliente em estado crítico ou em situações de maior complexidade e respetiva família, desde o momento da sua admissão na unidade hospitalar até à sua alta clínica.

De forma a evidenciar uma constante análise crítica e reflexiva *na e sobre* a prática de cuidados foi também realizada uma revisão sistemática da literatura que pretende identificar os instrumentos de medida disponíveis para avaliar a qualidade do sono na pessoa adulta internada.

Palavras Chave: Enfermeiro Especialista; Competências; Doente Crítico; Qualidade do Sono

ABSTRACT

While experiencing the complex illness processes, competences are demanded from the specialist nurse in the highlight of the high qualified nursing care, provided continuously as a response to the affected needs, both in the person and their family.

The present report describes in detail the analysis and reflection of the activities performed during the clinical teaching, Emergency Service of the Santa Maria Hospital, in the Intensive Care Unit of the Luz Hospital and in the Local Coordination Group of the Infection and Antimicrobial Resistance Prevention and Control Program of the São José Hospital, throughout the development of scientific, technical, humane and cultural skills suitable to provide quality and differentiated care to the client in critical condition or in situations of a higher level of complexity as well as to their family, from the moment the admission takes place in the hospital unit until the clinic discharge.

In order to highlight the constant critical and reflexive analysis in and about the care practice, we performed a systematic literary review with the intention to identify the available measuring instruments to assess the sleep quality in the hospitalized adult person.

Keywords: Specialist Nurse, Skills, Critical Patient, Sleep Quality

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

PARTE I - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 15

1. ENQUADRAMENTO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO 16

1.1 ENSINO CLÍNICO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA 16

1.2 ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS 18

1.3 ENSINO CLÍNICO III (OPÇÃO) - GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES E DA RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS 19

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 21

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL 21

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE 25

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS 29

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS 35

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 37

3.1 CUIDAR DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA 37

3.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO 48

3.3 MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS 54

CONCLUSÃO 62

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 63

**PARTE II - INSTRUMENTOS PARA AVALIAR A QUALIDADE DO SONO NA
PESSOA ADULTA INTERNADA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 73**

1. INTRODUÇÃO 76

2. METODOLOGIA 79

2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 79

2.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA 80

2.3 EXTRAÇÃO DE DADOS 82

2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA 82

2.5 SÍNTESE DE DADOS 82

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 84

4. CONCLUSÃO 91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 92

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos artigos incluídos 88

Quadro 2 - Critérios de qualidade para as propriedades de medição segundo COSMIN 89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA da Pesquisa 81

INTRODUÇÃO

A formação em enfermagem é relevante nos dias de hoje, não só pelas constantes modificações da própria profissão mas também pelas diversas divergências vivências no próprio local de trabalho. Segundo Hesbeen (2000, p. 138) a formação surge como uma “oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida”.

As responsabilidades acrescidas no meio laboral e o confronto com a mudança no campo da ciência e da técnica requerem uma atualização constante de conhecimentos. Assim, a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber, do saber fazer, do saber ser e do saber aprender (Dias, 2004). Salgueiro (1999) completa afirmando que a competência de autoaprendizagem é a qualificação-chave central, para que cada pessoa possua a consciência individual, a motivação e a capacidade de aprender no local de trabalho.

Para além da autoaprendizagem, o ensino clínico (EC) surge como um momento de descoberta e fundamental no desenvolvimento da competência profissional. Correia (2002, p. 61) refere que a aquisição de competências “é feito ao longo do tempo, através de uma história pessoal e resultante de um processo de aprendizagem complexo, e que para se cimentar tem de ser reflectido”. Aos profissionais recomenda-se uma prática de enfermagem fundamentada na reflexão crítica e consolidada com os saberes atuais, que sirva de motor ao desenvolvimento de competências institucionais, organizacionais, coletivas e/ou pessoais. Neste sentido, a prática reflexiva é central e deve surgir como um método de trabalho que se revela indissociável do processo de aprendizagem e da produção de conhecimento.

Integrada no 2º ano, 2º semestre do Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgico na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) sob a supervisão da Professora Maria dos Anjos Dixe, surge o presente relatório, com vista à obtenção do grau de mestre e título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Com o presente relatório procuro dar visibilidade e expor o caminho percorrido e as ações realizadas na aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados de qualidade à pessoa em estado crítico, tendo em consideração as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de

fevereiro de 2019), assim como, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018).

O desenvolvimento de competências profissionais na área de especialização supracitada requereu a realização de EC em diferentes contextos por nós escolhidos, o Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (EC I), a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz em Lisboa (EC II) e, por último o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos do Hospital de São José do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (EC III - opção). A prática clínica oferece uma realidade de experiências de aprendizagem mediante a observação, reflexão, análise e debate que não é contemplada pela teoria e que é fundamental à produção de conhecimento e crescimento pessoal e profissional.

Como quadro de referência em enfermagem para a prática clínica desenvolvida, assim como para a elaboração deste relatório, considere o modelo Teórico de Katherine Kolcaba, a teoria do conforto. A promoção do conforto é considerado indispensável no cuidado humano e central *na e para* a enfermagem (Apóstolo, 2009).

De forma a evidenciar uma constante análise crítica e reflexiva *na e sobre* a prática de cuidados foi realizada uma revisão sistemática da literatura (RSL), uma área de interesse e de bastante relevância na recuperação do estado de saúde da pessoa crítica. Assim, surge a questão de investigação “Quais são as propriedades avaliadas pelos instrumentos de medida disponíveis para avaliação da qualidade do sono na pessoa adulta internada? Quais são os mais válidos e mais fiáveis instrumentos de medida disponíveis para avaliação do sono na pessoa adulta internada?”, baseada na metodologia de Joanna Briggs Institute.

No ponto vista estrutural, o relatório encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte nomeada por prática especializada em enfermagem à PSC é composta inicialmente pelo enquadramento dos locais de EC realizados, seguindo-se a contextualização da aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à PSC, e por último as considerações finais e as perspetivas futuras no meu desenvolvimento profissional. A segunda parte refere-se à RSL onde é descrito o percurso metodológico, os resultados, bem como a discussão e as implicações para a prática clínica.

A metodologia utilizada na construção deste relatório baseou-se na revisão da literatura, no método descritivo e na análise crítica e reflexiva dos cuidados prestados à PSC. Este relatório

de estágio foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico português e tendo em conta o guia de elaboração dos trabalhos académicos publicado no site da respetiva escola.

PARTE I - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

1. ENQUADRAMENTO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

De acordo com a diretiva 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, o EC define-se como:

“a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma colectividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas” (p. 41).

Para Abreu (2003) é um período de aprendizagem integrador e mobilizador de saberes e fundamental para a transformação da identidade. As relações interpessoais, a aprendizagem do trabalho em equipa e a análise crítica e reflexiva *na e sobre* a prática de cuidados ao cliente, família, grupo e comunidade assumem também uma particular importância na construção desta identidade (Simões & Garrido, 2007). Assim sendo, o EC é um elemento fulcral na aprendizagem, porque para além de permitir a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos também permite o conhecimento de outras realidades institucionais e profissionais, e a reflexão e a introspeção dessa experiência vivida.

1.1 ENSINO CLÍNICO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O EC foi desenvolvido entre os dias 22 de maio a 27 de julho de 2017 no Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria (HSM) do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (CHULN). Situado no piso térreo, à direita da receção central (estando de frente para o hospital) e com entrada pelo exterior do edifício, o SUC para além de dar resposta à sua área de influência, também dá resposta aos Hospitais Distritais da sua área de abrangência no que respeita às diferentes especialidades. O SUC, segundo o despacho n.º 13427/2015 publicado no Diário da República, é considerado um Serviço de Urgência Polivalente com Centro de Trauma. É o serviço mais diferenciado de resposta em situação de urgência e emergência, que garante a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria (tendo em conta as respetivas redes de referência) e com determinadas valências como, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, gastroenterologia, neurocirurgia, pneumologia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética nuclear, e patologia clínica com toxicologia (Despacho n.º 10319/2014).

O SUC é um serviço de grandes dimensões, constituído por vários espaços, identificados com cores diferentes e que se designam por sala de verdes, sala de amarelos, sala de pequena cirurgia, ortopedia, sala dos aerossóis, sala de laranjas, sala de reanimação e sala de observação (SO) pertencente ao internamento do SUC.

Durante a EC, dei maior ênfase e destaque essencialmente a três sectores (sala dos laranjas, sala de observação e sala de reanimação). A zona dos laranjas situa-se ao lado das salas de reanimação, e aqui, são alocadas maioritariamente pessoas que necessitam de uma avaliação urgente. A SO é um serviço de internamento de curta duração e com capacidade para dezasseis pessoas, que podem ser provenientes dos sectores da urgência descritos anteriormente, ou de outras instituições. Aqui, existe uma grande variedade de diagnósticos e de cuidados específicos. As vagas poderão estar ocupadas por pessoas que aguardam transferência para outros serviços (dentro ou fora do hospital), pessoas que aguardam cirurgia de urgência (ortopedia, neurocirurgia, plástica...), pessoas que aguardam pela realização de procedimentos invasivos e pessoas que requerem estabilização e maior vigilância da sua situação clínica. Quando a afluência ao SUC é elevada e o motivo de ida requer tratamento imediato, é costume alocar macas no corredor e que também fazem parte do SO. As salas de reanimação, que no total são 3, encontram-se localizadas à entrada do serviço de urgência e dão uma resposta direta e imediata à PSC, independentemente da sua proveniência.

As pessoas que recorrem diariamente ao serviço de urgência, podem ser provenientes do domicílio, referenciados de outras instituições de saúde (centro de saúde, linha saúde 24 ou outro hospital) ou trazidos da rua pelos Bombeiros ou Instituto Nacional de Emergência Médica. O circuito do cliente, inicia-se pela Admissão de Clientes e posteriormente pela Triagem de Manchester, que determina o grau de prioridade clínica baseada na identificação de problemas e assim, o seu encaminhamento para a respetiva área de atendimento. Após a observação médica, o cliente pode ter alta, ser encaminhado para o internamento ou ser transferido para outra unidade hospitalar tendo em conta a sua área de residência.

A equipa multidisciplinar do SUC é constituída por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos e administrativos, que, em conjunto, desenvolvem um cuidado humanizado na prestação de cuidados à pessoa admitida. A equipa de enfermagem é composta por 93 elementos, divididos por 5 equipas e com aproximadamente 19 elementos cada, sendo que 7 desses elementos pertencem à equipa fixa das manhãs e os restantes fazem horário rotativo.

Habitualmente, o número de enfermeiros em cada turno são 18/19 de manhã, 19 de tarde e 16/17 de noite, respetivamente.

No que concerne à metodologia científica de trabalho do SUC, identifiquei a utilização de dois métodos. O método funcional ou tarefa, que é usado frequentemente pelo enfermeiro responsável pelo sector e que consiste em executar tarefas já definidas e padronizadas aos clientes. O outro método usado é o método de equipa, em que os enfermeiros independentemente do seu sector de trabalho apoiam-se mutuamente numa atitude de interajuda e de complementaridade recíproca. O trabalho em equipa é fundamental na vida de qualquer profissional, sendo um dos requisitos de uma resposta adequada em cuidados críticos e urgência e é conseguido através de um esforço de interação entre os profissionais de saúde envolvidos (Courtenay, Nancarrow, & Dawson, 2013). O sistema ALERT é o sistema de gestão de clientes usado no SUC e onde são registadas todas as intervenções realizadas a fim de segurar a continuidade dos cuidados desde a sua admissão ao momento da alta ou transferência para outro serviço/hospital.

1.2 ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O EC foi desenvolvido entre os dias 10 de setembro a 16 de novembro de 2018 na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital da Luz em Lisboa. Inaugurada a 5 de Fevereiro de 2007, a UCI situa-se no piso 1 em frente ao Bloco Operatório e é designado um Serviço Polivalente de Medicina Intensiva de nível II e III. De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2003b), esta classificação apoiada pela Sociedade Europeia de Medicina, tem em consideração as valências disponíveis e as técnicas utilizadas no serviço/hospital. Sendo assim, o nível II tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais. E, pode não proporcionar acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, havendo a necessidade de articular com unidades de nível superior. No mesmo sentido, o nível III corresponde ao denominado UCI, com acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários à complexidade dos cuidados, e assistência médica qualificada em presença física 24 horas por dia (DGS, 2003b).

A UCI é um serviço de pequenas dimensões, constituída por oito unidades individualizadas e dispostas em forma de “U”, por três salas de apoio (material de limpeza, material de consumo de pequenas e grandes dimensões), sala de limpos, sala de sujos, gabinete do chefe de enfermagem, sala da passagem de turno e sala de reuniões que é reservada e habitualmente usada para comunicar aos familiares a situação clínica do cliente internado.

Os clientes admitidos na UCI são maioritariamente transferidos do Bloco Operatório, seguindo do SUC e do internamento médico-cirúrgico. A demora média de internamento é de 2,2 dias e a taxa de mortalidade é de 3,5%. As admissões na UCI são predominantemente programadas, uma vez que o cirurgião ou anestesista têm a responsabilidade de reservar a vaga com mínimo de 24 horas úteis de antecedência e confirmar a mesma antes do início da intervenção. Caso haja admissões urgentes estas apresentam prioridade em relação às admissões programadas e cabe ao médico de serviço decidir a gestão e articulação das vagas.

A equipa de saúde da UCI do Hospital da Luz é constituída por equipa médica, de enfermagem e auxiliar própria e permanente, com formação específica, e que presta em conjunto cuidados humanizados e centrados na pessoa e família. A equipa de enfermagem é composta por 31 elementos, divididos por 4 equipas e com aproximadamente 7/8 elementos cada, sendo que todos fazem horário rotativo. Todos os turnos estão assegurados por 4 enfermeiros.

A metodologia de trabalho usada é o método individual ou seja, o enfermeiro focaliza a sua atenção na prestação de cuidados aos clientes distribuídos, numa relação de 1:2 (um enfermeiro para 2 clientes). O enfermeiro deverá conhecer a pessoa como um todo e integrar sempre que possível a família no cuidar. Tendo em conta a complexidade das situações apresentadas pelos clientes, as tecnologias e por vezes a fragmentação do conhecimento é impossível trabalhar de forma isolada na UCI. Nesta UCI é bastante evidente o espírito de equipa e a colaboração entre todos os elementos da equipa, independentemente da classe profissional. Courtenay, Nancarrow e Dawson (2013) ressaltam que uma equipa de sucesso relaciona-se diretamente com o clima de cooperação, liderança, flexibilidade, comunicação, respeito, compreensão dos papéis, competência, entre outros.

Para assegurar a continuidade dos cuidados e reduzir a ocorrência de erros existe o sistema informático SORIAN usado em todos os serviços do hospital. E o sistema INNOVIAN usado apenas na UCI e onde fica registado o balanço hídrico do respetivo cliente.

1.3 ENSINO CLÍNICO III (OPÇÃO) - GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES E DA RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

O EC foi desenvolvido entre os dias 19 de novembro a 1 de fevereiro de 2018 no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos

Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) do Hospital de São José (HSJ) do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC). Situado no piso intermédio do HSJ, por cima do Serviço de Urgência Geral, gabinete13, o GCL-PPCIRA (2018) tem como missão implementar uma abordagem estruturada, multidisciplinar e multiprofissional de prevenção e controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) e promover a utilização judiciosa de antimicrobianos no hospital. Destacam-se como grandes áreas de intervenção a Vigilância Epidemiológica (VE) no registo contínuo, análise, interpretação e informação de retorno aos profissionais; a formação e informação dos profissionais; e a elaboração e divulgação de normas e recomendação de boa prática (DGS, 2007).

O GCL-PPCIRA é constituído pela Coordenadora (Médica Assistente Graduada de Patologia Clínica), pelo Grupo Central (que integra médicos, enfermeiro e farmacêutica), pelas equipas das várias unidades hospitalares do CHULC (que integram médicos, sendo um deles o coordenador e o enfermeiro do respetivo hospital), pela assistente técnica com conhecimentos de informática, tratamento de dados estatísticos e de arquivo, e os elos de ligação.

De acordo com o Despacho n.º 15423/2013 (p. 34564) o GCL-PPCIRA deve ter “no mínimo, um enfermeiro em dedicação completa a esta função, tanto em unidades hospitalares, (...), acrescentando um enfermeiro por cada 250 camas hospitalares adicionais”, situação que não é cumprida no HSJ e no Hospital de Curry Cabral, e que pode aumentar o risco de exaustão física e emocional, o stress e a insatisfação profissional. Lu, Barriball, Zhang e While (2012) referem que a falta de pessoal e a falta de reconhecimento são as principais fontes de insatisfação na equipa de enfermagem.

Em 2016, devido à criação de um Sistema da Qualidade e Segurança do qual integra o PCIRA, o hospital abrange não só áreas clínicas, como também, áreas não clínicas (gestão de compras logística e distribuição, gestão hoteleira, Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, entre outros) (Despacho n.º 3635/2013).

Os programas informáticos, CLINIDATA XXI, SONHO, S’CLINICO, e a base de dados da DGS são usados diariamente pelo GCL-PPIRA e que são fundamentais no cumprimento de objetivos considerados no programa prioritário publicado no Despacho n.º 15423/2013).

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O desenvolvimento de competências “é feito ao longo do tempo, através de uma história pessoal e resultante de um processo de aprendizagem complexo, e que para se cimentar tem de ser refletido” (Correia, 2002, p. 61). O processo de desenvolvimento de cada pessoa, depende não só das suas motivações, mas também dos objetivos que vai desenhando e das atividades que vai realizando, de forma a satisfazer as suas necessidades de aprendizagem.

Neste capítulo serão abordadas as competências comuns do Enfermeiro Especialista, tendo por base o Regulamento n.º140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019).

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No exercício profissional do Enfermeiro é importante garantir e salvaguardar direitos e normas deontológicas bem como, proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade a todos os cidadãos. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro, os enfermeiros devem “adoptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (artigo 8, n.º 1, p. 2961).

Durante o EC trabalhei no sentido de prestar cuidados de enfermagem cada vez mais humanizados, respeitando costumes, religiões e todos os demais presumidos no Código Deontológico.

O Código Deontológico publicado no Estatuto da OE (2015, p. 85) refere no “artigo 107º - Do respeito pela intimidade” que devemos salvaguardar sempre, no exercício das duas funções e na supervisão das tarefas que delegamos, a privacidade e a intimidade da pessoa. De acordo com Pupulim e Sawada (2002), os enfermeiros são maioritariamente responsáveis pela invasão da intimidade e da privacidade do cliente aquando a prestação de cuidados de enfermagem. Dado às características físicas dos próprios serviços de saúde, no caso do SUC, e às exigências dos cuidados prestados, muitas vezes torna-se difícil dar resposta ao exposto no artigo supra citado, contudo, são pequenas atitudes como cobrir partes do corpo que não precisam de ficar expostas, a utilização de vestuário adequado, o desvio de maca sempre que possível para a sala de tratamento, o fechar ligeiramente a porta das salas e a colocação de biombo nas salas de reanimação (entre a PSC e a entrada principal da sala), entre outros, que

demonstram uma prática crítica e reflexiva *na e sobre* a prática de cuidados na salvaguarda dos direitos humanos.

O direito à privacidade assume-se na reserva da intimidade da pessoa, no campo psicológico e moral, no acesso à informação pessoal e na obrigação de sigilo profissional. O Dever de informação (artigo 105º do Código Deontológico) assenta em princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa (2015). Ao longo do meu percurso em EC, cuidei do doente crítico em SUC, Cuidados Intensivos e noutras unidades funcionais, que independentemente da sua situação clínica, torna-se vulnerável no processo de saúde-doença. Os enfermeiros como prestadores diretos de cuidados têm o dever de informar o cliente no sentido de prepará-lo para a tomada de decisão responsável. Por isso, é importante que o Enfermeiro Especialista conheça os recursos disponíveis, tanto na organização como na comunidade, a fim de informar “o quê” mas também “o como”, garantindo sempre uma informação completa, precisa e de fácil compreensão. A Carta dos Direitos dos Doente Internado, no ponto 6, alega ainda que a informação prestada deve ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas do cliente.

Quando a PSC entra no SUC ou na UCI, vinda do serviço de urgência e/ou internamento, é invadida por múltiplos procedimentos, como sejam a entubação endotraqueal, a colocação de cateter venoso central e/ou periférico, a linha arterial, para além de outros procedimentos invasivos necessários. Assim, o simples facto de informar o cliente antes de cada procedimento invasivo ou não invasivo, mesmo nos momentos de maior afluência, como no SUC, permitiu-me durante o EC estabelecer uma relação de confiança favorecendo a expressão de sentimentos e minimizando os diversos stressores presentes quer no cliente como na família/pessoa significativa.

Na prestação de um cuidado, existe sempre a necessidade de obter um consentimento baseado na legitimação da autonomia e liberdade do cliente. Assim, o consentimento informado, esclarecido e livre, é essencialmente o “direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões referente à sua saúde e à adesão à terapêutica”, considerando que os “princípios basilares da beneficência, em que a proposta do ato surge a bem do doente, e da não-maleficência, que implica a ponderação dos riscos e dos benefícios, estão salvaguardados” (DGS, 2015e, p. 9). Este pode ser expresso de forma verbal oral ou escrita.

Ao longo do EC não presenciei nenhuma situação que implicasse o preenchimento do consentimento uma vez que as admissões na UCI são predominantemente programadas, contudo, no processo clínico do cliente foi possível constatar tanto, o consentimento informado do ato anestésico, como o consentimento informado do ato cirúrgico. Tive a oportunidade de receber clientes transferidos maioritariamente do Bloco Operatório, e de lhes proporcionar sentimentos de segurança através de uma comunicação eficaz e clara, a fim de desmistificar os medos sentidos e majorados pelo desconhecido.

Nas situações de emergência, pode ser considerado o consentimento presumido. Este é aplicado sobretudo em casos em que a “pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa” (DGS, 2015, p. 6). Nestas situações, toda as informações referente ao cliente devem ser prestadas à família/representante legal até que o cliente se mostre capacitado para decidir. Durante o EC II, tive um cliente crítico sedado e ventilado, que devido à sua situação clínica teve de ser transferido para o Bloco Operatório. Neste caso, a família foi informada pelo médico assistente com o apoio da equipa de enfermagem, sobre o procedimento e as possíveis complicações inerentes à intervenção cirúrgica.

Seguindo esta linha de pensamento, também o “enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (artigo 106º do Código Deontológico publicado na OE, 2015, p. 84), tradição deontológica que nos remota a Hipócrates quando menciona em seu juramento “Tudo aquilo que vir ou ouvir respeitante à vida dos doentes, no exercício da minha profissão ou fora dela, e que não convenha que seja divulgado, guardarei silêncio como um segredo religioso” (Ordem dos Médicos, 2017b, s.p) bem como, a Florence Nightingale no seu juramento “guardar sem desfalecimento, os segredos que me forem confiados” (OE, 2014, s.p.) na contextualização da nossa profissão.

Um dos conceitos centrais em enfermagem é o Cuidar, o qual exige ao enfermeiro um compromisso consigo próprio e com os outros, a fim de proteger e preservar a dignidade humana (Pires & Goes, 2008). O cuidado é a essência da vida, é a essência de enfermagem (Boykin & Schoenhofer, 2013). Faz parte do direito ao cuidado “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (artigo 104º alínea d) do Código Deontológico publicado na OE 2015, p. 83). Neste sentido, surge a passagem de turno como um momento de reunião da equipa de enfermeiros com a finalidade

de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, momento de reflexão das práticas e de formação em serviço (OE, 2017a).

No SUC, a passagem de turno é realizada junto do computador com o apoio do sistema ALERT ou próximo do cliente como acontece no SO, em conjunto, para que todos os enfermeiros tenham conhecimento da situação clínica de cada cliente, e ainda assim, manter a vigilância contínua dos mesmos. Já, na UCI, a passagem de turno é realizada primeiramente numa sala, onde o chefe de equipa de uma forma resumida transmite a todos os enfermeiros do turno seguinte informações sobre todos os clientes internados. Após a distribuição, a passagem de turno é realizada junto do enfermeiro responsável pelo cliente e do cliente.

Na unidade hospitalar anteriormente mencionada está implementado como auxílio de memória o modelo padronizado ISBAR (I - identificação do cliente e dos profissionais (emissor e receptor); S - situação clínica atual; B - background (antecedentes); A - avaliação/resultados das avaliações efetuadas e problemas/diagnósticos ativos; R - Recomendações/plano para a correção dos problemas ativos, intervenções, tratamentos propostos e planeados) em todas as transições de cuidados, tanto nas reuniões de passagem de turno como nas transferências intra-hospitalares, pelos profissionais de saúde. De acordo com a Norma nº. 001/2017 é uma metodologia que garante a eficácia da comunicação, contribui para a rápida tomada de decisões, diminui o tempo de transferência de informação e promove a integração dos novos profissionais (DGS, 2017a). O aumento da segurança da comunicação é também um dos objetivos estratégicos a atingir e descrito no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Apesar de não ter prestado cuidados diretos ao cliente em todos os EC (como é o caso do GCL-PPCIRA), é também exigido que atue dentro do enquadramento ético-legal e que, ao mesmo tempo respeite todos os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Sendo imprescindível circunstanciar sobre a conduta da enfermagem no sentido de resguardar sempre este direito, sobretudo na notificação dos agentes “alerta” ao profissional responsável pelo cliente e na contenção do problema na unidade funcional/comunidade.

Num ambiente complexo e com elevada capacidade de mudança é também essencial que o Enfermeiro Especialista estabeleça na sua prestação de cuidados uma relação de confiança junto do cliente/família, no sentido de transmitir segurança e apoio e de favorecer a expressão de sentimentos, a fim de minimizar os agentes stressores presentes. A busca pela perfeição está nas mãos de cada um de nós, bem como a preservação e a proteção dos direitos humanos.

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Ao longo dos anos, a OE tem desenvolvido esforços para garantir e promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, e para tal definiu em 2001 os padrões de qualidade que estruturam e orientam o exercício profissional dos enfermeiros e em 2015 os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC que caracterizam o papel do Enfermeiro Especialista junto dos clientes, grupos, comunidade e outros profissionais de enfermagem (OE, 2001; Regulamento n.º 361/2015).

A excelência do exercício profissional exige compromisso e dedicação por parte dos enfermeiros e das organizações prestadoras de cuidados de saúde. O enfermeiro na sua prática, individualmente ou em coletivo, deverá prestar melhores cuidados e mostrar abertura contínua para a mudança e adesão às novas aprendizagens. O importante é melhorar a cada dia procurando um nível de excelência nos cuidados. Nesta linha de pensamento, para que exista uma melhoria da qualidade dos cuidados em qualquer serviço é pertinente a promoção e a elaboração de projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, o Enfermeiro Especialista como elemento fundamental na equipa, deve exercer a sua atividade com vista à procura da excelência, seja no desenvolvimento de projetos e programas de melhoria contínua como na gestão do ambiente e do risco aquando a prestação de cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Durante o meu percurso, e apesar da diversidade dos EC realizados, constatei e observei a preocupação e a procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados por parte de todos os profissionais de saúde, no entanto, foi na UCI do Hospital da Luz que conheci as Metas Internacionais de Segurança do Doente, definidas pela Joint Commission International (JCI). O intuito da JCI é “melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao doente, em garantir um ambiente seguro, e em trabalhar constantemente para reduzir os riscos para os doentes e profissionais” (Fragata, 2011, p. 231). Neste Hospital todos os serviços clínicos e não clínicos devem respeitar e cumprir padrões de qualidade com critérios explícitos de boas práticas, em diversas áreas como o controlo de infeção associados aos cuidados de saúde, a segurança no manuseamento e administração de medicação de alta vigilância, a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos, e a gestão da instituição. Sendo que todos os serviços são documentados e auditados com bastante regularidade. A avaliação externa da qualidade destes serviços é realizada por auditores que têm como referência padrões e critérios definidos no manual de acreditação JCI, acessível a todos os colaboradores. A redefinição de comportamentos com

vista à obtenção de processos mais robustos e seguros destacam-se, assim nesta Unidade Hospitalar.

As auditorias proporcionam o desenvolvimento profissional, pois ao fornecerem um *feedback* imediato sobre a adequabilidade dos cuidados, permitem uma ocasião para fazer correções em benefício do cliente (Tappen, 2005). Nesta sequência, participei em equipa na auditoria às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) na unidade funcional vertebro-medular e na unidade fraturas. Foi uma oportunidade de integrar as atividades agilizadas com as unidades funcionais, de conhecer melhor o campo de atuação do campo GCL-PPCIRA, de identificar/diagnosticar potenciais problemas ou riscos existentes nas unidades de saúde e colaborar na elaboração de relatórios que documentam a análise de conformidades e de melhoria e/ou correção de não conformidades. A divulgação do relatório final também foi realizado nas respectivas unidades funcionais, junto das equipas, com o intuito dos profissionais refletirem sobre os aspetos positivos e as propostas de melhoria nas suas práticas.

A segurança também faz parte da melhoria continua dos cuidados e é um aspeto determinante na satisfação dos clientes na prestação de cuidados. Fragata (2011, p. 19) refere mesmo que a qualidade e a segurança em saúde andam de mãos dadas. Neste sentido, foi criado pela DGS o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que, de forma integrada e num processo de melhoria continua da qualidade, define as estratégias para prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015).

Tanto a prevenção da ocorrência de quedas como a prevenção da ocorrências de úlceras de pressão são indicadores de qualidade e estão integrados no Plano anteriormente mencionado. A admissão do cliente independente da sua situação clinica não difere muito de cliente para cliente, o que muda sem dúvida é a burocracia - escalas padronizadas e protocoladas. Estas escalas (avaliação do estado de consciência, risco de úlceras de pressão, risco de queda, grau de dependência) são úteis, complementam-se e trazem benefícios na avaliação sistemática do cliente (Borghardt, Prado, Araújo, Rogenski, & Bringunte, 2015). Para os mesmos autores (2015), esta avaliações subsidia cuidados integrais e individualizados à PCS, proporcionando informações imprescindíveis para o processo do cuidar.

Relativamente à Escala de Quedas de *Morse*, esta é efetuada na admissão à UCI e de 7 em 7 dias durante o tempo de internamento, ou ainda sempre que ocorre alteração do estado clínico, aquando o primeiro levante e quando ocorre efetivamente uma queda no serviço.

Comparativamente aos 21% de total de incidentes notificados relacionados com a queda, descritos no Despacho n.º 1400-A/2015, a UCI apresenta 0% de quedas, sendo um indicador bastante positivo e importante na qualidade e segurança do cliente nesse serviço. Já no SUC, apesar da Escala de Quedas de *Morse* estar no aplicativo ALERT, não está estipulado nem vinculado na prática a sua realização. Contudo, a maioria dos clientes que recorrem ao SUC são, maioritariamente, clientes idosos com comorbilidades associadas, com limitações na deambulação, e por vezes, com necessidade de usar cadeira de rodas, muletas, canadianas, bengala ou andarilho, ficando imediatamente classificados entre o score de baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos) e/ou de alto risco (≥ 51 pontos). Em situação de queda no SUC, é realizada a notificação da mesma, e se for o caso faz-se a avaliação da escala na altura do evento.

Na UCI, a Escala de *Braden* é efetuada no turno da manhã, de 2 em 2 dias, havendo uma grande percentagem das avaliações de alto risco (≤ 16). Alguns dos clientes internados nesta unidade estão sob sedação e curarização, ou permanecem deitados, por isso, torna-se crucial aplicar medidas preventivas e adequadas de forma a reduzir ou minimizar lesões. O posicionamento com alinhamento corporal, o uso de dispositivos, como por exemplo, a almofada a proteger os pontos de pressão são medidas úteis e de prevenção e úlceras de pressão. No SUC, acontece o mesmo que anterior escala. Porém, existem alguns clientes que adquirem úlceras de pressão de categoria I e II, maioritariamente, por estarem alocados a macas durante 2 a 3 dias. Face à situação clínica do cliente que deu entrada no SUC, ao seu grau de dependência e/ou aos fatores de risco, intrínsecos e extrínsecos, relatados em vários estudos, os enfermeiros não deviam estar mais alertas e adotar estratégias de prevenção logo no acolhimento ao cliente? Sabe-se, que os enfermeiros têm uma posição privilegiada para avaliar as necessidades, as preferências e os hábitos de vida de cada cliente, e portanto integrar fatores no processo de cuidar, a fim de fazer a mudança na prática clínica de enfermagem.

A rotatividade e a mobilização dos clientes para a realização de exames complementares de diagnóstico, a constante interpolação por outros profissionais, clientes e familiares como acontece diariamente no SUC são situações promotoras de erro. Por outro lado, a gravidade e a complexidade clínica da PSC, a sobrecarga de trabalho e as baixas dotações em recursos humanos também são potenciadores de eventos adversos (Novaretti, Santos, Quitério, & Daud-Gallotti, 2014). A dupla confirmação do cliente no momento da triagem, sempre antes da prestação de qualquer cuidado e a capacidade de controlo dos enfermeiros no SUC foi sem

dúvida para mim um processo de aprendizagem e de desenvolvimento para uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados.

Para a génese de um erro contribuem não só as atitudes dos profissionais, mas acima de tudo a vulnerabilidade das estruturas organizacionais onde os profissionais se inserem e atuam (Gomes & Diz, 2008). O erro, decorrente na prestação de cuidados, pode causar dano ou não, mas irá influenciar a vida tanto do cliente como do cuidador/família (Fragata, 2011). É importante reduzir a probabilidade de ocorrência de danos nos clientes por forma a que estes se sintam confiantes e seguros (Sousa, 2006).

Em caso de eventos adversos, o cliente merece uma explicação clara sobre o erro, os possíveis efeitos e o que pode ser feito para prevenir qualquer dano (Moreno, 2014). Desde 2012, os eventos adversos podem ser registados na plataforma - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, que é responsável pela gestão e análise interna de incidentes e eventos adversos observados e registados em tempo útil nas unidades de saúde (DGS, 2014). Este sistema de notificação tem como propósito a educação na procura da aprendizagem com o erro e não a sua punição (Despacho n.º 1400-A/2015). Apesar do sistema (HER+) estar instituído em diferentes campos de estágio vivenciados, a monitorização dos eventos adversos não é uma prática estruturada, sistematizada e regular pelos profissionais de saúde. Acredito que a má adesão se deve à falta de conhecimento sobre a importância de notificar as falhas latentes ou situações de perigo, que são essenciais a controlar, minimizar ou eliminar a possibilidade de erro, ao esquecimento, à falta de tempo, de o próprio sistema ser lento e não intuitivo e, do medo da consequência/punição. Comportamentos estes, corroborados em vários estudos (Alves, Carvalho & Albuquerque, 2019; Cunha, Brito & Siman, 2017).

Logo, a implementação de medidas que impeçam a repetição do erro - gestão do risco - devem ser integradas na filosofia de trabalho de cada profissional. Deve ser encarada como um momento de aprendizagem com objetivo de melhorar a cultura de segurança dos clientes. As questões de segurança são importantes tanto para o cliente como para os profissionais de saúde. Pois, o cliente quer sentir-se confiante e seguro e os profissionais querem prestar cuidados de elevada eficiência, baseados na evidência científica (Sousa, 2006).

Em resposta, a este domínio também assisti à dinâmica de intervenção e intercomunicação das unidades não clínicas do CHULC que abraçam a prática baseada na investigação científica com a elaboração de projeto sobre a “Redução da Contaminação microbiológica dos líquidos

de perfusão de órgãos no perioperatório”. A melhoria da qualidade dos cuidados em saúde exige sempre promoção e a elaboração de estudos de melhoria contínua da qualidade.

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na área da gestão já se encontram mencionadas desde Nightingale (2005, p. 63) quando destaca o “ser encarregado de” como a pessoa que mesmo sem assumir pessoalmente o desempenho das tarefas sabe como garantir que elas sejam bem sucedidas. Na atualidade, de acordo com o REPE e o Estatuto da OE (2015, p. 103) o exercício profissional dos enfermeiros deve contribuir “na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”.

A função da gestão em enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados, ou seja, “assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitem exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”, no Código Deontológico na alínea d) do artigo 109º (Lei n.º 156/2015, p. 8103). Estas funções, também estão contempladas no regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002).

É expectável que o Enfermeiro Especialista nas suas competências seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Diariamente, os profissionais de saúde são confrontados com situações, problemas éticos e cuidados de saúde distintos e próprios, que se iniciam com a constatação de uma incerteza quanto ao agir profissional e que requer reflexão sobre a solução eticamente adequada. A tomada de decisão deve centrar-se essencialmente no cliente e na interação com o mesmo e, com a sua família (Cerullo & Cruz, 2010) e, deve ter em conta os valores, crenças e desejos de natureza individual do cliente/família (OE, 2001). Este processo vital na prática clínica só é possível se o enfermeiro reconhecer a pessoa como responsável pelo seu próprio projeto de vida e de saúde e mobilizar processos de raciocínio, de estratégias e de métodos a fim de operacionalizar o seu conhecimento e tomar decisões válidas (Gomes, 2009; Neves, 2005; Nunes, 2006).

Enquanto Enfermeiros, todos os dias ao fim da nossa jornada de trabalho analisamos e avaliamos os cuidados prestados, assegurando um crescimento contínuo e pessoal na melhoria dos mesmos. É nosso dever esclarecer e respeitar a pessoa, incluindo-a nos cuidados sempre que possível e de acordo com a sua vontade, com a sua família ou pessoas mais próximas.

De acordo com o REPE, Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro, no artigo 10º com a epígrafe de Delegação de tarefas “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-as sempre (...) com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem”(p. 2961). A delegação de tarefas implica a responsabilidade pelas mesmas e devem ser baseadas no princípio de proteção, segurança e bem-estar do cliente. Quando se delega é necessário avaliar as necessidades do cliente, planejar os cuidados, determinar as tarefas que podem ser delegadas, escolher a pessoa certa, garantir uma boa comunicação e orientação e por fim, uma supervisão adequada (OE, 2007).

Num ambiente complexo e com elevada capacidade de mudança, como acontece no SUC, o auxílio proporcionado pelos colegas que assumem sectores com menor carga de trabalho e o auxílio proporcionado por quem é funcionalmente dependente dos enfermeiros é imprescindível. Neste último caso, o enfermeiro tem o dever de “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” artigo 100.º alínea b) da Lei n.º 156/2015 (p. 8102). Caso, o enfermeiro delegue tarefas inadequadamente poderá ser responsabilizado por violação dos deveres profissionais.

Assim, quando o enfermeiro delega uma tarefa sob determinadas condições deve ter em conta: a *verificação de critérios para a delegação* (“quem” delega, o que é delegado, e a quem); a *avaliação da situação*, considerando as necessidades do cliente, o plano de cuidados, o contexto inserido e os recursos necessários; a *realização do plano para a tarefa a delegar*, especificando a natureza da tarefa, as competências a quem é delegado e as possíveis complicações (para as pessoas envolvidas); a *responsabilidade aceite* por quem delega e em quem é delegado; a *supervisão e acompanhamento da tarefa* implicando um adequado processo de comunicação e de registo; e, a *avaliação do processo total da delegação* podendo reajustar o plano de cuidados conforme as necessidades (OE, 2007). Enquanto Enfermeiro Especialista, a sua responsabilidade nos cuidados que pratica (tomada de decisão) e delega é fundamental na garantia da qualidade dos cuidados.

Na continuidade de resposta a este domínio, o Enfermeiro Especialista, na gestão de cuidados, deverá também adequar os recursos humanos, materiais, instalações e equipamentos face às situações e contexto (Regulamento n.º 140/2019).

Durante o meu percurso no SUC do HSM e sob a supervisão do chefe de equipa, tive a oportunidade de fazer a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes sectores existentes,

incluindo o posto de triagem. Esta distribuição é realizada atendendo a experiência e habilitações literárias (especialidade em enfermagem) de cada profissional no respetivo serviço. Normalmente, o enfermeiro que assegura uma sala de reanimação no SUC é especialista na área da EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC e o responsável pelo turno, como recomendado no Regulamento n.º 743/2019. O mesmo regulamento recomenda que 50% dos enfermeiros que prestam cuidados no SUC sejam especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Situação descrita não verificada neste EC, porque apenas 25 dos 91 enfermeiros (cerca de 27%) são especialistas em determinada área de enfermagem.

Por forma a completar, a OE através do Regulamento n.º 743/2019 também recomenda que 50% dos enfermeiros que prestam cuidados na UCI sejam especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, e adicionalmente integrem também enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A situação descrita também não se verifica, porque apenas 12 dos 31 enfermeiros (cerca de 39%) são especialistas. Contudo, as horas de cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação também descritos neste regulamento (12 horas de cuidados por cada 8 clientes, todos os dias da semana) não são realizadas segundo colegas especialistas nesta área por falta de tempo, complexidade de cuidados e gestão do próprio serviço.

Benner, através da sua obra “*De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*” procura demonstrar que os “conhecimentos incluídos na prática clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência em enfermagem” (2001, p. 33). A prática clínica oferece uma realidade de experiências de aprendizagem que não é contemplada pela teoria e que é fundamental à produção de conhecimento e crescimento pessoal.

Os enfermeiros com maior nível de diferenciação prestam cuidados mais seguros com melhores resultados para os clientes (Freitas & Parreira, 2013). Assim, competências baseadas no conhecimento, nas habilidades, nas atitudes e na experiência são consideradas essenciais na prestação de cuidados à PSC e encontram-se diretamente ligadas com a segurança e o surgir de eventos adversos nos cuidados (Lakanmaa et al., 2013).

A escassez de recursos humanos é um tema bastante atual nos diversos serviços e uma realidade vivenciada nos ensinos clínicos. Diariamente no SUC estão afixados turnos extraordinários, caso nenhum enfermeiro dê disponibilidades, há obrigatoriamente 1 ou 2

enfermeiros do turno anterior que terão que seguir a jornada. Já na UCI, a equipa que a compõe também é insuficiente, ou seja, existem vários colegas a trabalhar em horário e meio no mesmo serviço, em regime de prestação de serviços, a fim de colmatar esta falha. Estas duas situações, para além de influenciar negativamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados, aumenta o risco de exaustão física e emocional, o stress e a insatisfação profissional.

Entende-se por dotação “como a quantidade e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados a clientes” (Hall, 2005, p.2 citado por Freitas & Parreira, 2013). O mesmo autor destaca a correta dotação de enfermeiros em quantidade e em qualidade através da experiência e formação dos enfermeiros face às necessidades dos clientes, sendo fundamental para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de enfermagem (Freitas & Parreira, 2013). E, por forma a complementar, a OE através do Regulamento n.º 533/2014 adota uma Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (2014) atualizada recentemente através do Regulamento n.º 743/2019.

Por outro lado, e tendo em conta os recursos humanos disponíveis é também importante falar sobre o rácio enfermeiro/cliente baseado no Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28). Este instrumento modificado e melhorado em 1996, tem como finalidade determinar o índice de gravidade do cliente internado e custos hospitalares associados, assim como dimensionar a carga de trabalho de enfermagem adequada na UCI (Segura, Blanco, Vega & Verzonis, 2015). Padilha, Sousa, Garcia et al. (2010) especificam que a adequação da equipa de enfermagem à carga de trabalho melhora a qualidade dos cuidados, garante a segurança dos clientes e equilibra o custo-efetividade da UCI.

Na UCI do Hospital da Luz, este instrumento é preenchido no turno da noite e tem em conta sete categorias de intervenções terapêuticas - atividades básicas, suporte cardiovascular, respiratório, renal, metabólico, neurológico e intervenções específicas, e respetivos itens, que no conjunto perfazem um total de 28. Este sistema, apesar de refletir a manutenção da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização, o seu preenchimento não tem tido grande impacto nesta UCI. Ou seja, independentemente da pontuação final obtida, o número de enfermeiros em cada turno é sempre o estipulado (4+4+4), existindo também, uma grande discrepância em termos de horas de cuidados de enfermagem prestados.

Se o TISS-28 é usado como critério de valorização da qualidade de serviços de cuidados intensivos na gestão dos recursos humanos, porque é que este instrumento não é verdadeiramente aplicado pelos enfermeiros na UCI? Estará desatualizado?

Na realidade e na prática clínica, este instrumento não contempla todas as atividades de enfermagem desenvolvidas tanto na prestação de cuidados ao cliente, de suporte à família como administrativas. As atividades de enfermagem, maioritariamente autónomas, realizadas num período de 24 horas não eram contabilizadas. Desta forma, devido a esta limitação, surge o Nursing Activities Score (NAS), a versão modificada do TISS-28 (Miranda et al., 2003). Neste novo instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem foram adicionadas cinco itens na categoria atividades básicas - monitorização e controles, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares e tarefas administrativas e gerenciais (Padilha et al., 2015; Queijo & Padilha, 2009). Apesar do longo caminho de investigação e de desenvolvimento nesta área, o NAS já representa aproximadamente 81% das atividades de enfermagem em comparação com o TISS-28 que representava apenas 43% (Miranda et al., 2003). Posso afirmar, que não conheço o NAS e a sua aplicação em nenhum serviço, contudo vários estudos apontam para uma melhoria significativa no rácio enfermeiro/cliente.

Sabendo que o Enfermeiro Chefe desempenha inúmeras funções de gestão, foi durante o EC na UCI do Hospital da Luz, que tive a oportunidade de observar e colaborar nas suas tarefas diárias, destacando assim a gestão de medicação. Diariamente o Enfermeiro Chefe através do sistema informático SORIAN observa as sinaléticas existentes. Ou seja, confirma a dupla confirmação de soluções eletrolíticas - uma prática segura preconizada pela DGS (2015f) a medicação não assinalada, a justificação da mesma quando não administrada a fim de promover a aprendizagem e evitar o erro. O pedido de medicação é outra tarefa realizada pelo enfermeiro chefe via online, três vezes por semana até às 10horas. Todo o pedido que passe da hora estipulada é considerado “pedido fora da hora” e por isso sofre uma taxa de pagamento virtual. Esta regra implica adesão e ponderação de custos a todos os intervenientes.

Para diminuir o erro 3/3 meses, um técnico de farmácia desloca-se à UCI para confirmar a validade de cada medicamento exposto no carro da medicação e anualmente é revisto o mesmo. Os medicamentos de alerta máximo ou alto risco usados de forma indevida, podem causar lesões permanentes ou a morte do cliente, para além do aumento de custos associados

(DGS, 2015c). Para garantir a utilização segura dos medicamentos de alta vigilância, medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspecto semelhante (medicamentos LASA ou “Look-alike” ou “Sound-alike”) e medicamentos com doses diferentes foram implementadas estratégias nesta unidade hospitalar que assegurem o uso seguro destes medicamentos. Ou seja, os medicamentos de alto risco estão no local de armazenamento com cor amarela e identificados com sinal de perigo, os estupefacientes estão fechados num cofre e são verificados em todos os turnos pelo chefe de equipa, os medicamentos LOOK ou SOUND encontram-se intercalados entre si e usam a sinalética de alerta “STOP”, os medicamentos com doses diferentes encontram-se intercalados no armazenamento e usam a sinalética de alerta “SEMÁFORO”. A administração de medicamentos é a maior responsabilidade da enfermagem. Logo, torna-se necessário a aplicação de vários princípios científicos fundamentados na promoção da segurança do cliente (Gomes & Diz, 2008).

Não sendo uma tarefa exclusiva do enfermeiro chefe, todos os enfermeiros na prestação de cuidados devem também registar todos os consumíveis usados na assistência ao cliente em cada turno, ou seja, tudo é debitado ao cliente ou a outros sub-sistemas (seguros). Apesar de não haver uma relação direta com a qualidade de cuidados prestados, acredito que estes enfermeiros têm uma maior visão de gastos gerais e por isso maior contenção no seu uso. Moreno (2000) menciona que sendo a UCI uma estrutura cara comparativamente às outras áreas do hospital, torna-se importante saber nos dias de hoje o preço das nossas práticas.

Por forma a complementar este domínio, foi no GCL-PPCIRA que assisti à apresentação de material descartável pelos Delegados de Informação Médica. Cabe ao GCL-PPCIRA do hospital colaborar com a área de aquisição de materiais/gestão de compras, logística e escolha de materiais, equipamentos, antissépticos, desinfetantes e outros produtos clínicos ou farmacêuticos para suporte à prática clínica. Assim, integra as comissões de escolha do CHULC e participa na discussão que fundamenta os vários pareceres que, atendem à melhor oferta/preço/qualidade para a melhor tomada de decisão, nunca secundarizando as características específicas de cada recurso que terá sempre de garantir a prevenção e controlo de IACS (GCL-PPCIRA, 2018).

As intervenções no domínio da gestão de cuidados contribuem para a qualidade do ambiente de cuidados, para as práticas dos enfermeiros e para a qualidade do processo de cuidados (Potra, 2015).

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O Enfermeiro Especialista tem um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, através do julgamento clínico e tomada de decisão” (Regulamento n.º 122/2011, p. 8648).

Com a evolução e aumento da responsabilidade da profissão de Enfermagem, a competência conduz-nos a pensar num processo dinâmico e interativo de mobilização de saberes, que resultam num agir profissional responsável e assertivo. Le Boterf (1995, p. 16) refere que “possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente” e que muitas pessoas não conseguem mobilizar de forma pertinente e no momento oportuno os seus conhecimentos ou capacidades. Oliveira (2009) completa referindo que a competência pode ser adquirida durante toda a vida ativa, através da experiência e que pode ser melhorada através da formação e desenvolvimento. Assim, “a forma mais eficaz e produtiva de gerar e testar conhecimento (e produzir novos artefactos) é através da investigação científica e tecnológica (...) que aparece como o instrumento mais eficiente, que hoje se conhece, para transformar uma realidade” (Fortin, 2003, p. 122).

Atualmente, e atendendo às características da população a quem prestamos cuidados, o avanço da tecnologia e a própria exigência dos cuidados de saúde ao nível de segurança e de qualidade senti a necessidade de procurar formação e de colmatar lacunas existentes, a fim de prestar cuidados diferenciados e de qualidade a pessoas e família em condições complexas. O enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p. 86).

Assim, o desenvolvimento de novas competências foram fundamentadas na literatura, na evidência científica, na partilha de experiências com os profissionais envolvidos, na reflexão na e sobre a prática de cuidados e nos debriefings no final de cada dia. Fleury & Fleury sublinha que “a memória visual humana é maior que a auditiva, e a memória verbal-visual é maior que a oral” (2001, p. 191).

A fim de enriquecer e ultrapassar algumas dificuldades sentidas também participei nas “IV Jornadas do PPCIRA” em Lisboa, que permitiu a reflexão crítica da minha prática clínica, “faço por fazer”, “faço porque sempre fiz assim” ou “faço porque refleti sobre e na ação”; e, no evento intitulado “Liderança e Governança Clínica - um encontro com o Sistema Nacional

de Saúde” em Coimbra, que foi ao encontro das várias competências adquiridas no EC e que surgiu como eixo determinante no alcance da melhoria contínua da qualidade dos serviços e dos cuidados prestados aos cidadãos.

O processo de aprendizagem deve ter em conta a estratégia e as competências necessárias, independentemente da sua ordem de ação. Para Fleury e Fleury (2001) existem inúmeras formas de aprender e cada pessoa se vê única nesse processo. A aprendizagem é um conceito bastante vasto que implica um constante processo de mudança. A perceção, as emoções e a motivação são alguns fatores mediadores deste processo que podem influenciar o comportamento da pessoa, bem como refletir no sucesso da organização (Fleury & Fleury, 2001). Ao longo do meu percurso senti que os enfermeiros procuram, cada vez mais, formação prática e mais direcionada à especificidade da própria unidade funcional. A formação em serviço, tal como nos ensinam Paixão e Monteiro (2009) “assume um papel fundamental na atualização de conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de enfermagem” (p. 41). Na verdade, o Enfermeiro Especialista ao procurar o conhecimento, acompanha as mudanças e desenvolve/alcança as competências exigidas na resposta adequada às necessidades individuais de cada cliente, no âmbito da Enfermagem à PSC.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é por mim considerado o grande impulsionador que me levou a inscrever neste mestrado, com o objetivo de prosseguir na minha aprendizagem, permitindo-me não só desenvolver o auto-conhecimento e assertividade, mas também basear a minha praxis em padrões de conhecimentos sólidos e válidos.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Para além de competências comuns, o Enfermeiro Especialista deverá reunir competências específicas, que sirvam de referência tanto à restante equipa multidisciplinar como ao próprio cidadão na prestação de cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019).

Neste capítulo serão abordadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista, tendo por base o Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (2018).

3.1 CUIDAR DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Numa perspectiva biomédica, a PSC é aquela “que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 9). No enquadramento proposto pela OE, a PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). A situação clínica da PSC, a antecipação da instabilidade e o risco de falência orgânica obriga a uma atuação imediata e adequada da equipa de saúde.

De acordo com Pontes et al, (2008, p. 17) “aos enfermeiros da urgência é exigido domínio alargado e aprofundado dos saberes de Enfermagem” e “procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito pelas normas de segurança e responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas” (2008, p. 4). Durante o EC I, os cuidados de enfermagem prestados foram maioritariamente nas salas de reanimação devido à complexidade de clientes aí alocados. As principais causas presenciadas de admissão às salas de reanimação foram vítimas com politraumatismos, Acidente Vascular Cerebral (AVC), dor torácica, alterações de ritmo, ingestão medicamentosa voluntária, dispneia entre outras. Normalmente, a permanência de doentes nestas salas é curta. No entanto, existiram situações que necessitaram

de permanecer por mais tempo, como foi o caso de pessoas ventiladas aguardar vaga numa unidade de cuidados intensivos adequada à situação e, no caso de uma vítima de atropelamento com prognóstico reservado e sem critérios para doação de órgãos.

Por norma, a equipa adstrita a estas salas são detentoras de formação especializada, específica e da responsabilidade da instituição a fim de responder com prontidão às situações internas bem como à triagem de prioridades (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018a). Tive a oportunidade de prestar cuidados em equipa, ao doente crítico baseada na avaliação primária, pela seguinte ordem de prioridade: A (permeabilização da aérea), B (ventilação e oxigenação), C (circulação com controlo da hemorragia), D (disfunção neurológica) E (exposição com controlo da temperatura), e realizar registos tendo em conta esta nomenclatura. Este processo de avaliação permite identificar lesões e priorizar as intervenções de uma forma sequencial (não se pode “saltar” para o próximo passo da avaliação, se o anterior não estiver resolvido).

No SUC encontram-se implementados protocolos de atendimento imediato - a Via verde da Sépsis (VVS) (nível 2), a Via verde coronária, a Via verde Trauma e a Via verde AVC. Contudo, na prática apenas VVS e a Via verde AVC são as mais utilizadas.

De acordo com a DGS (2010a) a incidência de casos de Sépsis em Portugal tem aumentado pelo menos 1,5% ao ano. Por forma a combater estes dados estatísticos está a ser implementado, em todos os serviços de urgência, o protocolo terapêutico de Sépsis que permite diminuir a mortalidade mas também os custos associados (DGS, 2017c). Durante o EC I, um cliente que recorre ao SUC apresentava um quadro de confusão e febre (39,5°C) instalado nas últimas 24h. Critérios esses de inclusão (um critério de presunção de infeção e um critério associado a inflamação sistémica) e de ativação da VVS, através do preenchimento de um formulário próprio existente e implementação imediata do tratamento e cuidados, conforme, a gravidade da situação clínica do cliente.

O AVC continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal (INEM, 2019). O mesmo autor (2019) refere que em 2018 foram ativados pela emergência pré-hospitalar 3,496 casos encaminhados para a Via Verde AVC, uma média de 10 casos por dia. Contudo, no SUC ainda não é possível identificar, através da triagem, números concretos da ativação e da eficácia da implementação da Via verde. Segundo o Enfermeiro chefe, é um projeto que será implementado futuramente em todos os serviços de saúde, visto ser um pedido atual da Administração Regional de Saúde. Em casos práticos, e tendo em conta a duração do EC,

poderei dizer que a ativação da Via verde AVC foi bastante frequente, havendo em média 2 a 3 casos de ativação por turno.

Durante o EC II, consegui dar resposta a valências cirúrgicas (cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia, cardíaca, torácica) e a valências médicas (lesão renal aguda (técnica depurativa), choque, entre outras). Foi nesta UCI que fiquei a conhecer o programa ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery) - cirurgia colorretal - que prevê um conjunto de medidas que integram elementos dos cuidados prestados no pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório e que se encontram suportados por diversos estudos científicos. O objetivo principal é a participação ativa do cliente no seu processo de recuperação a fim de diminuir o tempo de internamento e melhorar os *outcomes*. Tive oportunidade de acolher um desses clientes no pós operatório na UCI e tendo em conta a sua situação clínica do cliente, prestar cuidados específicos de acordo com o protocolo.

O transporte intra-hospitalar do doente crítico, seja aos exames complementares de diagnóstico, às Unidades de Cuidados Intensivos, às Unidades de Cuidados Intermédios, ao Bloco Operatório ou ao SO, constitui uma necessidade frequente no EC I como no EC II.

Dependendo da situação, o transporte é sempre um período de grande instabilidade e de risco para o cliente crítico. Este poderá agravar o estado clínico do cliente e originar complicações relacionadas com as “falhas técnicas, mudanças fisiológicas do doente, duração do transporte e equipa que o realiza” (Meneguín, Alegre, and Luppi, 2014). As principais ocorrências estão relacionadas com o deslocamento da cânula endotraqueal, perda de suprimento de oxigênio, bateria descarregada ou defeito do equipamento e infiltração inadvertida pela perda do acesso venoso (Júnior, Carvalho, Filho, Malzone, & Pedersoli, 2007). Neste processo, de forma a minimizar as complicações e os riscos, é essencial a decisão, o planeamento e a efetivação.

Compete ao enfermeiro dinamizar e operacionalizar a abordagem protocolada do transporte intra-hospitalar do doente crítico, promovendo sempre um ambiente calmo e seguro. O sucesso do transporte só é possível se houver comunicação com o local do destino, antes da realização do transporte, por forma a estimar o tempo e o material necessário à realização do mesmo (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Foi no EC I que realizei um número considerável de experiências relacionadas com o transporte intra-hospitalar. Sem dúvida que avisar o destino é basilar, no entanto acho que a estrutura do serviço, os acessos e o número de pessoas que circulam neste serviço é que fazem a diferença entre um bom ou mau transporte.

Face à crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados tanto nas salas de reanimação como nas UCI e intermédios é exigido ao Enfermeiro Especialista crescente fragmentação e especialização de conhecimento nomeadamente na área dos cuidados críticos (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018b). Assim, o foco do cuidar do Enfermeiro Especialista são todos os cuidados inerentes à PSC, independentemente do local no hospital onde esta se encontre. Perante a PSC, o enfermeiro tem um papel fundamental na vigilância sistemática do cliente, no controlo do complexo regime terapêutico, na identificação precoce de problemas e na adequação de intervenções que previnam e/ou corrijam situações sempre numa perspetiva da preservação da vida (Carpenter & Carpenter, 2003).

As UCI e os SUC são serviços muito distintos quanto à prestação de cuidados e incomuns e entusiasmantes para quase todos os profissionais de saúde no ponto de vista da aprendizagem. Apesar da especificidade de cada serviço, ambos têm em comum um aparato tecnológico que rodeia tanto o cliente como toda a equipa de profissionais envolvidos.

O enfermeiro tecnologicamente proficiente é muitas das vezes entendido como um enfermeiro que não cuida, como se o cuidado e a competência técnica fossem dois conceitos impossíveis de harmonizar (Locsin, 2001). A tecnologia não deve absorver na totalidade o enfermeiro mas sim ajudá-lo a fortalecer e aprimorar o cuidado de enfermagem à PSC, bem como a beneficiar a relação interpessoal entre o profissional e o cliente. É importante que os profissionais de saúde possuem a capacidade de obter para os seus clientes o melhor benefício possível dos recursos tecnológicos existentes no seu contexto de saúde.

Para Sabino, Brasil, Caetano, Santos, & Alves (2016) citando Merhy (2002) as tecnologias podem ser classificadas em *leve*, quando se abordam relações/interações, acolhimento e vínculo entre profissionais e cliente de uma forma direta; em *leve-dura*, quando se usam conhecimentos/saberes bem estruturados (teorias ou modelos de cuidados); em *dura* quando envolvem o uso de normas, equipamentos e instrumentos de alta tecnologia como ventiladores, bombas infusoras, entre outros.

A monitorização e avaliação hemodinâmica invasiva e não invasiva de parâmetros vitais, o suporte ventilatório invasivo e não invasivo, os dispositivos vasculares entre outros, são equipamentos essenciais na recuperação da PSC, quer numa UCI, quer num SUC. Nos dias de hoje, a tecnologia deve ser vista como parte integrante e essencial da prática competente do

enfermeiro (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011) e deve ser usada para melhor conhecer a pessoa e potencial o cuidar (Locsin, 2013).

Ao longo dos diferentes campos de estágio, consegui uma panóplia de situações imprevisíveis com a PSC que enriqueceram e aperfeiçoaram a técnica e destreza, assim como descobrir de forma independente possíveis limitações já refletidas.

O internamento, nestes contextos de emergência, é algo inesperado, o que pode induzir vários problemas no cliente e, por si, consequências diretas na família. Quando a PSC necessita de cuidados de saúde e de cuidados de enfermagem em particular, torna-se normalmente mais vulnerável no seu processo saúde-doença devido à exposição de risco de dados ter aumentado e à sua capacidade de autoproteção estar comprometida (Sellman, 2005). A pessoa só se apercebe da sua vulnerabilidade quando existe uma quebra na sua rotina habitual seja por patologia de ordem somática, social ou psicológica (Waldow & Borges, 2008). De acordo com McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell e Hudson (2002) a vulnerabilidade está relacionado com o elevado grau de dependência física no cliente e com a incapacidade de satisfazer as suas necessidades ou eliminar fatores de stress.

O ambiente desconhecido, o barulho, o som dos alarmes dos equipamentos, a iluminação, a falta de sono, a dificuldade em distinguir a noite do dia são situações que podem induzir no cliente sentimentos de medo e de ansiedade. O simples fato de estar internado pode gerar elevados níveis de stress e insegurança para o cliente como para a pessoa significativa e, assim, manifestar-se a condição de vulnerabilidade. Alguns estudos consideram que existem grupos sociais mais vulneráveis tais como crianças, idosos, mulheres, minorias étnicas, pessoas com baixo apoio social, sem-abrigo, acesso limitado à educação, dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, baixos rendimentos e desempregados (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, & Fracolli, 2008).

O conceito de vulnerabilidade apesar de ambíguo é bastante desafiador e importante na construção da profissão enfermagem, na medida que surge relacionado com os problemas graves que provêm da saúde, mas também com as características individuais da pessoa e com as condições adquiridas ao longo da vida ou resultantes do estilo de vida (Nichiata et al., 2008). Nestas circunstâncias a PSC e sua família vivenciam transições saúde-doença, com necessidade assídua de ultrapassar e/ou remover barreiras em segurança e com o apoio dos profissionais de saúde na busca pela homeostasia.

Embora seja um tema sujeito a normas e atualizações constantes, a dor está quase sempre presente na PSC, quer associado à patologia de base ou relacionada com os vários procedimentos a que é sujeita (Ferreira et al., 2014; Teixeira & Durão, 2016).

Segundo a Internacional Association for the Study of Pain (2010), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, que se associa a um dano tecidual concreto ou potencial, ou descrita em função desse dano. Sendo uma das áreas de atenção de enfermagem, a OE especifica a dor como uma “experiência individual, subjetiva e multidimensional” (OE, 2008, p. 11) difícil de definir, explicar ou medir. E, aos quais “fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade” (OE, 2008, p. 11).

Deste modo, a DGS (2003a) instituiu, através da circular normativa n.º09/DGCG, a dor como o 5º sinal vital, que deve ser avaliada e registada pelos profissionais de saúde de forma contínua e regular, à semelhança de todos os outros sinais vitais, de modo a potenciar a terapêutica, dar segurança à equipa de cuidados e melhorar a qualidade de vida do cliente.

A dor constitui, na maioria das vezes a principal queixa das pessoas que procuram as Unidades de Saúde. Assim, é da competência e da responsabilidade do Enfermeiro Especialista a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363). A DGS (2003a) ressalta que o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das pessoas. Como tal, a avaliação, o registo da intensidade da dor e o tratamento deverão ser uma das prioridades na abordagem à PSC (Teixeira & Durão, 2016). A proximidade com o cliente poderá ser uma posição privilegiada para o enfermeiro na promoção e controlo da dor na PSC, como também na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu tratamento.

A dor não controlada poderá originar complicações na estabilização do doente crítico (Ferreira et al., 2014). Esta situação para além de diminuir o conforto e o bem-estar do cliente irá dificultar a cooperação do cliente nos cuidados, atrasando a realização de procedimentos essenciais à sua recuperação. Sendo a intensidade da dor uma auto-avaliação do cliente (Ferreira et al., 2014) torna-se necessário educar/informar o cliente sobre as diferentes ferramentas de avaliação da dor recomendadas pela DGS e a sua aplicabilidade.

De forma resumida, a *Escala Visual Analógica* é uma linha reta que tem classificado nas suas extremidades “Sem dor” e “Dor Máxima”, e no qual o cliente deve assinalar a sua perceção

de intensidade de dor atual; a *Escala Numérica* é um instrumento unidimensional em que a dor é classificada e questionada numericamente de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável); a *Escala Qualitativa* descreve a dor tendo em conta os descritores, Sem dor, Dor Ligeira, Dor Moderada, Dor Intensa e Dor Máxima; e, a Escala de Faces em que o cliente classifica a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2010; DGS, 2003a). A escala utilizada deve ser sempre a mesma e escolhida tendo em conta a situação clínica da pessoa.

No decorrer do EC, a avaliação e o registo da intensidade da dor é realizada de forma contínua e regular, porém as escalas maioritariamente usadas no SUC são a Escala Numérica e a Escala de Faces que permitem identificar a dor na pessoa consciente e colaborante (Teixeira & Durão, 2016).

Durante o EC I apercebi-me que a avaliação da dor, no momento da triagem, é uma dificuldade acrescida tanto para o cliente como para o enfermeiro. A realização de triagem implica para além do conhecimento específico do sistema implementado, formação com o Grupo Português de triagem. Para além de existirem particularidades nos próprios fluxogramas, a dor definida como uma experiência subjetiva com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Teixeira & Durão, 2016) constituiu um grande desafio na sua rápida e sumária avaliação. Neste EC, senti dificuldade na avaliação da dor pela aparente discordância entre o resultado e o comportamento da pessoa.

Quando estamos perante a PSC, com alterações de consciência, por sedação ou não, com alterações da comunicação verbal a avaliação da dor torna-se particularmente difícil e requer a utilização de escalas comportamentais de dor (Teixeira & Durão, 2016). A avaliação da dor neste clientes foi um desafio na medida em que alguns clientes acordados estão impossibilitados de verbalizar a sua dor devido à presença de tubo orotraqueal. Contudo, a dor pode ser identificada através de outros fatores, tais como, aumento da tensão arterial, taquicardia, polipneia, inquietude, agitação entre outros. Neste sentido, o profissional de saúde deve estar desperto para todos índices de dor e ser capaz de eliminar ou reduzir a dor para níveis aceitáveis pela pessoa, usando métodos de avaliação adaptados às capacidades de comunicação diminuídas do cliente.

Na revisão integrativa da literatura realizada por Teixeira e Durão (2016, p. 138) “as escalas Escala de Behavioral Pain Scale (BPS), Behavioral Pain Assessment Scale e Critical-Care Pain Observation Tool são as mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico”.

Contudo, a mais utilizada pelos serviços de saúde é a BPS pelo seu elevado rigor e facilidade na aplicação a estes clientes (Oliveira, Macedo, Silva, Oliveira, & Santos, 2019). Na UCI do Hospital da Luz, as escalas maioritariamente utilizadas são a Escala Numérica e a BPS, e são usadas pelo menos uma vez no turno.

De forma resumida, a *BPS* avalia a dor através da avaliação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e da adaptação à ventilação mecânica. Pontuados de forma individual de 1 a 4 pontos, o seu total define a intensidade da dor (3 sem dor e 12 dor máxima) (Payen et al., 2001).

A maioria da PSC internada na UCI encontra-se sob efeito de sedação que provoca diminuição do estado de consciência e que pode originar dificuldades na interpretação da dor, limitação corroborada pela literatura existente. É expectável que clientes sedados possam sentir dor, assim para além da escala de sedação deve ser utilizada em simultâneo a escala BPS (Alderson & McKechnie, 2013; Payen et al., 2001). Neste sentido, o Enfermeiro Especialista deve estar sensibilizado para que clientes sedados recebam analgesia adequada.

Complementarmente, durante o estágio tive oportunidade de participar na sessão de formação “Avaliação e controlo da dor no doente não comunicante”, que foi importante pois permiti-me adquirir conhecimentos numa área fundamental para a PSC.

Deste modo, a implementação de escalas de dor melhoram os *outcomes* na PSC e por si, a redução de custos a nível organizacional. A gestão e controlo da dor da PSC são elementos chave na promoção do conforto e bem-estar do cliente e na prevenção de complicações imediatas e a longo prazo.

Comparativamente, o controlo da dor em contexto de urgência é maioritariamente baseado em medidas farmacológicas, ao invés da UCI que também se baseia em medidas não farmacológicas. Atualmente, existe por parte dos enfermeiros uma preocupação nesta área de intervenção, sendo dever do Enfermeiro Especialista “demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Estas medidas podem ser benéficas para a PSC com dor na medida que acarretam menores custos e efeitos secundários associados (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2010). Tive oportunidade na UCI de utilizar algumas intervenções não farmacológicas para alívio da dor, como a massagem, posicionamento adequado, manutenção de um ambiente tranquilo (gestão do ruído e da iluminação), musicoterapia e promoção da presença da pessoa

significativa, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. As intervenções não farmacológicas apesar de seguras e pouco consumidoras de tempo por parte dos enfermeiros, nem sempre são registadas no processo clínico do cliente. Porém, sendo intervenções autónomas, podem facilmente ser incluídas na prática clínica dos enfermeiros.

A par com a dor, chega a fadiga, a ansiedade, as perturbações do sono... O sono é um estado de consciência particular e diferente do coma ou sedação, pois surge de forma espontânea, reversível e recorrente (Silveira, Bock, & Silva, 2012). Sendo o sono e o repouso, necessidades humanas básicas, Dinarés, Fernandes e Rocha (2004) reconhecem ao sono funções como: produção e a conservação de energia, papel essencial nos processos de crescimento e de renovação celular, manutenção de mecanismos que detetam doenças do sistema imunitário, estabilização do humor, regulação da temperatura corporal, melhoria do fluxo sanguíneo, controlo das funções respiratórias e promoção do bem-estar mental e emocional.

O padrão de sono na PSC apresenta-se fracionado e de má qualidade quer seja por fatores intrínsecos, relacionados com a pessoa - gravidade da patologia, situação clínica, dor, comorbidades, ansiedade, mas também por fatores extrínsecos relacionados com o meio envolvente da UCI - equipamentos, ruído, iluminação, ventilação mecânica, medicação e cuidados de enfermagem (Beltrami et al., 2015; Elliott, McKinley, & Cistulli, 2011; Pisani et al., 2015; Silveira et al., 2012; Tembo & Parker, 2009).

O profissional de saúde, habitualmente, só se apercebe da perturbação de sono quando o cliente consciente se queixa ou relata. As intervenções de enfermagem como a administração de medicação, os posicionamentos, a avaliação de sinais vitais entre outros, realizadas no turno da noite, também interferem com o padrão de sono do cliente. Nas situações acima descritas, o cliente refere que não dormiu o suficiente, que tem dificuldade em voltar a dormir quando acordado e/ou que tem medo de não acordar do sono após testemunhar a morte, apresentando, assim um sono não restaurador (Costa & Ceolim, 2013; Tembo et al., 2013). Tembo, et. al (2013) citam que a redução das intervenções de enfermagem no período noturno está claramente relacionado com a promoção do sono. Esta interrupção do sono por parte dos enfermeiros deve-se à falta de conhecimento sobre os benefícios psicológicos e físicos do sono, conforme vários estudos, ou deve-se às inúmeras intervenções de enfermagem protocoladas neste turno, sendo difícil a sua gestão?

O sono constitui uma necessidade humana básica que merece toda a atenção e intervenções de enfermagem promotoras de sono (Pisani et al., 2015). Pequenas mudanças na cultura da UCI e na educação dos profissionais de saúde irão refletir na promoção da qualidade do sono da PSC e por si, possibilitar uma rápida recuperação do estado de saúde. É necessário existir um ambiente de parceria e de cooperação entre os profissionais de saúde e de sensibilização da importância das práticas promotoras do sono, com vista alcançar cuidados de excelência que contribuem para o bem-estar e conforto da pessoa internada (Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015).

Sendo o conforto um tema de relevância para a área de enfermagem, indispensável no processo do cuidar e bastante incidente no presente relatório, considero a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba a que mais se enquadra na fundamentação do meu percurso.

Na sua teoria, Kolcaba (2003) define conforto como uma experiência imediata e holística de ser fortalecida, mediante a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência presente nos diferentes contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental. De forma resumida, o alívio consiste na satisfação de necessidades do doente e pressupõe um estado de desconforto prévio; a tranquilidade é um estado de calma e de satisfação necessária a um óptimo desempenho e não implica desconforto prévio; e, a transcendência é um estado capaz de planear, controlar o destino e resolver os próprios problemas sem preocupações (Kolcaba, 2003). O alívio da dor e restauração do sono, temas anteriormente abordados, enquadram-se na necessidade de alívio físico, no contexto relacionado com as sensações corporais; a consciência de si e o auto-conceito enquadram-se no contexto psicoespiritual, as relações interpessoais, sociais e familiares no contexto social, e a luz, o ruído, o equipamento, a temperatura enquadram-se no contexto ambiental (Kolcaba, 2003). A mesma autora acrescenta que o conforto é “muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009, p. 254).

Os enfermeiros, na prática clínica, identificam as necessidades das pessoas que prestam cuidados e estabelecem medidas de conforto em todos os níveis de intervenção. Neste sentido, os cuidados de conforto são intervenções de enfermagem criativas e com princípios científicos implícitas no processo de cuidar humanizado (Kolcaba, 2003).

A experiência de conforto é um indicador intersubjetivo, na medida que depende da perceção e testemunho do próprio cliente mas também da ajuda ou suporte do enfermeiro a fim de entender e suprimir as necessidades de conforto do cliente (Oliveira, 2013). Sendo um

indicador importante para a pessoa, quando este é atingido existe o reconhecimento tanto do profissional como da sua prática de cuidados, e vice-versa.

A situação crítica de doença e/ou falência orgânica é geradora de perturbações emocionais. A gestão da ansiedade e do medo vivido pelo cliente e sua família, por forma a facilitar os processos de luto, requer o estabelecimento de uma relação terapêutica e de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e, fundamentalmente, com os clientes e familiares (Cielo, Camponogara, & Pillon, 2013). A comunicação é uma ferramenta terapêutica fundamental e crucial no processo de doença e por conseguinte nos cuidados de enfermagem (Courtenay et al., 2013). O enfermeiro deve reconhecer as limitações da PSC em relação à comunicação, demonstrar conhecimentos nesta área e articular estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação” (Regulamento n.º 429/2018). A comunicação eficaz, precisa e oportuna entre todos os intervenientes do triângulo terapêutico (profissionais de saúde, cliente e família) na UCI é um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e um fator preditivo da satisfação familiar (Aslakson et al., 2010; Daly et al., 2010). Porém, uma má gestão da comunicação poderá originar conflito e stress nas relações estabelecidas, e assim, potenciar o risco em fornecer informações contraditórias à família (Aslakson et al., 2010).

Ao longo dos estágios percorridos é notória o interesse dos enfermeiros em desenvolver processos de comunicação eficazes e estabelecer uma relação terapêutica proactiva e de proximidade com o cliente. Contudo, é na UCI que o processo de comunicação se torna um desafio diário para toda a equipa e para mim. Tendo em conta, a condição crítica de saúde que compromete as estruturas responsáveis pela comunicação, como o exemplo da PSC sedada e ventilada mecanicamente, é crucial a utilização de meios alternativos, como a comunicação não-verbal, e profissionais treinados na sua interpretação (Sismeiro, Barbosa, Vieira, & Crespo, 2015). Nesta linha de pensamento, utilizei algumas estratégias facilitadoras da comunicação, tais como, uso de gestos, leitura de lábios, olhar dirigido, toque, perguntas simples e diretas. Na UCI existem cartões com imagens, alfabeto e números facilitadoras da comunicação, que não foram necessárias durante o EC.

As angústias, os medos e as dúvidas estão presentes, tornando a família também vulnerável no processo de doença. A família sofre mudanças emocionais durante a hospitalização de um dos seus membros. Assim, importa conhecer o que perturba ou inquieta a família, evitando suposições ou ideias pré-concebidas (Mendes, 2015). Embora na maioria dos serviços de

emergência o cuidar seja direcionado quase exclusivamente para o doente crítico, é importante incluir a família neste processo (Perlini & Pilatto, 2008). Segundo Carneiro (2004) a família é o interlocutor primordial nas situações de doença crítica. O papel da família nos cuidados prestados ao cliente é importante tanto na tomada de decisão, quando o cliente não é capaz, como na manutenção do bem-estar.

A família tem sido considerada por alguns sectores, como um direito do cliente (Perlini & Pilatto, 2008). Neste sentido, a Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho, estabelece que “todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa” (p. 4467) , o que acontece diariamente no SUC do HSM. Já na UCI existe o horário de visita alargada (desde as 11 horas até às 21 horas, duas visitas por cliente) o que permitiu inúmeras experiências e o estabelecimento de relação de confiança com alguns familiares. A gestão das visitas em UCI, na maioria das instituições, processa-se em função da rotina e dinâmica de trabalho dos profissionais, secundarizando-se as preferências individuais de cliente e família (Farrell, Joseph, & Schwartz-barcott, 2005). A evidência reporta que as visitas ocasionam vantagens tanto para a PSC como para a sua família.

Ao longo dos EC, fui adaptando a comunicação na transmissão de informação à complexidade da situação clínica do cliente. Acima de tudo tenho sempre presente a preocupação de que posso dar mais de mim para o bem-estar do Outro, sendo que essa doação pode fixar-se nos “pequenos” pormenores que os profissionais podem descuidar, quer por falta de tempo, quer por falta de vontade.

É expectável que o Enfermeiro Especialista na sua competência do cuidar, preste cuidados de qualidade à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica mediante o conhecimento, a experiência, a reflexão *na e sobre* a prática clínica, a capacidade de gestão, de liderança, de relação e de empatia.

3.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Segundo a Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto, a catástrofe é definida como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de procurarem elevados prejuízos materiais, e eventualmente, vítimas, afetando as condições de vida e a economia do País (2015). A World Health Organization (WHO) (2007) complementa referindo que é qualquer acontecimento que cause estragos, desestabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de

saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização de auxílios vindos de fora da comunidade ou zona atingida.

Dado que a catástrofe não deve ser vista com um evento único, num determinado tempo, esta é dividida pela WHO & Internacional Council of Nurses (ICN) (2009) em três fases distintas designadas por pré-incidente, incidente e pós-incidente. A fase de pré incidente inclui as atividades destinadas a evitar ou reduzir o impacto potencial de uma catástrofe, bem como a preparação da comunidade para este fim. A fase do incidente corresponde às atividades desenvolvidas como resposta à emergência e catástrofe, e por última, a fase do pós incidente remete para a recuperação e reabilitação da comunidade envolvida. Já Braga (2011) divide a catástrofe em quatro fases distintas: mitigação/prevenção; preparação; resposta e recuperação/reabilitação. Na mitigação/prevenção estão incluídas as ações que o hospital se compromete a realizar com antecedência com o objetivo de minimizar os riscos, a gravidade e o impacto potencial de uma situação de emergência. A avaliação e análise das vulnerabilidades e riscos (internos/externos) de uma determinada região estão aqui implícitas. Na preparação estão incluídas as ações que o hospital se compromete a desenvolver e a envolver os profissionais de saúde na formação, exercícios de treino, educação/sensibilização da população. Na resposta estão incluídas as ações que o hospital implementa através de políticas, procedimentos e protocolos previamente definidos no intuito de atuar em situações de catástrofe. Por último, na recuperação/reabilitação estão incluídas as ações desenvolvidas após uma catástrofe para restaurar os serviços mínimos e objetivar uma recuperação a longo prazo.

As catástrofes, seja ela de origem natural ou Humana, e as ocorrências com um elevado número de vítimas são acontecimentos imprevisíveis que levam a uma procura súbita de cuidados médicos urgentes e que podem esgotar os recursos hospitalares. Assim, torna-se “fundamental que as Unidade de Saúde (...) planeiam, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência” (DGS, 2010c, p. 1).

Está estabelecido pelo Ministério da Saúde que “cada serviço de urgência deve ter um plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas, seguindo as orientações emanadas pela DGS” e que “deve ser do conhecimento de todos os profissionais do respetivo serviço, devendo ser realizada formação e exercícios de simulação periódica” (Despacho n.º 10319/2014, p. 20677).

O Plano de Emergência “engloba um conjunto de medidas, normas e regras de procedimentos, contendo atribuição de missões às forças interveniente e destinado a evitar ou a minimizar os efeitos de uma acidente grave, catástrofe ou calamidade” (Silva, 2011, p. 4). Neste sentido, como resposta às situações anteriormente descritas é necessário uma resposta adequada e atempada, uma eficaz e eficiente atuação na receção de múltiplas vítimas e na utilização dos recursos existentes (humanos e materiais), reduzindo a morbilidade e a mortalidade em situações inesperadas. Assim, durante o meu percurso tive a oportunidade de conhecer o ponto de situação referente aos Planos de Emergência de cada instituição:

No EC I, não havendo um Plano de Emergência externo atualizado tive a necessidade de me reunir com o Enfermeiro Chefe do SUC. Perante uma catástrofe, todo o funcionamento do Serviço de Urgência e cuidados de saúde noutras unidades funcionais ficam alterados havendo a necessidade de reajustes. Para além de haver uma reestruturação do SUC (área clínica e área não clínica), existe no SUC uma sala específica com todo o material de apoio preparado a ser usado em situações de catástrofe - identificadores para os profissionais de saúde, kit's de catástrofe constituídos por etiquetas de triagem, requisições de exames complementares de diagnóstico e folha de registos, carros de emergência preparados e iguais aos existentes nos outros sectores, roupa, sacos transportáveis de reanimação e de trauma no intuito de auxiliar as vítimas numa área não clínica, equipamentos de proteção necessários e adaptados a cada situação, plantas, entre outros equipamentos. Apesar de não haver um plano escrito e de fácil acesso, no CHULN para além do gabinete de catástrofe, existe anualmente uma reunião com todos os chefes de equipa a fim de relembrar ou reforçar os pontos estratégicos, e também anualmente um simulacro de uma situação real com vítimas e um tabletop (planta com bonecos) disponível a todos os colaboradores.

No EC II, tinha sido aprovado recentemente o “Plano Hospitalar Multivítimas” com a colaboração de alguns profissionais do Hospital da Luz. Sendo um plano bastante recente na instituição nem todos os profissionais de saúde tinham conhecimento da sua existência havendo a necessidade de me reunir com o Chefe da UCI a fim de o conhecer e realçar os pontos estratégicos do plano. Nesta unidade hospitalar, nunca foram realizados simulacros. Contudo, é com a realização de simulacros que se consegue testar tanto as capacidades dos profissionais de saúde como o plano de emergência hospitalar instituído (Ponte, 2013).

No EC III, o Plano de Emergência externo/catástrofe do CHULC tinha sido revisto e por isso não se encontrava acessível aos colaboradores da instituição. Apesar de desatualizado, tomei

conhecimento do plano antigo com o intuito de perceber a dinâmica, estruturação e os recursos disponíveis na resposta em situações de emergência e catástrofe. Sendo um plano descritivo, direcionado e fundamentado nos principais riscos da área geográfica que serve e nas capacidades de resposta, não evidencia a posição específica de cada profissional perante uma situação inesperada, originando dúvidas por parte dos envolvidos e exigindo formação específica a cada grupo profissional, de modo a tornar o plano em vigor mais operacional.

Os enfermeiros, como parte integrante dos sistemas de saúde, constituem a linha da frente e são considerados pelo ICN como intervenientes chaves em situações de catástrofe e emergência. São elementos importantes devido às habilidades de prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança e uma ampla gama de competências que podem ser aplicadas em diferentes cenários e situações de catástrofe (WHO & ICN 2009; Gebbie & Qureshi, 2002). Davies & Moran (2005) mencionam que os enfermeiros também são indispensáveis na prontidão em situações inesperadas e na resposta à recuperação a longo prazo a fim de lidar com consequências causadas por um evento.

Para Alfred et al. (2015) todos os enfermeiros devem demonstrar competências e um conjunto de habilidades de enfermagem de catástrofe. Neste sentido, os cursos de enfermagem nos Estados Unidos da América são complementados com o curso, *American Red Cross Disaster Health and Sheltering Course*, que tem como objetivo a consciencialização do papel do enfermeiro em situações de catástrofe e/ou emergência e o fornecimento de recursos facilitadores para atividades de simulação em sala de aula (Alfred et al., 2015). Por forma a colmatar esta ineficiente preparação, também outros autores sugerem a inclusão de formação em gestão de catástrofe na formação base de enfermagem (Al Thobaity, Plummer, Innes & Copnell, 2015; Labrague, Yboa, Mcenroe-Petitte, Lobrino & Brennan, 2016).

Os enfermeiros com cargos de liderança devem ser responsáveis pela existência de um plano escrito para as principais emergências e, que seja testado e treinado com regularidade, identificando e colmatando as falhas que possam existir (Gebbie & Qureshi, 2002). A aquisição e o desenvolvimento de competências nesta área, bem como uma adequada formação e treino dos enfermeiros, irá influenciar as suas intervenções, o seu desempenho e a sua capacidade de resposta aquando uma situação real (Labrague et al., 2016).

O enfermeiro deve conhecer a sua própria competência e deve ser capaz de adaptar essa competência nos diferentes contextos vivenciados (WHO & ICN 2009). Assim, em situações de catástrofe, o Enfermeiro Especialista deve demonstrar competências na conceção e

articulação dos planos de emergência e catástrofe até à sua revisão, planear respostas concretas e gerir cuidados perante pessoas em situações de emergência multivítima e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018). Também deve conhecer a sua função “sabe o que faz e “como fazê-lo” em situações de crise (Gebbie & Qureshi, 2002) e reconhecer a sua importância em todo o processo (DGS, 2010b).

O trabalho em equipa e a comunicação são essenciais durante todo o processo de catástrofe. Gebbie & Qureshi (2002) afirmam que é fundamental que o enfermeiro conheça os papéis de comunicação dos outros, além dos seus próprios, a fim de haver uma correta e eficaz corrente de informação. Nesta linha de pensamento, o Enfermeiro Especialista deve demonstrar conhecimentos na utilização de comunicações de emergência e na gestão da comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe (Regulamento n.º 429/2018).

O Enfermeiro Especialista assume uma posição muito exigente na rigorosa adequação das respostas em situações de emergência pelo conjunto de competências que são atingidas na área de enfermagem (competências ético-legal, deontológicas, gestão na prática de cuidados, procura da melhoria contínua e segurança do cliente, desenvolvimento da autodescoberta, autoconsciência e motivação e, a prática na instabilidade e identificação de situações diárias).

O crime e a violência são, nos dias de hoje, problemas atuais e que afetam a vida das pessoas em todo o mundo. Em Portugal, no ano de 2018 foram identificados 9.344 vítimas e 20.589 crimes e outras formas de violência conforme o Relatório Anual de Estatísticas da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2019).

A abordagem nas questões críticas alusivas à violência e ao seu trauma associado carece de uma equipa multidisciplinar que envolve profissionais dos cuidados de saúde e da justiça, tais como, médicos, enfermeiros, advogados, juizes, sociólogos, psicólogos, assistentes sociais, cientistas forenses, políticos e profissionais da justiça criminal (Gomes, 2019). O papel do enfermeiro tem ganho de forma gradual espaço e reconhecimento na área forense, devido ao fruto do seu saber, construído através da reflexão na e sobre a prática de cuidados, e das mudanças próprias da sociedade. É fundamental que o enfermeiro forense qualificado articule o conhecimento biomédico com os princípios básicos do direito e o comportamento humano (Lynch, 2011).

Na linha de frente, está o enfermeiro no posto de triagem do SUC que contacta pela primeira vez com a vítima, a fim de determinar aspetos forenses importantes aos cuidados de saúde na

investigação científica do trauma e/ou questões de morte, assim como questões relacionadas com o abuso, violência, atividade criminosa e acidentes traumáticos. Caso, os profissionais de saúde detenham pouca competência nesta área, os índices de abuso que geralmente são subtis e não verbais podem passar despercebidos e, assim não notificados/denunciados (Gomes, 2019). APAV (2019) refere que somente 47,8% das situações foi formalizada queixa/denúncia junto das entidades policiais. Geralmente as pessoas têm tanto medo que quando se deslocam a instituições de saúde por necessidade de assistência não descrevem verdadeiramente os factos aquando a apresentação da queixa principal, deixando escapar a oportunidade de iniciar processo crime.

No caso de violência física ou violência doméstica, o enfermeiro do SUC preenche um formulário que acompanha o cliente, e após a avaliação e registo pelo médico assistente é entregue ao gabinete que foi criado no CHULN para os casos de violência. Em relação às outras agressões, por exemplo, se for por arma de fogo, as mãos do profissional de saúde que recolhe a roupa e os pertences do cliente são envolvidas em envelopes e posteriormente guardados em sacos de papel até à chegada da polícia judiciária para avaliação e perícia por parte deles.

O reconhecimento e documentação de lesões relacionadas com o crime/abuso, a recolha e preservação de vestígios, a providência de exames minuciosos, a escuta ativa e o olhar preocupado com a segurança e bem-estar da vítima são algumas competências do enfermeiro forense. Para adicionar, o enfermeiro forense deverá assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem através do diagnóstico precoce de indícios de prática de crime na vítima ou meio envolvente; da preservação dos vestígios de indícios; e, do encaminhamento para entidades competentes na suspeita de crime (Regulamento n.º 429/2018).

Apesar de ser uma especialidade a conhecer melhor na prática, a literatura encontrada revela que o enfermeiro forense motivado e qualificado em princípios básicos e filosofias da ciência da enfermagem forense pode ser um ótimo recurso para o sistema de justiça criminal, para o hospital e/ou comunidade e, para a vítima e sua família.

3.3 MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

As IACS constituem um problema de saúde porque agravam o prognóstico da doença base, prolongando os internamentos, associando morbidade e aumentando a mortalidade tal como os custos (DGS, 2018). Sendo assim, as IACS são um problema de saúde pública que assumem cada vez maior importância e continuam a representar uma ameaça à segurança dos clientes e dos profissionais de saúde.

Esta competência no seu descritivo considera

“o risco de infeção face a múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19364).

A abordagem à PSC requer, na maioria das vezes, o uso de procedimentos invasivos que, se por um lado mantêm e são o suporte vital do cliente, por outro lado podem levar a um aumento significativo da ocorrência de IACS. Os procedimentos invasivos como a ventilação mecânica invasiva, a utilização de dispositivos intravasculares como os cateteres venosos centrais, cateteres arteriais, cateteres de hemodiafiltração, a imobilização no caso das vítimas politraumatizadas, entre outros, são riscos potenciais para o cliente.

Ao nível das unidades de saúde surge em 2013 o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) como estratégia de combate a este problema de saúde pública, na DGS e em ligação com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças e, como vetor na campanha de precauções básicas de controlo de infeção, no programa de apoio à prescrição antibiótica e na vigilância epidemiológica de IACS, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos (Despacho n.º 3844-A/2016). Apesar da estrutura de gestão do PPCIRA estar presente em quase todos os centros hospitalares, agrupamentos de centros de saúde e unidades de cuidados continuados, a prevenção e controlo de IACS carece de uma responsabilidade individual e coletiva.

Alguns estudos revelam que pelo menos 20% das IACS são provavelmente evitáveis (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010). Já o parecer n.º 06/2013 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2013) vem reforçar esta ideia, referindo que um terço das IACS podem ser evitáveis através da implementação de práticas seguras. O controlo e prevenção da IACS é intrínseco ao processo de cuidar e por isso, essencial na prática diária de todos os profissionais de saúde. Assim, é essencial que toda a equipa que presta cuidados ao cliente e que sustenta a dinâmica da unidade funcional tenha um papel ativo e sempre presente dos mecanismos de controlo de infeção. A higiene das mãos, o uso adequado de equipamentos de proteção individual, são alguns exemplos a ter em conta na redução de transmissão e de incidência de IACS. São medidas simples que exigem a responsabilidade e a mudança de comportamentos dos profissionais de saúde (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Para que, na área da prevenção e controlo de IACS se comece a evidenciar contornos de melhoria, é necessário considerá-la como um dever profissional e uma responsabilidade partilhada por todos os que prestam, direta ou indiretamente, cuidados de saúde. Neste contexto, a fim de sensibilizar e dinamizar os pares para questões de prevenção e controlo de IACS, surge através do PPCIRA, os elos de ligação, que podem ser formados por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais de cada unidade funcional.

O enfermeiro que integra a equipa do GCL-PPCIRA deve ter formação específica avançada em pós-graduação ou mestrado em Prevenção e Controlo das IACS, especialidade que desenvolva curriculum académico e profissional neste âmbito, experiência profissional nesta área e adicionalmente competência acrescida em gestão (Regulamento n.º 743/2019). Situação verificada e validada com a enfermeira orientadora do EC III.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, urge a prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados como um enunciado descritivo e no qual o enfermeiro deve adquirir competências e nortear a sua intervenção (Regulamento n.º 361/2015). Neste sentido, o Enfermeiro Especialista deve participar na conceção e na definição de estratégias de um plano de prevenção e controlo de infeção a implementar na sua unidade funcional e, deve liderar e capacitar profissionais de saúde para a consciencialização da importância, cumprimento e respeito pelas regras de prevenção e controlo da IACS em meio hospitalar.

Complementaridade, durante o estágio no SUC tive oportunidade de transmitir conhecimentos através da sessão de formação “A utilização do implantofix no serviço de urgência - cuidados de enfermagem inerentes à sua manipulação” com o intuito de prevenir e/ou reduzir IACS nos clientes mais suscetíveis a tal.

Perante assuntos, técnicas e situações para as quais não tinha conhecimentos necessários para uma atuação responsável e um cuidar competente, o estudo e a pesquisa bibliográfica foram cruciais e complementares ao EC. Para Watson (2005, p. 63) a “teoria e a prática vivem juntas, cada uma a documentar a outra”. Assim, por forma a reduzir as implicações das IACS e o seu impacto quer nos clientes, quer nas unidades funcionais e na comunidade pesquisei as bundles nas diferentes áreas de intervenção, implementadas pela DGS - “feixe de intervenções” - de prevenção de pneumonia associada à intubação; de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical; de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central; de prevenção de infeção de local cirúrgico. O cumprimento de medidas simples (bundle) na prevenção das infeções descritas anteriormente representam um grande desafio à prática de enfermagem.

A *Pneumonia Associada à Ventilação* (PAV) é a causa mais frequente de IACS na UCI e, de acordo com o inquérito de prevalência de infeção de âmbito Nacional, referente ao ano 2017, a densidade de incidência de PAV por 1000 dias de intubação é 6,6% (DGS, 2018). A PSC submetida a ventilação mecânica invasiva requer do Enfermeiro Especialista competências específicas que integram um conjunto de mecanismos e estratégias preventivas e educativas, por forma, a prevenir e minimizar complicações.

Das várias estratégias de prevenção da PAV baseadas na evidência e retratadas no “feixe de intervenções” implementada pela DGS (2017c) destaco à higienização da cavidade oral. Na minha prática clínica diária, a realização da higiene oral nestes clientes era unicamente passar com a espátula embebida com clorohexidina a 0,2%, na cavidade oral, pelo menos uma vez no turno. O EC na UCI da Luz permitiu a visualização deste cuidado de enfermagem de maneira diferente, ou seja, a realização da cavidade oral não passa unicamente pela passagem da espátula mas pela “escovagem dos dentes”. Sedwick, Lance-smith, Reeder e Nardi (2012) referem que a diminuição da produção de saliva, a impossibilidade de mastigação e a alteração da flora oral pelo internamento superior a 48 horas em UCI, vai promover a colonização de microrganismos patogénicos na placa dentária e na mucosa oral, aumentando assim o risco de desenvolver PAV. A higiene oral adequada é um método imprescindível e de

baixo custo, que integra um conjunto de medidas de prevenção (*bundles*) da PAV a fim de melhorar os cuidados prestados bem como o prognóstico da PSC.

A *Infeção do Trato Urinário* (ITU) de acordo com os dados da National Healthcare Safety Network (NHSN) é a mais frequente IACS, correspondendo a 30% das infeções relatadas (Gould et al., 2017). No inquérito de prevalência de infeção de âmbito Nacional, referente ao ano 2017, a ITU é retratada em 24,27% (DGS, 2018). Na maioria destas infeções adquiridas em meio hospitalar, cerca de 80% estão associados à manipulação do aparelho urinário, especialmente no cateterismo vesical (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004; Lo et al., 2014). Painter & Ferguson (2009, p. 95) reportam que o recurso a cateterismo vesical se tornou “comum, sem o pensamento crítico dos processos e riscos infecciosos”. A frequência, o tempo de permanência e o uso indesejável de cateteres urinários determinam assim o risco de infeção (Maxwell, Murphy, & Mcgettigan, 2018; Painter & Ferguson, 2009; Patrizzi, Fasnacht, & Manno, 2009).

Estima-se que até 69% da ITU pode ser prevenida com adequadas medidas de prevenção e de controlo de infeção (Gould et al., 2017). Na prevenção da ITU é importante que o Enfermeiro Especialista assume uma postura crítica e avalie de forma sistemática a necessidade de cateterismo vesical e documente no processo clínico do cliente a sua razão de manutenção (DGS, 2017b; Gould et al., 2017; Lo et al., 2014). O envio regular de informação e retorno aos profissionais implicados, a atualização constante baseada em evidências e a operacionalização de uma cultura de discussão e planeamento de cuidados são possíveis estratégias na prevenção e controlo desta infeção (Pina et al., 2010).

Durante o EC III, e por forma a complementar este domínio, no âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), participei ativamente em várias reuniões que se integram no Plano Nacional Único para a uniformização de registos orientadores da prática e assim, colaborei na elaboração do documento orientador de registos - “Prevenção de infeção associado ao cateter urinário”.

Em relação aos *Cateteres Vasculares* (*cateter venoso central (CVC)*), a incidência de Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea por 1000 dias de internamento tem vindo a reduzir (DGS, 2018). Nesta linha de pensamento, pressupõe-se que as recomendações específicas implementadas pela DGS (2015d) na colocação e na manutenção do CVC estão a ser cumpridas de forma mais precisa possível. A VE no âmbito da infeção nosocomial da

corrente sanguínea é uma atividade desenvolvida pelo GCL-PPCIRA e que não foi realizada por falta de oportunidade.

Por último, e apesar da cirurgia cardíaca e torácica não estarem englobadas no programa de vigilância da *Infeção do Local Cirúrgico*, as intervenções delineadas baseadas em conjuntos de medidas de prevenção implementadas pela DGS (2015c) são aplicadas de forma coordenada e acompanhadas por sensibilização e formação dos profissionais de saúde do meu serviço.

Face ao exposto, verifiquei que na UCI as bundles são cumpridas de forma criteriosamente ao contrário no SUC, que apesar de cumprirem a técnica assética na sua manipulação não implementam o conjunto de todas as intervenções necessárias a um melhor resultado.

Independentemente de ser conhecido ou não o estado infeccioso do cliente, a DGS como estratégia de primeira linha na prevenção e controlo de IACS cria a Norma 029/2012 - PBCI, composta por 10 itens, que devem ser cumpridas sistematicamente por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde (DGS, 2013). Embora as instituições de saúde, CHULN, CHULC e Hospital da Luz, preconizem o cumprimento desta Norma, ainda agora persistem problemas quer na adesão ao rigor normativo, quer às boas práticas mas principalmente à colocação do cliente em consequência das estruturas físicas existentes.

Na admissão à unidade Hospitalar da Luz (EC II), todos os clientes internados ficam sujeitos ao preenchimento de um inquérito epidemiológico de admissão pela equipa médica. Este inquérito para além de permitir avaliar o risco epidemiológico em termos de controlo de infeção, permite gerar automaticamente a entrada de um cliente em isolamento e assim implementar medidas precoces na unidade funcional. Assim, a fim de prevenir infeções cruzadas, nesta UCI, cada enfermeiro fica responsável apenas por clientes em isolamento ou apenas por clientes que não necessitam de isolamento.

Uma vez que as estirpes de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) constituem um dos problemas graves no âmbito da infeção hospitalar, são também realizadas nesta unidade de saúde zaragoas das fossas nasais e da região perianal para rastreio séptico aos clientes transferidos de outras unidades hospitalares com internamento superior a 48 horas, uso de antibióticos e/ou internamento nos últimos seis meses, hemodiálise, internamento em lar/residência de idosos ou unidade de cuidados continuados, presença de dispositivos invasivos, presença de feridas crónicas e colonizadas por MRSA (DGS, 2015d).

Contudo, esta prática de cuidados não se realiza no CHULN nem no CHULC da mesma maneira. No CHULC as zaragoas para despiste de “microrganismos problema” são apenas realizadas aos clientes internados na Unidade de Urgência Médica, não se verificando a sua realização no SUC.

O GCL-PPIRA no âmbito da prevenção e controlo de IACS é também responsável pela VE de microrganismos alerta e microrganismo problema (multirresistentes e considerados epidemiologicamente significativos), através da colheita de dados da patologia clínica microbiológica que diariamente são emitidos pelo laboratório e à qual tive oportunidade em colaborar. A VE é uma das principais ferramentas no controlo de IACS – baseia-se na recolha, registo, análise e interpretação de dados e indicadores por unidade hospitalar, no sentido de reduzir a incidência de infeção. Efetivamente, também a DGS (2008, p. 10) refere que o programa de VE deve “incidir nos clientes de maior risco para adquirir a IACS, nas infeções mais graves e nas que se sabe serem evitáveis e deve incluir a análise da dimensão da infeção e dos custos”. A identificação de microrganismos multirresistentes exige uma notificação que é conducente ao plano de cuidados e que se vai reformulando de acordo com as necessidades individuais do cliente. Nestas unidades hospitalares, que estruturalmente, alocam os clientes por enfermaria, este cuidado assume a maior relevância uma vez que, a partir da identificação destes achados, se poderão estabelecer para além das PBCI as medidas de isolamento baseadas nas vias de transmissão do agente microbiológico e/ou infeccioso.

Para complementar e facilitar a colocação do cliente e/ou tipo de isolamento a ser instituído, o GCL-PPCIRA tem em mãos o Projeto de Avaliação de Risco de Infeção. Este projeto, de acordo com o procedimento multisectorial- CIRA 116 (2016, p. 3) é o “primeiro passo para o planeamento, implementação e avaliação de medidas de prevenção e controlo de IACS” que “deve ser efetuada, antes da interação com o doente ou com o seu ambiente envolvente” e concluída “até às 24 horas de internamento”. Deste projeto está a emergir um mapa de ocupação que através da arquitetura da unidade funcional é possível direcionar as intervenções individuais para a colocação do cliente que é fundamental na redução de transmissão cruzada de infeção e no planeamento de prioridades de atuação.

Sabendo que a estrutura física das unidades funcionais mais antigas não permite o cumprimento total e rigoroso de recomendações, torna-se fundamental encontrar soluções que minimizam a transmissão das infeções. Assim, deve ser prática corrente de cuidados o uso de PBCI em função do nível de interação e do grau de exposição previsto (DGS, 2013). Para

complementar e valorizar o meu conhecimento nesta área, bem como procurar a mudança e a excelência nas aprendizagens e nos cuidados, frequentei com formanda e como formadora na sessão de formação “Precauções Básicas de Controlo de Infeção”. E como formanda, na sessão de formação “Microrganismos Multirresistentes”.

A segurança dos clientes não pode ser comprometida, assim, a fim de prevenir infeções cruzadas entre cliente e visita/família/pessoa significativa ou vice-versa, existe a necessidade de capacitar a população civil na tomada de decisão nos processos de cuidados de saúde. Desta forma, surge no CHULC o inovador projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”, que o GCL-PPCIRA abraçou com a realização de uma ação de formação à população da Junta de Freguesia de Arroios. No relatório “Literacia em Saúde em Portugal” publicado pela Fundação Calouste Gulbenkian (2016) Portugal em comparação com outros países da UE incluídos no estudo apresenta uma taxa de 49% de pessoas com níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos. Este projeto assume-se assim um desafio para os profissionais de saúde, para o GCL-PPCIRA e para mim, mas também, construtivo ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos.

O que também pode conduzir a um aumento significativo de ocorrência de IACS é a má prática na higiene das mãos. A *higiene das mãos* por parte dos profissionais de saúde é a estratégia mais simples, mais eficiente e mais económica na prevenção e controlo de IACS (DGS, 2018). E, apesar de haver gabinete PPCIRA em todas as unidades hospitalares, é dever do profissional adotar boa prática e cultura de segurança.

Os dados publicados pela DGS (2018) evidenciam um aumento na monitorização da higiene das mãos por parte das unidades de saúde. Relativamente ao modelo conceptual dos “cinco momentos” propostos pela Organização Mundial da Saúde e publicados pela DGS (2010b), o mesmo relatório demonstra um aumento do cumprimento de boas práticas de higiene das mãos “antes do contato com o doente”, “após contacto com o doente” e “após contato com o ambiente envolvente ao doente” e uma redução do cumprimento no “antes de procedimentos limpos/assépticos” e “após risco de exposição a fluidos orgânicos”. O que poderá estar a contribuir para a inversão das taxas na adesão a esta prática?

Nos diferentes EC existem aspetos facilitadores para adesão à higiene das mãos. Isto é, em todos os locais de prestação de cuidados, à entrada ou mesmo dentro da unidade do cliente/salas como no SUC, existem soluções antissépticas de base alcoólica e/ou lavatórios. Assim, o sucesso da prevenção e controlo de IACS só se alcança com o envolvimento de

todos os profissionais, desde os gestores aos prestadores de cuidados, visitas, clientes e voluntários. Para complementar esta temática frequentei o “Curso de observações no âmbito da Higiene das Mãos”. E, o qual tive a oportunidade de colocar em prática numa unidade funcional do HSJ, registando os dados recolhidos por observação, nos formulários próprios e nas base de dados online da DGS.

É expectável que o Enfermeiro Especialista cumpra os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de IACS baseados nas precauções básicas e nas vias de transmissão, monitorize e avalie as medidas implementadas e seja uma referência positiva para a equipa da sua unidade funcional a fim de garantir a excelência dos cuidados e a segurança dos clientes, da família e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A aquisição de competências passa pela construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzem à mudança na prática, respeitando sempre os princípios Éticos e Deontológicos inerentes à profissão, na busca pela excelência na qualidade dos cuidados diferenciados à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Apesar do “desconhecido” inicial sobre os diferentes campos de estágio, no fim deste longo percurso, posso afirmar que foi sem dúvida uma mais valia no desenvolvimento de novas competências, no crescimento pessoal e profissional, e na motivação pela mudança. As emoções parecem dar cor e sabor a quem se encontra motivado aprender (Fleury & Fleury, 2001).

A participação ativa do enfermeiro nas equipas multidisciplinares deve ser constante na prática clínica e este deve questionar o processo de cuidados de enfermagem antes de planear, intervir e avaliar os cuidados inerentes. O processo de cuidar deve sempre atingir níveis de excelência e preferencialmente em parceria com o cliente e sua família.

A responsabilidade, o profissionalismo, o rigor, a reflexão, a análise crítica, a iniciativa, a tomada de decisão, a motivação e a partilha estiveram sempre presentes no meu desempenho. De todas as aprendizagens adquiridas espero adaptar e aplicar no meu contexto de trabalho, bem como fazer a diferença no processo de melhoria de cuidados. A pedagogia crítica-reflexiva *na e sobre* a prática de cuidados favorece a transformação do profissional de saúde, estimulando-o a refletir e a modificar a sua atuação perante situações de instabilidade e/ou risco de falência orgânica.

A gestão do tempo, tendo em conta as adversidades da minha vida pessoal, foi a dificuldade mais sentida na realização do presente relatório.

Encaro este percurso como o começo de outro, carregada de responsabilidade e oportunidades de aprendizagem que ficam para toda a vida, de empenho e procura constante de saber, em que o lema será “o que aprendi hoje, não chega para amanhã”.

No futuro próximo espero exercer uma enfermagem mais diferenciada, especializada e consciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos. Que parcerias para a excelência em saúde?* (Formasau). Coimbra.
- Al Thobaity, A., Plummer, V., Innes, K., & Copnell, B. (2015). Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(3), 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.001>
- Alderson, S. M., & McKechnie, S. R. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU— Causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3(1), 108–113. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.31014>
- Alfred, D., Chilton, J., Connor, D., Deal, B., Fountain, R., Hensarling, J., & Klotz, L. (2015). Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.001>
- Alves, M. de F. T., Carvalho, D. S., & Albuquerque, G. S. C. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Apóstolo, J. L. A. (2009, Março). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II(9), 61–67.
- Aslakson, R. A., Wyskiel, R., Shaeffer, D., Zyra, M., Ahuja, N., Nelson, J. E., & Pronovost, P. J. (2010). Surgical intensive care unit clinician estimates of the adequacy of communication regarding patient prognosis. *Critical Care*, 14(6), 1–8. <https://doi.org/10.1186/cc9346>
- Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Seattle: International Association for the Study of Pain. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp_guia.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2019). *Relatório Anual de Estatísticas da APAV 2018*. Lisboa. Obtido de https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf
- Beltrami, F. G., Nguyen, X. L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(6), 539–546. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto). Coimbra.
- Benner, Patricia., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. Project Gutenberg.
- Borghardt, A. T., Prado, T. N. do, Araújo, T. M. de, Rogenski, N. M. B., & Bringuento, M. E. de O. (2015). Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 28–35.

<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2521>

- Braga, G. (2011). *BIOTERRORISMO: Proposta de um Plano de Contingência Hospitalar a Implementar Face a uma Ameaça*. Universidade do Porto. Tese de Mestrado. Obtido de [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50109/2/TESE Bioterrorismo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50109/2/TESE%20Bioterrorismo.pdf)
- Carneiro, A. V. (2004). A comunicação clínica no contexto de doença aguda. Em *Comunicar na Clínica, na Educação, na Investigação e no Ensino* (pp. 81–88). Lisboa: Climepsi Editores.
- Carpenter, R., & Carpenter, A. (2003). O Ambiente dos Cuidados Críticos. Em W. Phipps, J. Sands, & M. Jane (Eds.), *Enfermagem Médico - Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6^a ed, p. 637). Lusociência.
- Cerullo, J., & Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>
- Cielo, C., Camponogara, S., & Pillon, R. (2013). A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência : relato de experiência. *Journal of Nursing and Health*, 3(2), 204–212.
- Correia, M. B. (2002, Maio). A Reflexão Crítica como Prática Formativa. *Revista Sinais Vitais*, 60–63.
- Costa, S. V. da, & Ceolim, M. F. (2013). Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 46–52. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000100006>
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human resources for health*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>
- Cunha, S., Brito, M., & Siman, A. (2017). A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51:e03243. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
- Daly, B. J., Douglas, S. L., O’Toole, E., Gordon, N. H., Hejal, R., Peerless, J., ... Hickman, R. (2010). Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. *Chest*, 138(6), 1340–1348. <https://doi.org/10.1378/chest.10-0292>
- Davies, K., & Moran, L. (2005). Nurses need advanced skills in disaster health care. *British Journal of Nursing*, 14(4), 2005.
- Decreto-Lei n.º161/96 de 4 Setembro - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, Diário da República, 1^a Série A, N.º 205 (1996). Lisboa.
- Despacho n.º 10319/2014, Diário da República, 2.^a série, N.º 153 (2014). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 13427/2015, Diário da República, 2.^a série, N.º 228 (2015). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República, 2.^a série, N.º 28 (2015).
- Despacho n.º 15423/2013, Diário da República, 2.^a série, N.º 229, 34563 (2013). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 3635/2013, Diário da República, 2.^a série, N.º 47 (2013). Lisboa: Ministério da

Saúde.

Despacho n.º 3844-A/2016, Diário da República, 2.ª Série, N.º 52 (2016). Lisboa: Ministério da Saúde.

Dias, J. M. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

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

Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde (s/d). Carta dos direitos do Doente Internado. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2003a). *A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa: Nº 09/DGCG de 2003*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2003b). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI)*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Manual de operacionalização*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO - Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS)*. Lisboa: DGS

Direção-Geral de Saúde. (2010b). *Circular Normativa n.º 13 - Orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*, de 14 de Junho de 2010. Obtido de file:///C:/Users/tomane/Downloads/i013077.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2010c). *Guia Geral para elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012 de 28/11/2012 atualizada em 31/10/2013 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 015/2014. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma n.º 020/2015 de 15/12/2015 - «Feixe de Intervenções» de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma n.º 022/2015 de 16/12/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Norma n.º 014/2015 - Medicamentos de Alerta Máximo*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015d). *Norma n.º 018/2014 - Prevenção e Controlo de Colonização por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, atualizado a 27 de Abril de 2015*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2015e). *Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 atualizada em 04/11/2015. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Lisboa:

DGS.

- Direção-Geral da Saúde. (2015f). *Orientação n.º 014/2015 - Processo de Gestão da Medicação*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Norma n.º 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017- Via Verde Sépsis no Adulto*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Norma n.º. 021/2015 atualizada a 30/05/2017 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário*. Lisboa: DGS.
- Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005. (2005). *Jornal Oficial da União Europeia*, 1–255. Obtido de http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/9CD419F6-7CFB-4A90-AB05-56A43110E354/3027/Directiva36_2005.pdf
- Elliott, R., McKinley, S., & Cistulli, P. (2011). The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 384–400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.006>
- Espanha, R., Mendes, R. V., & Fernandes, J. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ESSLei. (2018). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Obtido de <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elaboração-de-trabalhos-académicos-ESSLei-2018.pdf>
- Farrell, M. E., Joseph, D. H., & Schwartz-barcott, D. (2005). Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance among Patient, Visitor and Staff Needs. *Nursing Forum*, 40(1), 18–28. <https://doi.org/ISSN 1744-6198>
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. de F. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20. Obtido de <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>
- Fleury, L. T. M. ., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competências. *Rac*, 183–196.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª Edição). Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem Prática*. Lidel.
- Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem : operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(III), 171–178.
- Gebbie, K. M., & Qureshi, K. (2002). Emergency and Disaster Preparedness: Core

- Competencies for Nurses. *American Journal of Nursing*, 102(1), 46–51.
- Gomes, A. (2019, Janeiro). Enfermagem Forense: Mudanças recentes e questões atuais. *Nursing Edição Portuguesa*. Obtido de <https://www.nursing.pt/enfermagem-forense-mudancas-recentes-e-questoes-actuais/>
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Tese de Doutoramento apresentada no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Gomes, M., & Diz, E. (2008, Agosto). Causas de erro na medicação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5–14. Obtido de <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/2836#>
- Gould, C., Umscheid, C., Agarwal, R., Kuntz, G., Pegues, D., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2017). Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009. Obtido 15 de Janeiro de 2019, de <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeção e de Resistência aos Antimicrobianos. (2018). Regulamento. Lisboa.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- INEM. (2019). INEM encaminhou 3.496 doentes para a Via Verde do AVC. Obtido 17 de Março de 2020, de <https://www.inem.pt/2019/04/01/inem-encaminhou-3-496-doentes-para-a-via-verde-do-avc/>
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2004). Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário - Algaliação de curta duração. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Júnior, G., Carvalho, J., Filho, A., Malzone, D., & Pedersoli, C. (2007). Transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Simpósio: Cirurgia de Urgência e Trauma. 2ª parte*, 40(4), 500–508. Obtido de http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n4/2_transporte_intrahospitalar_paciente_critico.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.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. Em S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2ª, pp. 254–272). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Labrague, L. J., Yboa, B. C., Mcenroe-Petitte, D. M., Lobrino, L. R., & Brennan, M. G. B. (2016). Disaster Preparedness in Philippine Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 98–105. <https://doi.org/10.1111/jnu.12186>
- Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2013). Basic competence in intensive and critical care nursing: Development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 799–810. <https://doi.org/10.1111/jocn.12057>
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Lei n.º 156/2015 - Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 16 de Setembro

- de 2015, Diário da República, 1.^a série, N.º 181 (2015). Lisboa. Obtido de <https://dre.pt>
- Lei n.º 27/2002, Diário da República, 1.^a Série-A, n.º 258 (2002). Lisboa. Obtido de <https://dre.pt>
- Lei n.º 33/2009, Diário da República, I Série, n.º 134 (2009). Lisboa. Obtido de <https://dre.pt>
- Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto de 2015. Diário da República. 1.^a série, N.º 149 (2015). Lisboa. Obtido de <https://dre.pt>
- Lo, E., Nicolle, L. E., Mph, S. E. C., Gould, C., Mph, L. L. M., Meddings, J., ... Gould, C. (2014). Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(5). <https://doi.org/10.1086/675718>
- Locsin. (2001). *Advancing Technology, Caring and Nursing*. United States of America: Auburn House.
- Locsin, R. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences Vol.*, 7(1), 1–6.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1017–1038. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009>
- Lynch, V. A. (2011). Forensic nursing science: Global Strategies in health and justice. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*. (Second Edi). Forensic Medicine Authority. Obtido de http://encore.unisa.ac.za/iii/encore/record/C__Rb2386622__SPsychologicalAssessmentinSouthAfricancontext__Orightresult__U__X1__T?lang=eng&suite=cobalt
- Maxwell, M., Murphy, K., & Mcgettigan, M. (2018). Changing ICU culture to reduce catheter-associated urinary tract infections. *Canadian Journal of Infection Control*, 33(1), 39–43.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1054/icc.2002.1611>
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos. Desalojar o desassossego que vive em si*. Lisboa: Lusodidacta.
- Meneguim, S. Alegre, P. and Luppi, C. (2014). Characterization of the intrahospital transport of critically ill patients. *Acta Paul Enferm*, 27(2), 115–119. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400021>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2013). *Parecer n.º 06/2013 - Programa Prevenção e Controlo de Infecções, Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018a). *Parecer n.º 14/2018 - Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na sala de Reanimação - Posto de trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência*. Lisboa.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018b). *Parecer N.º 15/2018 - Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva*. Lisboa.

- Miranda, D., Nap, R., De Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., Abizanda, R., ... Zimmerman, J. E. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Moreno, M. C. (2014). Segurança do Paciente não é só para hospitais. *Meio de Cultura Hospitalar*, 55, 18–19.
- Moreno, R. (2000). *Gestão e organização em Medicina Intensiva*. Portugal: Permanyer Portugal.
- Neves, M. (2005). Intervenções de Enfermagem – razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. *Pensar Enfermagem*, 9(2), 2–13.
- Nichiata, L., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F., & Fracolli, L. A. (2008). A utilização do conceito «vulnerabilidade» pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5).
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Novaretti, M. C. Z., Santos, E. de V., Quitério, L. M., & Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 692–699. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Comunicação no Painel: Centralidade dos cuidados de enfermagem nas práticas. Obtido 13 de Fevereiro de 2020, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II Congresso 2006/IICon%0Ag_ComLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICon%0Ag_ComLN.pdf)
- Oliveira, C. (2013). Conforto e bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2–8.
- Oliveira, L. (2009, Novembro). As competências e os novos paradigmas. *Revista Sinais Vitais*, 87, 50–57.
- Oliveira, L. S., Macedo, M. P., Silva, S. A. M. da, Oliveira, A. P. de F., & Santos, V. S. (2019). Pain assessment in critical patients using the Behavioral Pain Scale. *Brazilian Journal Of Pain*, 2(2), 112–116. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190021>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Parecer n.º 136/2007. Delegação - Tomada de posição. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de Boa Prática*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Cerimónia de Vinculação à Profissão aconteceu no Grande Auditório do Fórum da Maia no passado dia 20 de setembro. Obtido 26 de Abril de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Atribuição de tempo para a passagem de turno. *Parecer n.º 61/2017*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Médicos. (2017b). Juramento de Hipócrates. Obtido 24 de Abril de 2019, de

- http://ordendosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Juramento_de_Hipócrates.pdf
Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos. Recomendações* (Centro Edi). Obtido de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Padilha, K. G., de Sousa, R. M. C., Garcia, P. C., Bento, S. T., Finardi, E. M., & Hatarashi, R. H. K. (2010). Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.002>
- Padilha, K. G., Stafseth, S., Solms, D., Hoogendoom, M., Monge, F. J. C., Gomaa, O. H., ... Miranda, D. D. R. (2015). Nursing activities score: An updated guideline for its application in the intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(SpecialIssue), 131–137. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700019>
- Painter, J., & Ferguson, D. (2009). Changes Within the Clinical Culture of Care to Reduce Foley Catheter Utilization and Related UTIs. Em *2009 NACNS National Conference Abstracts*. (Vol. 23, pp. 93–111). St Louis, Missouri.
- Paixão, H., & Monteiro, R. (2009, Novembro). Formação em Serviço das motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional. *Revista Sinais Vitais*.
- Patrizzi, K., Fasnacht, A., & Manno, M. (2009). A Collaborative, Nurse-Driven Initiative to Reduce Hospital-Acquired Urinary Tract Infections. *Journal of Emergency Nursing*, 35(6), 536–539. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.04.017>
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>
- Perlini, N. M. O., & Pilatto, M. T. S. (2008). Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10(3), 721–732.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27–39. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=57956184&site=eds-live>
- Pires, A., & Goes, A. (2008). Cuidar: Um conceito central em enfermagem. *Servir*, 56 (5), 184–188.
- Pisani, M. A., Friese, R. S., Gehlbach, B. K., Schwab, R. J., Weinhouse, G. L., & Jones, S. F. (2015). Sleep in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(7), 731–738. <https://doi.org/10.1164/rccm.201411-2099CI>
- PM-CIRA 116 - Avaliação do risco de infeção no doente internado. (2016). Lisboa: CHULC
- Pontes, B., & et. al. (2008). *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM*. Barcarena: Universidade Altântica: Trabalho final de Pós- graduação em Urgência e Emergência orientado por Alexandre Tomás.
- Ponte, S. (2013, Fevereiro). Preparados para uma Catástrofe? - Conhecimento dos Enfermeiros de Urgência sobre os planos de Emergência. *Revista Sinais Vitais*, 21–26.

- Potra, T. M. F. dos S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem*. Tese de doutoramento, Enfermagem, Universidade de Lisboa.
- Pupulim, J., & Sawada, N. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(3), 433–438. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300018>
- Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 1018–1025. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004>
- Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2011). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35. Lisboa.
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 26. Lisboa
- Regulamento n.º 361/2015 - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2015). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 123. Lisboa
- Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Preâmbulo. (2018). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 135. Lisboa.
- Regulamento n.º 533/2014 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2014). *Diário da República*, 2ª Série, N.º 233. Lisboa.
- Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). *Diário da República*, 2ª Série, N.º 184. Lisboa
- Sabino, L., Brasil, D., Caetano, J., Santos, M., & Alves, M. (2016). Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: Análise de conceito. *Aquichan*, 16(2), 230–239. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>
- Salgueiro, A. (1999, Fevereiro). Qualidade total e organização qualificante - papel estratégico da formação. *Nursing*.
- Sedwick, M. B., Lance-smith, M., Reeder, S., & Nardi, J. (2012, Agosto). Using evidence-based practice to reduce ventilator associated pneumonia. *Critical Care Nurse*, 32(4), 7. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009816547&lang=es&site=ehost-live>
- Segura, S. M. R., Blanco, J. P., Vega, M. E. G., & Verzonis, N. M. (2015). Application of the prognostic system TISS-28 in wards of attention to the serious. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 14(1), 1–19. Obtido de http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/85/html_7
- Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 6(1), 2–10. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00202.x>
- Silva, A. (2011). Catástrofes naturais em Saúde Pública – Impacto e planos de Emergência

- (Caso de Estudo: São Miguel, Açores). Dissertação de Mestre em Saúde Pública, Área de Especialização em Promoção e Proteção da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública.
- Silveira, D., Fabiani Bock, L., & Franco da Silva, E. (2012). Quality of Sleep in intensive Care Units: A Literature Review. *Journal of Nursing*, 6(4), 883–890.
<https://doi.org/10.5205/reuol.2226-17588-1-LE.0604201226>
- Simões, J., & Garrido, A. (2007). Finalidade Das Estratégias De Supervisão Utilizadas Em Ensino Clínico De Enfermagem. *Out-Dez*, 16(4), 599–608.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400003>
- Sismeiro, A., Barbosa, E., Vieira, L., & Crespo, R. (2015). Comunicação do doente impossibilitado de falar na UCI - revisão bibliográfica. *ESSUA*, 1–14.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2629.8640>
- Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, Vol.19, 309–318.
- Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática* (4ª Edição). Loures: Lusociência.
- Teixeira, J., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na Pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(IV), 135–142.
<https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Tembo, A. C., & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 314–322.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.07.002>
- Tembo, A. C., Parker, V., & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care patients: Findings from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(6), 310–316.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.05.003>
- Waldow, V., & Borges, R. (2008). O processo de cuidar sob a perspectiva da Vulnerabilidade. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(4), 69–92. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_18.pdf
- Watson, J. (2005). O Pensamento Transformativo e um Curriculum de Cuidar. Em O. Bevis & J. Watson (Eds.), *Rumo a um Curriculum de Cuidar. Uma nova pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization. (2007). Mass casualty management systems - strategies and guidelines for building health sector capacity. Obtido de <http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/en/index.html>
- World Health Organization, & International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies*. Geneva: WHO & ICN. Obtido de http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1

**PARTE II - INSTRUMENTOS PARA AVALIAR A QUALIDADE DO SONO
NA PESSOA ADULTA INTERNADA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA
LITERATURA**

RESUMO

Objetivos: Identificar instrumentos de medida disponíveis para avaliação da qualidade do sono na pessoa adulta internada, e identificar quais são os mais válidos e mais fiáveis instrumentos de medida disponíveis para avaliação do sono na pessoa adulta internada.

Questão de investigação: Quais são as propriedades avaliadas pelos instrumentos de medida disponíveis para avaliação da qualidade do sono na população adulta internada? Quais são os mais válidos e mais fiáveis instrumentos de medida disponíveis para avaliação do sono na pessoa adulta internada?

Resultados: Após a pesquisa, conhecem-se os seguintes instrumentos de avaliação da qualidade do sono na pessoa internada: as escalas Visuais Análogas de Sono (EVA-Sono) e o questionário de sono Richards-Campbell (RCSQ).

Conclusão: A análise das propriedades psicométricas dos instrumentos apresentados foram positivas. Estes instrumentos revelam-se contributos, favorecendo não só a importância de abordar o tema da qualidade do sono na pessoa internada, a necessidade de adaptar os instrumentos às realidades culturais e profissionais envolvidos, mas também à sua utilização em investigações futuras.

Palavras-Chave: Qualidade do sono, Adulto, Instrumentos; Propriedades Psicométricas.

ABSTRACT

Goals: To identify the measuring instruments available to assess the sleep quality in the hospitalized adult person, and to identify those with the highest validity and reliability.

Research question: What are the properties assessed by the available measuring instruments to assess the sleep quality in the hospitalized adult person? Which are the available measuring instruments with the highest validity and reliability to assess the sleep quality of the hospitalized adult person?

Results: Upon research, we have found the following measuring instruments to assess the sleep quality in the hospitalized person: The Visual Analog Sleep Scales (EVA – Sono) and the Richards–Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ).

Conclusion: The analysis of the psychometric qualities of the presented instruments was positive. These instruments have revealed themselves to be contributions, supporting not only the importance of approaching the theme of the sleep quality in the hospitalized person, and the necessity to adapt the instruments to the cultural and professional realities involved, but also that of its use in future investigations.

Keywords: Sleep Quality, Adult, Instruments; Psychometrics Properties.

1. INTRODUÇÃO

Os seres humanos têm variadas necessidades, sendo o sono um imperativo fisiológico (Doğan, Ertekin, & Doğan, 2005). Assim, este está intrinsecamente relacionado com todos os aspetos de vida, desde a saúde ao bem estar e à geral qualidade de vida dos seres humanos.

O sono é visto com um estado de consciência particular e diferente do coma ou sedação, pois surge de forma espontânea, reversível e recorrente (Silveira, Bock, & Silva, 2012). É um processo de recuperação do organismo referente ao período de vigília (Petit, Burlet-Godinot, Magistretti, & Allaman, 2015). O mecanismo do sono é essencialmente regulado por dois processos organizados: homeostático que regula a duração, a quantidade e a profundidade do sono, e circadiano que regula o momento em que o sono e o estado de alerta ocorrem (Beltrami et al., 2015). E, de acordo com as características individuais de cada pessoa, a sua duração pode classificar-se em *short sleepers* (5h30/6h) e *long sleepers* (8h30/9h) (Martino, 2009).

Este processo fisiológico e comportamental, segundo Dinarés, Fernandes e Rocha (2004) é responsável pela produção e conservação de energia, pelo crescimento e renovação celular, manutenção de mecanismos que detetam doenças do sistema imunitário, estabilização do humor, regulação da temperatura corporal, melhoria do fluxo sanguíneo, controlo das funções respiratórias e promoção do bem-estar mental e emocional. Por tudo isto, é uma necessidade humana básica integrante e primordial para um estilo de vida saudável.

O sono consiste comumente num conjunto de alterações no Sistema Nervoso Central que provocam mudanças comportamentais, fisiológicas e psicológicas (Monti & Monti, 2008) caracterizadas por uma desconexão com o ambiente circundante (Moller & Lam, 2008). Esta falta de responsividade traduz uma diminuição da sensibilidade cortical que ativa mecanismos fisiológicos distintos e que permite distinguir três estados de sono: um estado de vigília, um sono NREM que se caracteriza pela ausência de movimentos oculares rápidos e encontra-se dividido em quatro estágios, e um sono REM que se caracteriza pelo movimento rápido dos olhos e atonia muscular (Carskadon & Dement, 2011; Fernandes, 2006; Gomes, Quinhones, & Engelhardt, 2010; Palma, Tiba, Machado, Tufik, & Suchecki, 2007).

Em um adulto saudável, os estados de sonos NREM e REM alternam-se de uma forma cíclica, cerca de 4 a 6 ciclos, podendo ser influenciados por múltiplos fatores, como a idade,

temperatura, ambiente, ritmo circadiano, consumo de drogas e presença de doença (Beltrami et al., 2015).

O construto de qualidade do sono integra aspetos objetivos e subjetivos à percepção de renovação de energias e ativação que deve seguir um período de sono normal. Assim, a qualidade do sono engloba as seguintes características: latência do sono, tempo de sono, número vezes que se acorda por noite, profundidade do sono e repouso (Doğan et al., 2005). Ademais, este construto ganha relevância dadas, por um lado, as crescentes queixas de má qualidade do sono reportadas atualmente por pessoas internadas e tendencialmente associadas ao uso excessivo da tecnologia e, por outro, as várias doenças que lhe são associadas. Aliás, uma má qualidade do sono afeta a pessoa de forma profunda, ao nível da atenção, fadiga, ansiedade, perda de apetite entre outros efeitos. As várias consequências encontradas na literatura passam, por exemplo, diminuição da função cognitiva (Balkin et al., 2004; Ellenbogen, 2005), alterações hormonais (Paiva, 2008; Taheri, Lin, Austin, Young, & Mignot, 2004), hipertensão arterial (Paiva, 2008), sonolência diurna, irritabilidade, alterações de comportamento e delírio (Achury Saldaña, Rodríguez Colmenares, & Achury Beltrán, 2014; Terzaghi, Sartori, Rustioni, & Manni, 2014). Todas estas consequências, derivadas de fatores intrínsecos, podem produzir na pessoa internada várias complicações que podem levar à agudização do seu estado clínico e por si, a um aumento da morbilidade e da mortalidade.

Diversos estudos sobre o sono relatam que os fatores extrínsecos relacionados com o meio envolvente tais como o ruído, a iluminação, a ventilação mecânica, a temperatura ambiente, a medicação e os cuidados de enfermagem, também podem propiciar a privação e a fragmentação do sono na pessoa internada (Beltrami et al., 2015; Elliott, McKinley, & Cistulli, 2011; Pisani et al., 2015; Silveira et al., 2012).

Buckworth e Dishman (2002) apontam que entre 20 e 40% da população mundial adulta relata dificuldades associadas ao sono, que pioram a sua qualidade de vida. Em Portugal, Paiva (2008) estima que as perturbações do sono afetem 30% da população. Já Silveira, Bock e Silva (2012) relatam que aproximadamente 60% dos pacientes que ficam internados numa Unidade de Cuidados Intensivos se queixam de distúrbios de sono. Assim, dada a relevância global do sono na vida das pessoas, assim como a sua pertinência no âmbito clínico em pacientes doentes e/ou em recuperação internados numa unidade hospitalar, os instrumentos de avaliação da qualidade do sono emergem como ferramentas fundamentais à atuação na avaliação da saúde e na prática clínica. Estes devem permitir fazer uma avaliação rigorosa do

construto, gerando informação fundamental às práticas de prevenção e intervenção. Também é importante, avaliar as propriedades psicométricas do instrumento, que são essenciais para a construção e validação de instrumentos de medição de modo a garantir uma medição válida e confiável de seus resultados (Souza, Alexandre, & Guirardello, 2017). Desta forma, avaliar os vários instrumentos disponíveis para tal, assim como as suas especificidades e contributos individuais, eleva-se como um tema fulcral na atualidade em saúde.

Conhecem-se os seguintes instrumentos para avaliação da qualidade de sono: Polissonografia, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, Escala de sono Verran e Snyder-Halpern, Sleep in Intensive Care Questionnaire e Richards-Campbell Sleep Questionnaire.

O sono constitui uma necessidade humana básica que merece toda a atenção e intervenções de enfermagem promotoras de sono (Pisani et al., 2015). Face à relevância do sono na vida das pessoas, assim como a sua pertinência na prática clínica do enfermeiro surge a necessidade de dar resposta à seguinte questão: “Quais são as propriedades avaliadas pelos instrumentos de medida disponíveis para avaliação da qualidade do sono na pessoa adulta internada? Quais são os mais válidos e mais fiáveis instrumentos de medida disponíveis para avaliação do sono na pessoa adulta internada?, com intuito de promover padrões de cuidados e de desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina.

2. METODOLOGIA

2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a presente RSL os critérios de inclusão foram organizados tendo em conta o tipo de participantes, constructos de interesse, tipos de instrumentos de medida de interesse, *outcomes* e tipo de estudos.

2.1.1 Tipo de Participantes

São incluídos todos os estudos que incluem pessoas com 18 anos ou mais de idade. E, que fazem referência à sua utilização em pessoas internadas independentemente da tipologia de doença e serviço.

2.1.2 Construto de Interesse

Esta RSL considera estudos que exploram os seguintes constructos: sono e qualidade do sono. As definições de ambos os constructos também são considerados.

- O sono é considerado “processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (OE, 2016, p. 85).

- A qualidade do sono é um indicador de vitalidade, saúde mental, bem-estar fisiológico, emocional, cognitivo e físico (Ohayon et al., 2017).

2.1.3 Tipos de Instrumentos de Medida de Interesse

São incluídos nesta RSL instrumentos de auto-preenchimento, instrumentos hetero-preenchimento, grelhas de observação e instrumentos de registo gráfico.

2.1.4 Outcomes

Os estudos incluídos reúnem pelo menos uma das propriedades psicométricas ou aspetos das propriedades psicométricas dos instrumentos de medida, operacionalizados e definidos na COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) (Mokkink et al., 2010).

A relevância na avaliação dos instrumentos de mensuração de resultados inclui três domínios de qualidade: a confiabilidade, que contém três propriedades psicométricas: a consistência interna, a confiabilidade e erro de medida; a validade que também contém três propriedades psicométricas: validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério; e, responsividade que engloba a capacidade de resposta da medida (Mokkink et al., 2010).

2.1.5 Tipo de Estudos

A RSL inclui todos os estudos de validação, estudos que avaliam uma ou mais propriedades psicométricas ou estudos com outros projetos no desenvolvimento de instrumentos de medida referente à qualidade do sono na população adulta internada.

2.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A elaboração da estratégia de pesquisa é a componente chave de um estudo de revisão sistemática da literatura. Assim, esta RSL integra três etapas essenciais na sua concepção. Primeiramente, desenvolveu-se uma pesquisa na PubMed sobre o tema com o intuito de identificar artigos e por si, os termos mais usados na literatura; de seguida, tendo em conta o background foram definidas as palavras-chave e identificadas os seus respectivos sinónimos; e, por último após a pesquisa específica em cada base de dados foram aplicadas listas de referência em todos os estudos selecionados para avaliação crítica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados online integrativas: EBSCOhost (MEDLINE), PubMed e SciELO (Scientific Electronic Library Online). E também, na base de dados RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal).

Estudos publicados em inglês, português e espanhol serão considerados nesta revisão.

Para cada um dos termos indexados e válidos em Medical Subject Headings (MeSH) realizou-se uma pesquisa individualizada, seguida de conjugação dos mesmos com os seus respetivos sinónimos, e por fim a conjugação da totalidade da equação de pesquisa, com recurso aos operadores booleanos «OR», «AND» e «NOT».

As palavras-chave usadas serão: “sono”, “qualidade do sono”, “adulto”, “validade”, “instrumento de medida”, “sleep”, “sleep quality”, “qualitt of Heath Care”, “adult”, “validity”, “reliability”, “self-report questionnaires”, “measurement properties” e “measurement instuments”.

A seleção dos artigos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão supra citados. A figura seguinte exemplifica os artigos encontrados nas bases de dados selecionadas e as razões da sua exclusão.

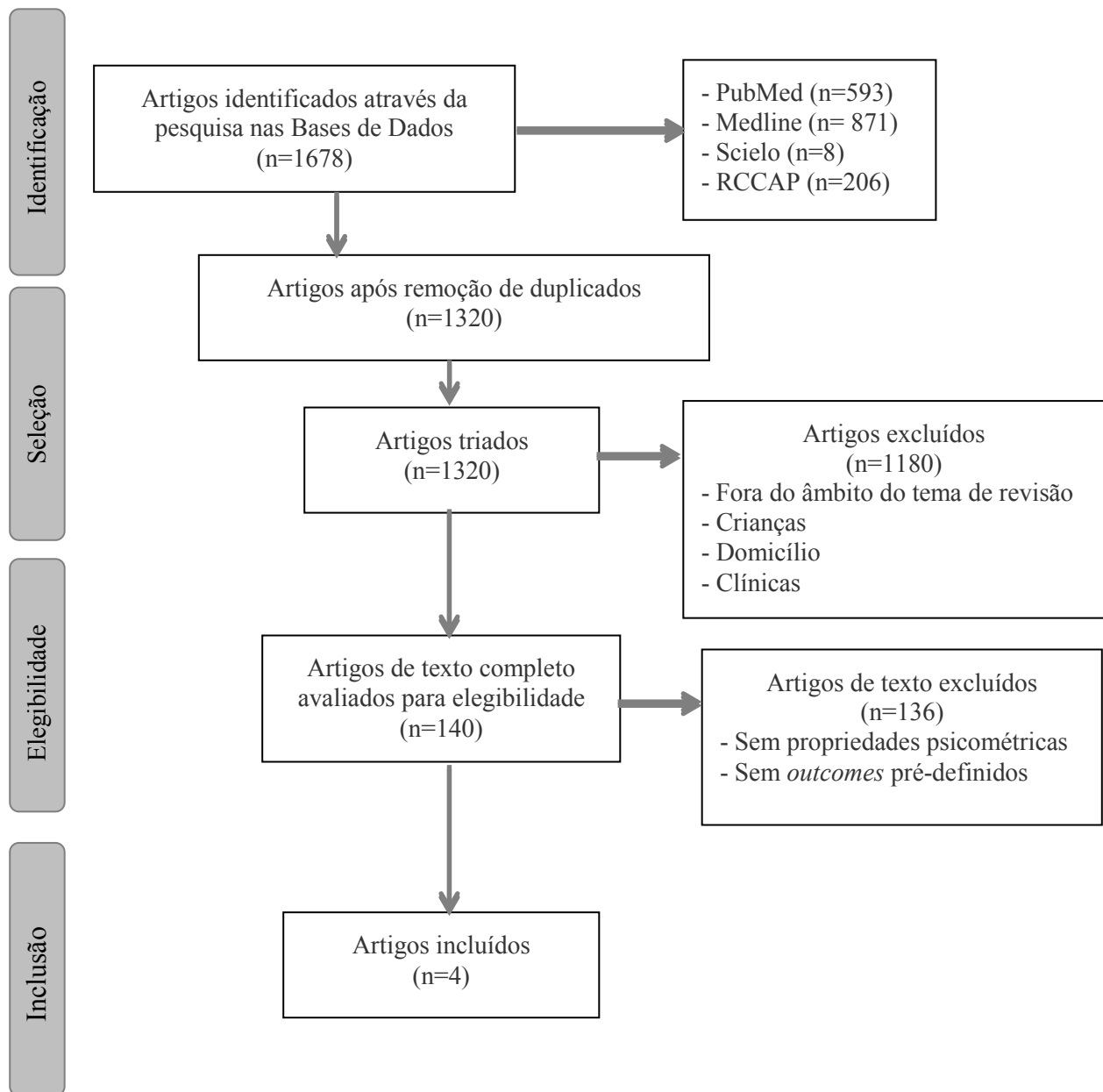


Figura 1 - Fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) Adaptado (Moher et al., 2009)

2.3 EXTRAÇÃO DE DADOS

Nas revisões sistemáticas das propriedades de medição é relevante a extração de dados dos artigos incluídos. Após a leitura dos artigos, os dados foram extraídos por dois revisores independentes baseados no protocolo COSMIN. São eles: características gerais dos instrumentos avaliados, características da população em estudo (idade, país, linguagem, contexto...), resultados das propriedades de medição e a evidência da interpretação dos questionários incluídos.

2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A avaliação da qualidade metodológica das propriedades de medida dos instrumentos incluídos neste estudo foi realizada por dois revisores independentes, através do COSMIN checklist com a escala de quatro pontos (Mokkink et al., 2010; Prinsen et al., 2016; Terwee et al., 2012).

Por conseguinte, os revisores procederem à:

1. Identificação das propriedades de medida - consistência interna, confiabilidade, erro de medida, validade de conteúdo, validade de construto, teste de hipóteses, validade transcultural, validade de critério, e responsividade em cada estudo;
2. Verificação dos métodos estatísticos utilizados em cada estudo, atendendo à Teoria do Teste Clássico ou à Teoria da Resposta do Item;
3. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos, considerando as propriedades de medida assinaladas no ponto 1, a fim de definir para cada item COSMIN quatro opções de resposta (fraco, razoável, bom e excelente);
4. Análise da generalização dos resultados dos estudos, considerando as propriedades de medida assinaladas no ponto 1.

As divergências entre os revisores foram resolvidas por discussão.

2.5 SÍNTESE DE DADOS

Os dados foram sintetizados por dois revisores independentes através de uma análise detalhada dos estudos e dos instrumentos, retratadas no quadro 1 e, da avaliação da qualidade metodológica e as propriedades de medição para cada instrumento, retratadas no quadro 2.

A fim de complementar a avaliação de um instrumento, os revisores classificaram os resultados obtidos na análise das propriedades de medida para cada estudo como positivo (+), negativo (-) ou indeterminado (?) desenvolvidos por Terwee et al. (2007) e atribuíram um

nível de evidência - forte, moderado, limitado, conflitioso ou desconhecido, de acordo com Cochrane Collaboration Back Review Group (Van Tulder, Furlan, Bombardier, & Bouter, 2003).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a pesquisa anteriormente descrita, foram encontrados poucos artigos que respondessem à questão inicial. Assim, neste estudo foram incluídos quatro artigos científicos de elevada qualidade e evidência científica, nomeadamente de: Bergamasco e Cruz (2007); Chen et al., (2018), Murata et al., (2019) e Nagatomo et al., (2020), tal como descrito no quadro nº1.

As *escalas Visuais Análogas de Sono (EVA-Sono)*, adaptadas da escala de sono Verran Snyder-Halpern, têm como intuito avaliar de forma subjetiva a eficiência do sono nas 24h precedentes à avaliação (Bergamasco & Cruz, 2007). A escala está subdividida em três sub-escalas (Distúrbio, Efetividade e Suplementação). Os participantes foram 180 pacientes em primeiro pós-operatório cirúrgico de pequeno e médio porte, dos quais 68,3% são do sexo feminino, têm em média 39,3 anos de idade e 62,2% têm formação superior completa ou incompleta

Relativamente à sua fidelidade pode-se verificar que para a escala de Distúrbio (7 itens) o alpha de Cronbach é de 0.80, para a escala de Efetividade (5 itens) é de 0.78 e para a escala de Suplementação (3 itens, com exclusão do item 13) é de 0.72. De um modo geral, considera-se uma boa consistência interna, por apresentar valores de alpha de Cronbach entre 0.70 e 0.95 (Prinsen et al., 2016; Terwee et al., 2007). A fim de enriquecer e evidenciar satisfatória confiabilidade o presente estudo usou também o coeficiente Theta, que assume unidimensionalidade, como o coeficiente alpha.

Na correlação entre o item e a soma dos scores, recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson, verifica-se que apenas o item 13 “Tempo para levantar após despertar” na suplementação apresenta uma baixa correlação ($r=0.16$) com os demais. Por si só, a condição clínica da pessoa internada pode pressupor a não realização deste item e, por isso, não estar associado à necessidade de suplementação de sono, levando neste estudo à sua exclusão.

No que diz respeito à correlação entre escalas, foi observado uma correlação negativa e significativa entre Distúrbio e Efetividade ($r=-0.68$, $p<0.001$), uma correlação inversa e fraca entre Distúrbio e Suplementação ($r=-0.021$, $p=0.777$) e entre Suplementação e Efetividade ($r=-0,015$, $p=0,836$), de acordo com a classificação de Dancey e Reidy (2006).

Apesar do presente estudo não fazer referência a todas as propriedades de medida apontadas por COSMIN, as escalas EVA-Sono mostram propriedades psicométricas adequadas do instrumento adaptado.

O *questionário de sono Richards-Campbell (RCSQ)*, tem como objetivo avaliar a qualidade do sono da noite anterior numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Este questionário avalia o sono a partir de cinco dimensões: profundidade do sono, latência do sono, despertar, retorno ao sono e qualidade geral do sono.

- Em comparação com o questionário de sono do St Mary's Hospital (SMHSQ), uma versão chinesa, de autoavaliação com 14 itens e projetada para avaliar o sono noturno da noite anterior de uma pessoa internada (Chen et al., 2018). Para a construção do presente estudo, participaram 150 doentes críticos estáveis de três UCI diferentes (médica, cirúrgica e emergência) do hospital Universitário em Dalian, China. Estes clientes, 86 são do sexo masculino e 64 do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre os 20 e os 93, sendo a idade média de 64,74 anos, e com nível educacional acima da escola primária. Os enfermeiros que também participaram no estudo trabalham em UCI há mais de 3 anos.

A RCSQ-C é uma escala com boa consistência interna, com alpha de Cronbach de 0.923.

Quanto à validade de construto, os coeficientes de correlação entre itens individuais do RCSQ-C e as variáveis do SMHSQ apresentaram os seguintes valores e alpha de Cronbach: Profundidade do sono (0.866), latência do sono (0.776), despertar (0.504), qualidade do sono (0.856) e score total (0.771). À exceção do item despertar, todos os outros têm valor alpha superior a 0.70, o que significa confiabilidade aceitável, segundo os valores de referência de Pestana e Gageiro (2008). As correlações entre RCSQ-C e SMHSQ foram acima de 0.50; assim, essa análise deu suporte à validade convergente do RCSQ-C quando comparado aos outros questionários do sono.

O índice de Kaiser-Myer-Olkin (KMO) é de 0.846 remetendo para uma boa adequação da amostra para a análise. Regra geral, um tamanho de amostra de 100 é considerado excelente, 50 como bom, 30 como razoável e menos de 30 como ruim (Prinsen et al., 2016). O valor do teste de esfericidade de Barlett neste estudo é $P < 0,01$, ou seja, menor que 0,05 o que permite prosseguir para uma adequada análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2008). A análise fatorial confirmatória ($\chi^2 = 3.021$, $P = 0.554$, $\chi^2/df = 0.755$, $RMSEA < 0.001$, $NFI = 0.995$, $GFI = 0.992$, $AGFI = 0.969$, $CFI = 1.000$, $IFI = 1.002$) forneceu um bom ajuste aos dados. No que respeita à validade de construto, este instrumento é classificado como positivo porque apresenta uma variância total de 76,597%, ou seja, superior a 75% como descrito por Terwee et (2007).

Em relação à validade do conteúdo do RCSQ-C, para cada item os valores deste índice ficaram compreendidos entre 0.60 e 1.00 (média de 0.84). Neste processo de tradução, a validade de conteúdo foi classificada como muito boa.

Por fim, o coeficiente de correção intraclasse (ICC) das 44 pontuações do RCSQ-C emparelhado, doente/enfermeiro, para todas as seis medidas apresentou uma variação de 0.31 a 0.61. Tendo em conta, os valores de referência retratados no estudo de Landis & Koch (1977) a confiabilidade foi razoável a substancial, à exceção da dimensão latência do sono e despertar que evidenciam valores inferiores comparativamente aos mencionados pelo próprio doente.

A escala RCSQ-C tem boas propriedades psicométricas, revelando potencial no seu uso aquando a avaliação da qualidade subjetiva do sono na pessoa internada.

- Em comparação com polissonografia (PSG), padrão-ouro, um eletroencefalograma com 21 conexões de derivação, a fim de obter informações sobre a duração e a arquitetura do sono por uma noite (Murata et al., 2019). Participaram neste estudo 33 doentes internados em UCI num hospital japonês. Estes clientes, 23 são do sexo masculino e 10 são do sexo feminino, com idade média de 69,1 anos.

A J-RCSQ é uma escala com boa consistência interna, com alpha de Cronbach de 0.911.

O coeficiente de correlação de Pearson entre o score total da escala J-RCSQ e a eficiência do sono medido pela PSG é 0.459, o que aponta para uma correlação moderada (Dancey & Reidy, 2006). Contudo, com a exclusão de quatro pessoas na amostra devido ao diagnóstico de delirium, o coeficiente de correlação é maior (0.602) e, por conseguinte, mais forte é a relação entre as variáveis presentes no estudo.

Relativamente aos dados observados, tanto na profundidade do sono (Q1) como na qualidade de sono (Q5), os resultados relativos ao sono REM (2.63 ou 2.40) e N3 (0.082 ou 0.072), independentemente do grupo em estudo, remetem para uma fraca correlação. Freedman, Gazendam, Levan, Pack e Schwab (2001) destacam que estes resultados podem ser devido a uma diminuição acentuada no sono REM e N3 em clientes internados nas UCI.

A escala J-RCSQ apresenta propriedades psicométricas semelhantes à escala original, e por isso, poderá ser usada como ferramenta de avaliação do sono em clientes estáveis em UCI.

- Em associação com Nemuri SCAN contra o padrão-ouro PSG por 24h. Um NSCAN é colocado sob a metade superior de cada colchão antes da admissão do cliente e mantido no local até à sua alta na UCI (Nagatomo et al., 2020). São registados parâmetros tais como, o despertar, o sono, a saída da cama, a desconexão da bateria, o movimento corporal, a

frequência cardíaca e respiratória. Para a construção do presente estudo participaram 11 clientes em estado crítico internados em UCI pelo menos 72h, sendo 8 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com idade média de 70,0 anos.

O tempo médio total de sono pontuado pela PSG durante a noite é 456.0min (353.0–517.5min) e durante o dia é 305.0min (186,2-542,5min). Destaca-se um sono diurno excessivo, mas com uma diminuição significativa no sono restaurador dentro da quantidade normal de sono noturno. Já, o tempo médio total pontuado pelo NSCAN durante a noite é 500.0min (444.5–525.5min) e durante o dia é 710.0min (517.0–750.5min).

As taxas de concordância, sensibilidade e especificidade (com intervalos de confiança de 95%) para o NSCAN em comparação ao PSG, como padrão-ouro, são 68,4% (67,9- 69,0%), 90,1% (89,7-90,6%) e 38,7% (37,9-39,7%), respectivamente. Nesta linha de pensamento, o NSCAN apresenta uma concordância moderada, alta sensibilidade e baixa especificidade em UCI. Esta baixa especificidade pode superestimar o sono, especialmente quando a interrupção do sono é leve.

O coeficiente de correlação de Spearman entre a escala da RCSQ e alguns parâmetros da PSG, (N2 sozinha e N2+N3+REM) apontam para uma correlação positiva significativa. Contudo, entre a escala da RCSQ e os parâmetros do NSCAN não houve correlação neste estudo.

Apesar do estudo não apresentar dados suficientes relacionados com as propriedades de medida aplicadas por COSMIN, pensamos que esta RSL pode ser aplicada na prática, no ensino e na investigação.

Quadro 1 - Características dos artigos incluídos

Autor(es)	Artigo	País da validação	Nome do instrumento	Tipo de estudo	População e amostra	Tipo de intervenção
Bergamasco, Ellen Cruz, Diná (2007)	Adaptação das Visual Analog Sleep Scales para a língua portuguesa	São Paulo	Escalas Visuais Análogas de Sono (EVA - Sono) - Escala de sono Verran e Snyder-Halpern		180 clientes em primeiro pós-operatório (cirurgias de pequeno e médio porte) - idade média de 39,3 anos; 68,3% mulheres, 62,2% tinham formação superior completa ou incompleta	Aplicação das escalas de Distúrbio, Efetividade e Suplementação que foram estudadas pela análise fatorial, com definição prévia do número de componentes, segundo a escala original.
Chen, Ji, Zhang, Li, Cui, Bai, Liu & Liang (2018)	Richards-Campbell sleep questionnaire: psychometric properties of Chinese critically ill patients	China	Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ); St Mary's Hospital Sleep Questionnaire (SMHSQ)	Comparativo metodológico e descritivo	150 clientes críticos de três UCI's no hospital em Dalian, China. A média de idade foi de 64,74 anos (86 homens e 64 mulheres), com nível educacional acima da escola primária. Os enfermeiros trabalham em UCI's há mais de 3 anos.	Traduziram o RCSQ original para a versão chinesa (RCSQ-C). Os dados foram comparados com os da versão chinesa do St Mary's Hospital Sleep Questionnaire e entre os scores do RCSQ-C.
Murata, Oono, Sanui, Saito, Yamaguchi, Takinami, Richards & Henker (2019)	The Japanese version of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire: Reliability and validity assessment	Japão	Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ); Polissonografia (PSG)	Estudo transversal	33 clientes (23 homens e 10 mulheres) internados não entubados em Unidade de Cuidados Intensivos num hospital japonês. Com idade média de 69,1 anos.	Traduziram o RCSQ original para a versão japonesa (J-RCSQ). Os dados foram comparados com a SE derivada dos dados da PSG.
Nagatomo, Masuyama, Iizuka, Makino, Shiotsuka & Sanui (2020)	Validity of an under-mattress sensor for objective sleep measurement in critically ill patients: a prospective observational study	Japão	Nemuri SCAN (NSCAN); Polissonografia (PSG); Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)	Estudo observacional prospetivo	11 clientes com idade ≥ 20 anos internados em Unidade de Cuidados Intensivos pelo menos 72h	Os doentes foram monitorados pelo PSG em 24h, por NSCAN (os dados foram coletados após a alta dos doentes na enfermaria) e pelo preenchimento do RCSQ para avaliar seu sono noturno antes ou após a conclusão do PSG.

Quadro 2 - Critérios de qualidade para as propriedades de medição segundo COSMIN

Autor(es)/ano	Bergamasco, & Cruz (2007)	Chen et al. (2018)	Murata et al. (2019)	Nagatomo et al. (2020)
Propriedades	Critérios de qualidade			
	Escalas Visuais Análogas de Sono	Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) e St Mary's Hospital Sleep Questionnaire (SMHSQ)	Richards-Campbell Sleep Questionnaire (J-RCSQ) e Polissonografia (PSG)	Nemuri SCAN (NSCAN), Polissonografia (PSG) e Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)
Confiabilidade				
Consistência interna	+Alfa de Cronbach: Escala de Distúrbio 0.80 Escala de Efetividade 0.78 Escala de Suplementação 0.72	+Alfa de Cronbach 0.923	+Alfa de Cronbach 0.911	
Confiabilidade		-ICC das 44 pontuações RCSQ-C com variação 0.31 a 0.61		
Erro de medida				
Validade				
Validade de conteúdo		+Painel de especialistas Índice de validade do conteúdo (IVC) para cada item foram de 0,60 a 1,00, e a média da IVC para todos os itens foi de 0,84		
Validade de constructo		Os coeficientes de correlação entre os itens individuais do RCSQ-C e as variáveis correspondentes no SMHSQ foram:	+Profundidade do sono 0.866 +Latência do sono 0.776 -Despertar 0.504 +Qualidade do sono 0.856 +Score total 0.771	
Teste de hipóteses				
Validade estrutural ou fatorial		+ EFA - KMO = 0.846; Teste de esfericidade Bartlett P <0,01;	?Média do escore RCSQ-J é 42.39	Média do score RCSQ na avaliação subjetiva é 68.00

		CFA - $\chi^2 = 3.021$, $P = 0.554$, $\chi^2/df = 0.755$, $RMSEA < 0.001$, $NFI = 0.995$, $GFI = 0.992$, $AGFI = 0.969$, $CFI = 1.000$, $IFI = 1.002$. Média do escore RCSQ-C é 49.34		
Validade transcultural	✓	✓	✓	
Validade de critério	?Correlação de Pearson: Distúrbio e Efetividade $r = -0.684$, $p < 0.001$; Distúrbio e Suplementação $r = -0.021$, $p = 0.777$; Suplementação e Efetividade $r = -0.015$, $p = 0.836$	+As correlações entre RCSQ-C e SMHSQ foram acima de 0.50;	+Coeficiente de correlação de Pearson, entre a SE medida pelo PSG simplificado e a pontuação total do RCSQ-J é 0.459–0.602	Coeficiente de correlação de Spearman, o RCSQ mostrou uma correlação positiva significativa em parâmetros da PSG: N2 e N2+N3+REM. NSCAN em comparação com o PSG resultou em taxa de concordância 68.4%, sensibilidade 90.1% e especificidade 38,7%.
Responsividade				
Capacidade de resposta				

4. CONCLUSÃO

As evidências indicam que a má-qualidade de sono é frequente no ambiente hospitalar, particularmente, em UCI. Deste modo, considera-se pertinente uma avaliação da qualidade do sono na pessoa internada, a fim de possibilitar uma rápida recuperação do seu estado de saúde.

Sucintamente, pode-se concluir que as escalas Visuais Análogas de Sono (EVA-Sono) e o questionário de sono Richards-Campbell (RCSQ-C e J-RCSQ) em comparação com o SMHSQ e com a PSG apresentam boas propriedades psicométricas. Por isso, consideram-se instrumentos válidos e fiáveis para a avaliação do sono na pessoa adulta internada. Já, o RCSQ em associação com Nemuri SCAN contra o padrão-ouro PSG, apesar de não apresentar dados suficientes relacionados com as propriedades psicométricas, pensamos que pode ser aplicada na prática, no ensino e numa investigação.

A realização desta revisão trouxe várias dificuldades nomeadamente na identificação de instrumentos validados para o ambiente hospitalar sendo importante, apesar das boas propriedades psicométricas, encontrar instrumentos rápidos e de fácil aplicação.

Em suma, estes instrumentos revelam-se contributos, favorecendo não só a importância de abordar o tema da qualidade do sono na pessoa internada, a necessidade de adaptar os instrumentos às realidades culturais e profissionais envolvidos, mas também à sua utilização em investigações futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achury Saldaña, D. M., Rodríguez Colmenares, S. M., & Achury Beltrán, L. F. (2014). El Sueño En El Paciente Hospitalizado En Una Unidad De Cuidado Intensivo. *Investigación en Enfermería*, 16(1), 49–59. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie16-1.spci>
- Balkin, T. J., Bliese, P. D., Belenky, G., Sing, H., Thorne, D. R., Thomas, M., ... Wesensten, N. J. (2004). Comparative utility of instruments for monitoring sleepiness-related performance decrements in the operational environment. *Journal of Sleep Research*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2004.00407.x>
- Beltrami, F. G., Nguyen, X. L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(6), 539–546. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>
- Bergamasco, E., & Cruz, D. (2007). Adaptação das Visual Analog Sleep Scales para a língua Portuguesa. *Rev Lat Am Enfermagem*, 15(5), 3–9. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a17.pdf
- Buckworth, J., & Dishman, R. K. (2002). *Exercice psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2011). Normal Human Sleep: An Overview. Em & W. C. D. M.H. Kryger, T. Roth (Ed.), *Principles and practice of sleep medicine* (5ª, pp. 16–26). St Louis: Elsevier Saunders. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-378610-4.00138-8>
- Chen, L. xia, Ji, D. hong, Zhang, F., Li, J. hua, Cui, L., Bai, C. jie, ... Liang, Y. (2018). Richards-Campbell sleep questionnaire: psychometric properties of Chinese critically ill patients. *British Association of Critical Care Nurses*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12357>
- Dancey, C., & Reidy, J. (2006). *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows (3ª Edição)*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Dinarés, C., Fernandes, S., & Rocha, P. (2004). Distúrbios do sono na UCIP. *Revista de Enfermagem*, 20–27.
- Doğan, O., Ertekin, Ş., & Doğan, S. (2005). Sleep quality in hospitalized patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 107–113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01011.x>
- Ellenbogen, J. M. (2005). Cognitive benefits of sleep and their loss due to sleep deprivation. *Neurology*, 64, 25–27. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000159942.64562.AD>
- Elliott, R., McKinley, S., & Cistulli, P. (2011). The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 384–400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.006>
- Fernandes, R. M. F. (2006). O sono normal. *Medicina*, 39(2), 157–168. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p157-168>
- Freedman, N. S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A. I., & Schwab, R. J. (2001). Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 451–457. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.163.2.9912128>
- Gomes, M., Quinhones, M., & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos

- farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Revista brasileira de Neurologia*, 46(1), 5–15.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Martino, M. M. F. (2009). Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 194–199. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/25.pdf>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., ... de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), 737–745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Moller, Henry, & Lam, S. (2008). Quality of Life in Excessive Daytime Sleepiness and Hypersomnia. Em D. L. Verster, Joris. C., Pandi-Perumal, S. R., & Streiner (Ed.), *Sleep and quality of life in clinical medicine* (pp. 107–118). Totowa, NJ: Humana Press.
- Monti, Jaime. M., & Monti, D. (2008). Human sleep: An overview. Em D. L. Verster, Joris. C., Pandi-Perumal, S. R., & Streiner (Ed.), *Sleep and quality of life in clinical medicine* (pp. 29–36). Totowa, NJ: Humana Press.
- Murata, H., Oono, Y., Sanui, M., Saito, K., Yamaguchi, Y., Takinami, M., ... Henker, R. (2019). The Japanese version of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire: Reliability and validity assessment. *Nursing Open*, 6, 808–814. <https://doi.org/10.1002/nop2.252>
- Nagatomo, K., Masuyama, T., Iizuka, Y., Makino, J., Shiotsuka, J., & Sanui, M. (2020). Validity of an under-mattress sensor for objective sleep measurement in critically ill patients: A prospective observational study. *Journal of Intensive Care*, 8(16), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40560-020-0433-x>
- Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., ... Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation’s sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*, 3(1), 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015*: OE
- Paiva, P. (2008). *Bom Sono, Boa Vida*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Palma, B. D., Tiba, P. A., Machado, R. B., Tufik, S., & Suchecki, D. (2007). Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como fator modulador. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(suppl 1), s33–s38. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462007000500007>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS. 5ª edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petit, J. M., Buret-Godinot, S., Magistretti, P. J., & Allaman, I. (2015). Glycogen metabolism and the homeostatic regulation of sleep. *Metabolic Brain Disease*, 30(1), 263–279. <https://doi.org/10.1007/s11011-014-9629-x>
- Pisani, M. A., Friese, R. S., Gehlbach, B. K., Schwab, R. J., Weinhouse, G. L., & Jones, S. F.

- (2015). Sleep in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(7), 731–738. <https://doi.org/10.1164/rccm.201411-2099CI>
- Prinsen, C. A. C., Vohra, S., Rose, M. R., Boers, M., Tugwell, P., Clarke, M., ... Terwee, C. B. (2016). Guideline for selecting outcome measurement instruments for outcomes included in a Core Outcome Set. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1555-2>
- Silveira, D., Fabiani Bock, L., & Franco da Silva, E. (2012). Quality of Sleep in intensive Care Units: A Literature Review. *Journal of Nursing*, 6(4), 883–890. <https://doi.org/10.5205/reuol.2226-17588-1-LE.0604201226>
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Taheri, S., Lin, L., Austin, D., Young, T., & Mignot, E. (2004). Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Medicine*, 1(3), 210–217. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0010062>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W. J. G., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. W. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: A scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research*, 21(4), 651–657. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1>
- Terzaghi, M., Sartori, I., Rustioni, V., & Manni, R. (2014). Sleep disorders and acute nocturnal delirium in the elderly: a comorbidity not to be overlooked. *European Journal of Internal Medicine*, 25, 350–355. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2014.02.008>
- Van Tulder, M., Furlan, A. D., Bombardier, C., & Bouter, L. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 28(12), 1290–1299. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181b1c99f>