Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sara Rafaela Figueiras de Oliveira

Prevenção da privação do sono no doente crítico

março de 2026

Prevenção da privação do sono no doente crítico
Sara Rafaela Figueiras de Oliveira
UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sara Rafaela Figueiras de Oliveira

Prevenção da privação do sono no doente crítico

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Rui Novais

março de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-SemDerivações
CC BY-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho representa o culminar de um percurso exigente, marcado por inúmeros desafios, aprendizagens e momentos de crescimento pessoal e académico. Este objetivo não teria sido alcançado sem o apoio e a presença de pessoas fundamentais, a quem dirijo a minha mais sincera e profunda gratidão.

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Doutor Rui Novais, pela paciência, pela orientação rigorosa, pelo acompanhamento constante e pelos valiosos contributos que tornaram este trabalho possível.

Às duas pessoas que me acompanharam ao longo de toda esta fase e foram parte integrante deste percurso, expresso o meu sincero agradecimento: às minhas amigas e colegas de trabalho Ana Martins e a Margarida Sousa.

Agradeço também à minha família, em especial aos meus pais e ao meu irmão, bem como aos meus amigos, pelo apoio, incentivo e presença constante ao longo deste caminho.

A todos aqueles que, embora não referidos nominalmente, estiveram presentes ao longo deste percurso e contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização deste trabalho, deixo um profundo e sentido agradecimento.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Prevenção da privação de sono no doente crítico

RESUMO

Os serviços de saúde estão perante uma enorme pressão e apresentam exigências cada vez maiores. O aparecimento de novos agentes patogénicos, ameaças associadas a riscos químicos, nucleares ou biológicos, bem como situações de emergência, exceção e catástrofe, representa um desafio significativo para os serviços de saúde, especialmente no contexto dos internamentos em unidades de cuidados intensivos. Esta realidade exige respostas organizacionais eficazes e profissionais de enfermagem altamente qualificados, capazes de responder adequadamente às necessidades complexas dos doentes. O presente relatório configura-se como um documento académico de natureza descritiva e analítica, sustentado numa abordagem crítico-reflexiva, que visa explicitar o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas exigidas para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Simultaneamente, constitui um registo sistematizado do percurso formativo conducente à atribuição do grau de Mestre, evidenciando, de forma fundamentada, as experiências de aprendizagem, as intervenções desenvolvidas e as atividades realizadas ao longo do percurso académico e clínico. Apresenta, ainda, o percurso de investigação centrado nas estratégias para a prevenção da privação do sono no doente crítico. O sono desempenha um papel essencial na recuperação do doente, influencia diversos processos fisiológicos e a resposta imunitária. Nas unidades de cuidados intensivos, o sono é frequentemente interrompido por fatores como ruído ambiental, intervenções clínicas, dor e exposição contínua à luz, conduzindo à privação do sono. Esta privação está associada a complicações clínicas significativas, incluindo *delirium*, défices na função imunitária, atraso na recuperação do doente com o consequente aumento do tempo de permanência na instituição de saúde. De forma a identificar estratégias para a prevenção da privação do sono desenvolveu-se uma *scoping review* sustentada na metodologia do *Joanna Briggs Institute*. Os resultados evidenciam que a implementação de protocolos específicos direcionados à promoção da qualidade do sono, incluindo a gestão ambiental e a utilização de dispositivos individuais como máscaras oculares ou tampões auriculares, aliada ao planeamento estratégico das intervenções de enfermagem, deve constituir o elemento central na implementação de estratégias para a prevenção da privação do sono no doente crítico.

Palavras-chave: Cuidados intensivos; Doente crítico; Enfermagem; Privação do sono.

Prevention of sleep deprivation in critically patients

ABSTRACT

Health services are facing enormous pressure and increasingly demanding requirements. The emergence of new pathogenic agents, threats associated with chemical, nuclear, or biological risks, as well as emergency, exceptional, and disaster situations, represent a significant challenge for health services, particularly in the context of admissions to intensive care units. This reality requires effective organizational responses and highly qualified nursing professionals capable of adequately addressing the complex needs of patients.

This report is presented as an academic document of a descriptive and analytical nature, grounded in a critical-reflective approach, aimed at explaining the process of acquisition, development, and consolidation of the common and specific competencies required to obtain the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for the Person in Critical Condition. At the same time, it constitutes a systematic record of the educational pathway leading to the awarding of the Master's degree, providing a well-founded account of the learning experiences, interventions carried out, and activities developed throughout the academic and clinical journey.

It also presents a research pathway focused on strategies for the prevention of sleep deprivation in critically ill patients. Sleep plays an essential role in patient recovery, influencing various physiological processes and immune response. In intensive care units, sleep is frequently disrupted by factors such as environmental noise, clinical interventions, pain, and continuous exposure to light, leading to sleep deprivation. This deprivation is associated with significant clinical complications, including delirium, impaired immune function, delayed patient recovery, and consequently increased length of stay in healthcare institutions.

In order to identify strategies for the prevention of sleep deprivation, a scoping review was conducted based on the methodology of the Joanna Briggs Institute. The findings demonstrate that the implementation of specific protocols aimed at promoting sleep quality — including environmental management and the use of individual devices such as eye masks or earplugs — combined with the strategic planning of nursing interventions, should constitute the central element in implementing strategies to prevent sleep deprivation in critically ill patients.

Keywords: Intensive care; Critically ill patient; Nursing; Sleep deprivation.

Índice

Introdução 13
Parte I – Componente Clínica 16
1. Estágio em unidades de diagnóstico, intervenção e terapêutica 17
2. Estágio em contexto de serviço de medicina intensiva 20
3. Estágio em contexto de serviço de urgência 23
4. O cuidado especializado à pessoa em situação crítica 28
4.1. Aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista 29
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 30
4.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade 34
4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados 40
4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 43
4.2. Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista 46
4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica 48
4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 55
4.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas 59
Parte II – Componente de Investigação 70
1. Privação do sono no doente crítico 71
2. Tipo de estudo 73
2.1. Objetivo e finalidade do estudo 73
2.2. Questão de revisão 74
2.3. Seleção de termos de pesquisa 74
2.4. Seleção de estudos 75
2.5. Apresentação dos resultados 78
2.6. Discussão dos resultados 78
2.7. Considerações éticas 83
3. Proposta de Protocolo de Promoção do Sono – P2S 84

Conclusão 87
Referências Bibliográficas 90
Apêndices 101
Apêndice I - Protocolo Cateterismo Arterial 102
Apêndice II - Protocolo Febre no Adulto 116
Apêndice III - Frase booleana 120
Apêndice IV - Tabelas de Extração De Dados 121
Anexos 151
Anexo I - Algoritmo De Suporte Avançado De Vida (SAV) 152
Anexo II - Escala Bps- Behavioral Pain Scale.....153
Anexo III - Escala De Coma De Glasgow 154

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHG - Gluconato de Clorohexidina

CVC- Cateter Venoso Central

CVP- Cateter Venoso Periférico

dB- decibéis

DGS- Direção Geral da Saúde

ECMO – Extracorporeal Membrane Oxygenation

EE- Enfermeiro Especialista

EEEMC- Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Interna

EPI- Equipamentos de Proteção Individual

FAV- Fístula Arteriovenosa

H2O- Água

IACS- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

MEMCAEPSC- Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

MRSA - Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAI- Pneumonia Associada à Intubação

PAV- Prótese Arteriovenosa

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

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RAM- Resistência Antimicrobiana

RCSQ- Richards-Campbell Sleep Questionnaire

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

START - Simple Triage and Rapid Treatment

SU- Serviço de Urgência

TRTS - Triage Revised Trauma Score

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma PRISMA..... 77

Lista de Tabelas

Tabela 1: Descritores 75
Tabela 2: Critérios de inclusão e exclusão 76

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCAEPSC), da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, foi elaborado o presente relatório contemplando as dimensões clínica e de investigação. Este relatório evidencia o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, bem como o estudo de problemáticas presentes nos contextos de prática de enfermagem, centradas na pessoa, família ou cuidador, que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Neste relatório faz-se uma análise crítico-reflexiva do percurso formativo, centrado nas experiências vivenciadas em contexto clínico e a sua contribuição para o desenvolvimento de competências especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Procura, igualmente, evidenciar a relevância da integração entre evidência científica, raciocínio clínico e prática reflexiva, como pilares essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade em cenários complexos.

A abordagem da Pessoa em Situação Crítica (PSC) caracteriza-se pela elevada complexidade, o que ressalta a importância dos Serviços de Medicina Intensiva. Neste contexto, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) devem dispor de um conjunto abrangente de conhecimentos, competências e habilidades, permitindo-lhes prestar cuidados holísticos, seguros e de elevada qualidade.

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) caracteriza-se por ser um ambiente altamente tecnológico, marcado pela monitorização contínua, intervenções frequentes e elevada complexidade clínica. Neste contexto, o foco da equipa de saúde recai predominantemente sobre os cuidados técnicos e físicos, podendo aspetos como o bem-estar psicológico e o sono do doente ser frequentemente negligenciados (Vaishnav et al., 2023).

Embora essencial para a abordagem de situações de risco vital, este ambiente pode exercer efeitos negativos sobre o doente. Entre os fatores que contribuem para tal, destacam-se o ruído constante, frequentemente superior a 30–40 decibéis (dB), provocado por alarmes de monitores e ventiladores, a iluminação intensa e permanente ao longo das 24 horas, e as intervenções repetidas dos profissionais de saúde, que interferem com o ritmo circadiano, comprometendo a recuperação física e psicológica do doente. O impacto cumulativo destes fatores leva frequentemente a situações de privação de sono, a

complicações como o *delirium* e problemas neuropsicológicos, além de prolongar o internamento hospitalar.

De acordo com Chaudhary et al. (2020), o sono constitui uma necessidade essencial do ser humano, sendo fundamental para a manutenção da saúde, do bem-estar físico e do funcionamento adequado de todos os sistemas orgânicos. Os doentes internados na UCI estão sujeitos a múltiplos estímulos disruptivos que fragmentam o sono e alteram o ritmo circadiano, tornando-se, por isso, crucial a implementação de estratégias que contribuam para a recuperação e o bem-estar global do doente. De forma a reunir evidência sobre as estratégias para prevenir a privação do sono e promover a sua qualidade, desenvolveu-se uma *scoping review* estruturada segundo as diretrizes metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI).

Em conformidade com o plano de estudos do MEMCAEPSC e em articulação com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de Enfermagem à PSC, o presente relatório tem como objetivos: (i) caracterizar os contextos clínicos de estágio, situando-os nos respetivos domínios da prática especializada; (ii) analisar de forma crítica, reflexiva e sustentada em evidência científica, as atividades desenvolvidas durante o processo de aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC; (iii) apresentar uma scoping review, detalhando o percurso metodológico adotado, os principais resultados alcançados e as suas implicações para a prática clínica.

O relatório inicia-se com a presente introdução, na qual se faz uma breve referência aos temas abordados, ao tipo de estudo realizado e aos objetivos definidos, incluindo ainda uma descrição sumária da estrutura do documento. Na parte I, apresenta-se o percurso realizado na componente clínica do curso, começando pela contextualização dos locais de estágio, seguindo-se a descrição das atividades desenvolvidas. Esta parte integra, ainda, uma reflexão crítica sobre os contributos destas experiências para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como das competências específicas na área da PSC, em conformidade com os domínios de competência estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros. A parte II integra o percurso de investigação realizado, iniciando-se com um enquadramento teórico que fundamenta a relevância do tema. Segue-se a definição do objetivo e da finalidade do estudo, a formulação da questão de revisão, a descrição dos termos de busca, incluindo os critérios de seleção dos estudos. Nesta parte também se inclui a apresentação, análise e discussão dos resultados,

articulando-os com a evidência científica disponível, além da exposição das considerações éticas que orientam o trabalho desenvolvido, garantindo conformidade com os princípios de rigor e integridade científica.

A elaboração deste relatório cumpre as normas institucionais relativas à formatação gráfica e de depósito no RepositóriUM, assim como as orientações da *American Psychological Association* (APA, 7.ª edição) para citações no texto e elaboração das referências bibliográficas, garantindo a observância dos princípios de rigor, consistência e qualidade científica.

Parte I – Componente Clínica

Atualmente, os cuidados de saúde, incluindo os de Enfermagem, tornaram-se mais complexos e exigem um nível técnico e científico elevado. A especialização dos profissionais de saúde é, por isso, uma tendência crescente e cada vez mais necessária (Lopes & Constantino, 2021).

No contexto do exercício profissional em enfermagem, tem sido uma preocupação constante da Ordem dos Enfermeiros definir e clarificar os espaços de atuação dos profissionais de enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde. Para esse fim, foi estabelecido um quadro de referência que orienta a prática dos enfermeiros em qualquer contexto de intervenção. Este quadro assenta em documentos fundamentais, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que constitui um instrumento essencial para a prática autónoma e responsável do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A par do REPE, o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (gerais e especializados) e as competências definidas para os Enfermeiros de Cuidados Gerais e Especializados, também integram este referencial (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O enfermeiro especialista é aquele a quem se "reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem reconhecidas pela Ordem" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 17994).

Assim, o exercício profissional do enfermeiro especialista pressupõe a aquisição e desenvolvimento de competências avançadas numa área clínica específica, promovendo a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade. Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu um quadro normativo que distingue entre competências comuns, Regulamento n.º 140/2019, que descreve as competências transversais de todos os enfermeiros especialistas, e competências específicas, Regulamento n.º 429/2018, que explicita as competências no domínio da enfermagem à PSC.

A prática clínica em enfermagem desenvolve-se de forma progressiva e dinâmica, sendo fortemente influenciada pela experiência acumulada ao longo do tempo. Segundo esta perspetiva, o conhecimento teórico deve ser complementado pelo saber prático, que se consolida através da vivência e da aprendizagem no contexto real. Desta forma, torna-se evidente a relevância dos estágios no processo de crescimento e construção da identidade profissional do enfermeiro (Benner, 2001).

O plano curricular do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC, integra a realização de três períodos de estágio, cada um com a duração de 200 horas, totalizando 600 horas de prática clínica tutorada.

O primeiro estágio foi realizado numa unidade de diagnóstico, intervenção e terapêutica (hemodiálise). Decorreu entre 18 de novembro de 2024 e 2 de fevereiro de 2025. Seguiu-se o estágio, num serviço de medicina intensiva, entre 3 de fevereiro e 6 de abril de 2025 e, por fim, o terceiro estágio, no serviço de urgência, de 7 de abril a 16 de junho do mesmo ano.

1. Estágio em unidades de diagnóstico, intervenção e terapêutica

No âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC, o meu percurso iniciou-se com a realização do primeiro estágio numa clínica de hemodiálise.

A clínica foi inaugurada em 2007, realizando o seu primeiro tratamento a 8 de junho desse mesmo ano e, desde então, tornou-se referência para os cuidados ao doente renal na região norte do país.

No que reporta aos recursos humanos, a clínica conta com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, administrativos e técnicos auxiliares de saúde. Esta equipa trabalha de forma integrada para responder às necessidades específicas de cada doente e respetiva família. O seu principal objetivo é melhorar a qualidade de vida dos doentes, oferecendo cuidados de qualidade num ambiente seguro e acolhedor. Neste âmbito, foi desenvolvido o programa "Diálise em Férias", que permite aos doentes viajar com tranquilidade, em Portugal ou no estrangeiro, garantindo sempre a continuidade dos tratamentos.

A clínica está instalada numa estrutura física moderna e funcional, projetada para responder de forma eficiente às necessidades dos doentes e da equipa multidisciplinar. A entrada principal dá acesso à receção/secretariado, com dois postos de atendimento e sala de arquivo, seguida de uma sala de espera destinada aos doentes. Dispõe, também, de uma unidade de tratamento de águas, essencial à segurança do processo dialítico, e diversos gabinetes funcionais, incluindo o gabinete médico, do enfermeiro gestor, do diretor clínico, assistente social e gabinete multidisciplinar. Outras áreas de apoio incluem a sala de reuniões, copa, vestiários e sanitários para o pessoal, farmácia, quatro arquivos clínicos, armazéns de consumíveis e de concentrados, dois armazéns avançados, compartimentos de lixo diferenciados (hospitalares e domésticos), grupo gerador, área de despejos, área técnica/oficinal,

sala de convívio profissional e lavandaria. Esta organização física favorece o fluxo de trabalho, a segurança dos procedimentos e o bem-estar dos doentes e profissionais.

A unidade de diálise, núcleo central da clínica, possui 19 postos de tratamento, cada um equipado com cadeirão e balança individual. Está configurada segundo uma estrutura em *open space*, o que permite uma vigilância contínua e eficaz dos doentes durante todo o processo terapêutico. Esta forma facilita a observação direta por parte da equipa de enfermagem e médica, contribuindo para a deteção precoce de complicações e para uma atuação imediata em situações de instabilidade clínica.

A clínica disponibiliza o sistema informático IRIMS (Integrated Renal Information Management System), uma ferramenta essencial na gestão e monitorização dos cuidados aos doentes em programa de diálise, que permite o registo clínico completo e em tempo real das sessões de hemodiálise, integrando dados como parâmetros vitais, resultados laboratoriais, prescrições terapêuticas e intervenções de enfermagem. A sua ligação direta aos equipamentos de diálise garante maior segurança e fiabilidade na recolha de dados. A utilização do sistema informático é uma mais-valia, na medida em que reduz o risco de erros e facilita a tomada de decisão clínica. Para além disso, assegura a continuidade dos cuidados, ao permitir o acesso partilhado a informação atualizada por toda a equipa multidisciplinar.

Do ponto de vista da prática de enfermagem, os sistemas de informação contribuem para um registo rigoroso das intervenções realizadas, bem como para a deteção precoce de alterações hemodinâmicas, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. A sua utilização facilita ainda a gestão de recursos, a elaboração de relatórios estatísticos e o cumprimento de normas legais e de qualidade estabelecidas pelas entidades reguladoras da saúde (Seino et al., 2022).

A clínica iniciou recentemente um projeto de melhoria centrado na implementação do modelo de enfermeiro responsável por turno. Este profissional, selecionado com base na sua qualificação e experiência na área da diálise, assume um papel acrescido de coordenação dentro da equipa. Para além das funções clínicas inerentes à prática de enfermagem, o enfermeiro responsável assume ainda a gestão das dinâmicas da sala, pela organização e distribuição dos doentes e respetivos cuidados, pelo ajuste do rácio enfermeiro/doente, bem como pela articulação com o médico residente. Em situações de ausência, substitui ainda o enfermeiro gestor, assegurando a continuidade da liderança operacional do turno.

No âmbito da melhoria contínua da vigilância e preservação do acesso vascular de doentes em hemodiálise, foi implementado um projeto de Consulta de Acesso Vascular. Esta consulta é realizada

em articulação entre o enfermeiro e o nefrologista, com o objetivo de detetar precocemente alterações que possam comprometer a funcionalidade da fístula arteriovenosa (FAV).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental neste processo, estando especialmente atentos a sinais clínicos como alterações no fluxo, presença de estenoses, hematomas ou dificuldades na punção. Sempre que identificadas alterações relevantes, o doente é referenciado para avaliação na consulta especializada. Durante a consulta, é utilizado o ecógrafo como ferramenta de apoio à avaliação clínica, permitindo uma observação mais detalhada da FAV. Com base nos achados ecográficos e na avaliação conjunta, a equipa pode optar por encaminhar o doente para o Centro de Acesso Vascular ou, em casos menos graves, manter o doente sob vigilância apertada e sistematizada.

Está estabelecido que todos os doentes devem ser avaliados, no mínimo, de 3 em 3 meses, mesmo na ausência de sinais clínicos evidentes, de forma a garantir a manutenção da permeabilidade do acesso vascular e a prevenir intercorrências que possam comprometer a eficácia do tratamento dialítico.

Atualmente, presta serviço a cerca de 100 doentes, funcionando de segunda a sábado, com três turnos diários, onde os doentes são distribuídos pelos grupos denominados de S's (segundas, quartas e sextas) e os T's (terças, quintas e sábados). Realizam tratamento de hemodiálise durante 3 períodos de 4 horas cada um: turno da manhã (7h15-11h15), turno intermédio (12h15-16h15) e turno da tarde (17h15- 21h15). Cada turno tem um número médio de 17 doentes, podendo chegar a um número máximo de 19.

A equipa de enfermagem é composta por um total de 15 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor, sendo que apenas um tem especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Cada turno é assegurado por quatro enfermeiros, a cada um dos quais é atribuída a responsabilidade por, no máximo, cinco doentes.

Durante o estágio tive a oportunidade de integrar a equipa da unidade de hemodiálise, onde aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências técnicas e relacionais no cuidado à pessoa com doença renal crónica em tratamento substitutivo. Este contexto clínico exigiu uma abordagem altamente especializada, centrada na vigilância contínua, na monitorização rigorosa dos parâmetros clínicos e na resposta pronta a possíveis intercorrências.

Os cuidados de enfermagem no contexto da hemodiálise exigem não apenas domínio técnico, mas também capacidade de gestão das complicações e atualização constante com base em evidências

científicas. O enfermeiro desempenha papel central na promoção de um cuidado seguro e de qualidade, especialmente diante da complexidade clínica dos doentes renais (Greenberg & Choi, 2021).

Este estágio permitiu-me consolidar conhecimentos técnico-científicos e fortalecer a minha identidade profissional, reforçando a importância do papel do enfermeiro na promoção da segurança, conforto e qualidade de vida do doente em hemodiálise.

2. Estágio em contexto de serviço de medicina intensiva

O SMI onde realizei estágio é uma unidade de referência nacional, especializada no tratamento de doentes em estado crítico, provenientes de diversas especialidades, incluindo medicina, cirurgia e trauma. Este serviço desempenha um papel crucial na resposta a situações de emergência e na gestão de doentes com patologias graves.

O SMI inclui três unidades funcionais: Medicina Intensiva 1 (Ala A e Ala B) unidade funcional com 22 camas de nível 3 de cuidados, de carácter polivalente, mas vocacionada para o tratamento de doentes com trauma grave; Medicina Intensiva 6: unidade funcional com 30 camas de nível 3 de cuidados, de carácter polivalente, mas vocacionada para o tratamento de doentes cardíacos graves e que inclui o Centro de Referência de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO); Medicina Intensiva 8: unidade funcional com 16 camas de nível 3 de cuidados, vocacionada para o tratamento de doentes neurocríticos. Para além destas unidades funcionais, o serviço gere e presta cuidados na Sala de Emergência, na Equipa de Emergência Interna e no processo de *follow-up* intra-hospitalar e pós-hospitalar.

O estágio foi realizado na Ala A, que possui uma capacidade máxima de 12 doentes. Todas as camas estão equipadas com monitorização contínua, ventiladores mecânicos e outros dispositivos especializados essenciais à prestação de cuidados avançados à PSC. Este ambiente altamente diferenciado permitiu-me contactar com doentes em estado de saúde grave e instável, aprofundando conhecimentos na vigilância hemodinâmica, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, terapêutica intensiva e abordagem humanizada no contexto de cuidados críticos.

O SMI é uma unidade altamente diferenciada, dedicada à prestação de cuidados especializados a doentes críticos, com uma estrutura organizacional sólida e multidisciplinar. Adota uma abordagem multidisciplinar, integrando profissionais de diversas especialidades para cuidado de doentes críticos polivalentes. Além dos médicos intensivistas e enfermeiros, fazem parte das equipas farmacêuticos

clínicos, fisioterapeutas respiratórios, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Esta colaboração permite uma avaliação abrangente e um plano de cuidados personalizado para cada doente.

A equipa de enfermagem é liderada por um chefe de serviço que assume a coordenação clínica e estratégica da unidade, garantindo a qualidade assistencial e a articulação com os restantes serviços hospitalares. A gestão operacional e organizacional dos cuidados de enfermagem está a cargo de um enfermeiro de gestor, responsável pela supervisão dos recursos humanos e materiais, bem como pela implementação de boas práticas assistenciais.

Dos 82 profissionais de enfermagem que trabalham no serviço, 48 são Enfermeiros Generalistas, 32 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

O modelo de organização, assente na diferenciação de funções e na especialização dos profissionais, permite manter elevados padrões de qualidade, segurança e eficiência no cuidado à PSC. O serviço opera com um rácio de dois doentes por enfermeiro, o que possibilita uma vigilância permanente, uma resposta célere a alterações clínicas e a prestação de cuidados altamente diferenciados e individualizados.

De acordo com, o Regulamento n.º 743/2019 nos serviços de cuidados intensivos, as dotações de enfermagem variam de acordo com a complexidade assistencial. Nas unidades de Nível II, que se centram sobretudo em monitorização não invasiva e na capacidade de realizar manobras de reanimação, cada enfermeiro deve ter no máximo três doentes, garantindo a articulação com unidades de nível superior quando necessário. Já nas unidades de Nível III, que dispõem de monitorização invasiva, suporte avançado das funções vitais e equipas dedicadas com presença física de intensivistas 24 horas por dia, a exigência assistencial é maior. Por isso, o rácio recomendado é de um enfermeiro para no máximo dois doentes, assegurando cuidados intensivos completos, contínuos e de elevada complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Relativamente à organização da escala de trabalho, a unidade funciona em regime de turnos divididos entre manhã, tarde e noite. No turno da manhã, estão escalados oito enfermeiros, dos quais um desempenha a função de enfermeiro responsável da unidade, não estando diretamente envolvido na prestação de cuidados aos doentes. Nos turnos da tarde e da noite, encontram-se alocados sete enfermeiros em cada período.

Como referido, o serviço possui uma capacidade instalada para 12 doentes, distribuídos de forma equitativa entre dois sectores (seis doentes por sector). A equipa de enfermagem é composta por quatro enfermeiros em cada sector, estando um deles designado como enfermeiro responsável do turno. Após a passagem de turno de enfermagem, apenas o enfermeiro responsável de cada sector permanece para assistir à passagem de turno médica, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados e promover a articulação entre as equipas médica e de enfermagem.

No SMI estão em curso diversos projetos direcionados à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, abrangendo múltiplas áreas funcionais. Destaca-se o Projeto de Humanização, que visa promover um ambiente mais acolhedor e centrado no doente e na família, através de medidas como a flexibilização do horário de visitas, a melhoria da comunicação entre equipa e familiares, e a valorização do conforto físico e emocional dos doentes em situação crítica.

Outro destaque é o Projeto STOP Infeção 2.0, uma iniciativa de prevenção e controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), com foco na redução da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva, infeções relacionadas com o Cateter Venoso Central (CVC) infeções associadas ao uso de cateter vesical. Este projeto segue diretrizes baseadas na evidência e promove boas práticas como a higiene rigorosa das mãos, a adesão a *bundles* de cuidados específicos e a monitorização contínua de indicadores de qualidade.

Adicionalmente, o serviço tem implementado o Projeto Verde, com o objetivo de reduzir a pegada ecológica da UCI. Esta iniciativa engloba ações como a gestão eficiente de resíduos hospitalares, a racionalização do uso de materiais descartáveis, a separação seletiva de resíduos e a otimização do consumo energético. A integração de práticas sustentáveis nos cuidados de saúde críticos reflete uma preocupação crescente com a responsabilidade ambiental e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O serviço conta ainda com um Enfermeiro responsável pela Consulta de Follow-Up, que assegura o acompanhamento dos doentes após a alta da UCI, promovendo uma transição segura e o seguimento clínico adequado. Este acompanhamento é fundamental para a recuperação contínua dos doentes críticos e para a prevenção de complicações.

A documentação dos cuidados de enfermagem é realizada através da plataforma “Patient Care”, uma ferramenta tecnológica desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Esta plataforma tem como principal objetivo a uniformização, integração e interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo uma gestão

mais eficiente, segura e centrada no doente. Através do "Patient Care", os profissionais de enfermagem podem registar, consultar e monitorizar em tempo real os cuidados prestados, garantindo a continuidade assistencial e facilitando a comunicação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

No SMI ainda não foi implementado nenhum sistema automatizado para a elaboração das escalas de trabalho. Atualmente, a gestão dos horários e turnos é realizada manualmente pelo enfermeiro gestor, que assume a responsabilidade pela organização das equipas. Esta prática pode gerar desafios significativos ao nível da eficiência administrativa e da transparência na gestão dos recursos humanos.

A realização do estágio num SMI constitui uma experiência altamente enriquecedora e desafiante, num ambiente exigente e tecnicamente diferenciado. Inserida numa equipa multidisciplinar altamente especializada, tive oportunidade de contactar com situações clínicas complexas e instáveis, que exigiram uma atuação rigorosa, fundamentada no raciocínio clínico, vigilância contínua e resposta rápida a alterações do estado de saúde da PSC.

Este estágio contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me crescer enquanto futura enfermeira especialista, com maior capacidade de atuação autónoma, pensamento crítico e intervenção segura e humanizada junto da PSC.

3. Estágio em contexto de serviço de urgência

No âmbito da aquisição de competências EEEMC, o estágio num SU surge como um cenário privilegiado para o desenvolvimento de competências diferenciadas na resposta a situações de instabilidade e complexidade clínica.

Os SU são estruturas fundamentais do Sistema Nacional de Saúde, organizados para assegurar uma resposta rápida, eficaz e segura às situações agudas de doença ou trauma. Enquanto ponto de entrada para situações agudas e críticas, assume-se como um ambiente de elevada exigência técnica e emocional**,** onde a atuação do enfermeiro é determinante para a eficácia da resposta assistencial.

O estágio em contexto de urgência foi realizado num hospital do norte do país. No que diz respeito aos recursos humanos, o serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por diversos profissionais especializados. Esta equipa inclui enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, assistentes

operacionais, técnicos administrativos, técnicos de radiologia, entre outros, cujo contributo é essencial para assegurar o funcionamento eficaz e integral do serviço.

Neste serviço, os enfermeiros exercem funções que exigem competências avançadas em avaliação rápida, tomada de decisão, trabalho em equipa multidisciplinar, comunicação terapêutica e intervenção em situações de emergência, como suporte básico e avançado de vida. Estas competências estão alinhadas com o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, conforme definido pelo Regulamento nº429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018c).

O SU está estruturado em diversos setores ou postos de trabalho, entre os quais se destacam a Sala de Triagem, a Sala de Emergência (conhecida como área vermelha), a Sala de Observação (OBS), a área de Medicina Interna (área laranja) e a área de Clínica Geral (área verde). Além destes, o serviço dispõe de uma área dedicada ao trauma, que integra as especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia, bem como de uma área específica para as doenças respiratórias.

À entrada no SU os doentes dirigem-se à secretaria dos assistentes técnicos onde fazem a ficha de entrada, de seguida são chamados pelo enfermeiro à triagem, sendo o primeiro ponto de contacto com o doente exige do enfermeiro uma tomada de decisão rápida e assertiva em relação à situação clínica apresentada.

A Sala de Triagem do SU dispõe de dois postos onde é utilizado o sistema de Triagem de Manchester. De acordo com a norma 002/2018 "os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester" (Direção Geral da Saúde, 2018, p. 1). Este método visa categorizar a prioridade de atendimento dos doentes, utilizando critérios objetivos e estruturados para avaliar a gravidade dos casos. Assim, é possível definir a ordem de atendimento clínico e o tempo máximo recomendado até à primeira avaliação médica. No estudo realizado por Costa e colaboradores (2022) os enfermeiros destacaram a importância da Triagem de Manchester não só para o estabelecimento de prioridades clínicas, mas também para o atendimento eficiente aos doentes e a melhoria do funcionamento geral do SU.

Desde setembro de 2024 que o serviço aderiu ao projeto *"Ligue antes, salve vidas"*. Este projeto tem como objetivo principal promover uma gestão mais eficaz e organizada das situações de urgência, incentivando os doentes a contactarem previamente a linha SNS 24 antes de se deslocarem ao SU. Tem o intuito de reduzir a afluência de doentes com queixas de baixa urgência (classificadas como verdes) ou não urgência (classificadas como azuis). Quando este contacto prévio ocorre e são

cumpridos os critérios estabelecidos, os doentes são encaminhados para consultas abertas nos cuidados de saúde primários. Caso contrário, a referência pode ser realizada no posto administrativo do SU, após a triagem, dependendo da disponibilidade nas unidades de saúde primária (Ministério da Saúde, 2024).

A seguir ao posto de triagem fica a Sala de Emergência, que está estrategicamente localizada junto à entrada do serviço, sendo destinada ao atendimento prioritário de pessoas em situação crítica, cujo risco de vida exige uma resposta rápida e diferenciada. A Sala de Emergência tem capacidade para dar resposta a dois doentes em simultâneo, sendo que o espaço físico é limitativo. Ainda assim, dispõe de todos os equipamentos e recursos para o atendimento de vítimas de doença ou trauma, independentemente da faixa etária

O atendimento na Sala de Emergência é garantido por um enfermeiro, preferencialmente um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com foco na área da PSC. Na maioria das vezes este critério consegue ser respeitado, visto que mais de metade da equipa encontra-se com esta especialidade ou a finalizar a mesma. Na ausência deste, o cuidado é assegurado por um enfermeiro com experiência na área da emergência, em colaboração estreita com a equipa médica do serviço de medicina interna. Caso seja necessária a intervenção de outras especialidades, como cirurgia geral, ortopedia ou pediatria, estas são acionadas rapidamente pela equipa, que garante a pronta resposta às necessidades do doente.

A Sala de observação (OBS) é um setor com capacidade para acomodar até quatro doentes, oferecendo monitorização contínua, invasiva ou não invasiva, bem como suporte às funções vitais. Geralmente, acolhe doentes classificados como nível II. Neste espaço, dá-se preferência à presença de um EEEMC devido ao elevado grau de gravidade e complexidade dos casos, que requer vigilância constante e cuidados de enfermagem especializados.

Na sala da Medicina Interna é a área onde são prestados cuidados aos doentes triados com prioridade muito urgente e que não reúnem critérios para atendimento na sala de emergência. Trata-se de um espaço amplo, para uma vigilância eficaz, com capacidade para monitorização não invasiva, encontrando-se sete monitores à cabeceira das camas. Tem capacidade para doze doentes, nove macas e três cadeirões, sendo que em alguns casos permanecem doentes no corredor de fora. A este setor estão alocados dois enfermeiros, sendo que, privilegia-se que pelo menos um deles seja EEEMC.

Na área de Clínica Geral destina-se ao atendimento de doentes classificados com prioridade urgente, pouco urgente ou não urgente, correspondendo às cores amarelo, verde e azul no protocolo da Triagem de Manchester. Este setor dispõe de nove macas, quatro cadeirões e um número variável de cadeiras, ajustado conforme a afluência de doentes. Dois enfermeiros são responsáveis pelos cuidados prestados nesta área, que se caracteriza por um elevado fluxo de entrada e saída de doentes.

A área de Cirurgia Geral/Ortopedia tem a sala de espera no mesmo espaço, sendo que cada uma das especialidades tem gabinete médico separado e fica um enfermeiro a assegurar as duas valências.

A área dos Respiratórios assim designada desde a pandemia de 2019, período em que era utilizada exclusivamente para receber doentes com queixas respiratórias de forma a ficarem em isolamento, funciona atualmente como uma "área de transição". Presentemente, esta área acolhe, maioritariamente, doentes que se encontram a aguardar vaga para internamento e doentes em situações de fim de vida, onde são assegurados cuidados de conforto.

A equipa do SU é também responsável por assegurar o funcionamento contínuo, 24 horas por dia, 7 dias por semana, da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI). Esta equipa é constituída por um médico especialista em Medicina Interna e um enfermeiro. Habitualmente, quando a EEMI não se encontra ativada, o enfermeiro afeto a esta equipa assume funções como segundo elemento na Sala de Emergência, prestando igualmente apoio às áreas de Cirurgia Geral, Ortopedia e OBS. Preferencialmente, fica alocado a esta zona um EEEMC e com Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV).

A equipa de enfermagem do SU é constituída por um total de 65 enfermeiros. Deste grupo, um enfermeiro desempenha funções de gestão, treze são EEEMC, e um é especialista em Enfermagem de Reabilitação. Os restantes cinquenta profissionais são enfermeiros generalistas.

Destaca-se que dez enfermeiros da equipa estão certificados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) através da conclusão do curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), desempenhando funções na VMER sedeada na própria instituição.

Em cada turno de trabalho, o SU é assegurado por uma equipa de onze enfermeiros, cuja distribuição pelos diferentes postos de trabalho é organizada da seguinte forma: um enfermeiro é responsável pela Sala de Triagem; outro pela Sala de Emergência; um pela área de trauma, que inclui Cirurgia Geral e Ortopedia; um enfermeiro é alocado à Sala de Observação (OBS); dois enfermeiros prestam cuidados na área de Medicina Interna; dois na área de Clínica Geral; e dois na área Respiratória. Por fim, um

enfermeiro integra a EEMI, garantindo apoio a situações críticas, em articulação com o médico especialista.

Apesar da evolução positiva registada nos últimos tempos em termos de recursos humanos, o número de enfermeiros atualmente afeto ao SU permanece abaixo do recomendado pela Ordem dos Enfermeiros, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Fazendo os cálculos de acordo com o estipulado no regulamento, a equipa de enfermagem deste serviço deveria ser constituída por 74 enfermeiros, o que representa um défice de nove profissionais face ao número atual.

Desde janeiro de 2025, a equipa de enfermagem do SU foi organizada em cinco subequipas, cada uma composta, em média, por doze enfermeiros. O principal método de prestação de cuidados adotado é o método individual, através do qual cada enfermeiro assume a responsabilidade pela totalidade dos cuidados prestados aos doentes da sua área de atuação. No entanto, face às exigências e dinâmicas específicas do contexto, também se recorre pontualmente a outros métodos de organização do trabalho, como o trabalho em equipa e o método "à tarefa".

Relativamente à utilização do método à tarefa no SU, considero que a sua adoção se justifica pelo elevado número de doentes que recorrem a este serviço diariamente. A padronização das intervenções permite reduzir a probabilidade de erro, otimizar recursos e aumentar a eficiência, possibilitando assim um atendimento mais rápido e seguro a um maior número de doentes. Segundo Chiavenato (2000), a Teoria Geral da Administração realça a importância da padronização e da organização das tarefas como forma de aumentar a eficiência e reduzir falhas. Esta perspetiva, inicialmente desenvolvida pela administração científica, evidencia que o uso de métodos estruturados e bem definidos permite alcançar melhores resultados no desempenho das atividades.

A plataforma utilizada para documentar os cuidados de enfermagem é o “SClínico”, uma plataforma tecnológica criada pelos SPMS, que tem como objetivo a uniformização e integração dos sistemas de informação em saúde no âmbito do SNS.

Relativamente à gestão dos recursos materiais, incluindo os farmacêuticos, hospitalares e hoteleiros, utiliza-se a plataforma “Glintt”, uma solução informática especializada que garante a rastreabilidade e um controlo rigoroso dos consumos e fluxos logísticos. Esta ferramenta facilita a gestão eficiente dos stocks, das encomendas e da distribuição dos bens essenciais para a prestação de cuidados,

promovendo a racionalização dos recursos e contribuindo para a sustentabilidade económica e operacional da instituição.

No âmbito da gestão de recursos humanos, recorre-se à plataforma "RISI" (Recursos, Ideias e Soluções Informáticas), que permite uma administração eficaz e centralizada dos profissionais de saúde, abrangendo a organização dos horários, o controlo da assiduidade, o planeamento de férias, o pedido de disponibilidade, entre outras funcionalidades.

A articulação destes sistemas tecnológicos promove a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados, reforçando a capacidade do serviço para responder às necessidades dos doentes de forma eficiente e integrada.

No SU estão em desenvolvimento vários projetos voltados para a melhoria contínua da qualidade, abrangendo diversas áreas funcionais. Na área da Emergência, destaca-se a reformulação da sala de emergência, visando a otimização do espaço físico e dos fluxos de trabalho, bem como a realização de sessões mensais de simulação prática que promovem o desenvolvimento das competências técnicas, habilidades e conhecimentos da equipa.

Quanto à prevenção e controlo de infeção, está em curso a implementação das normas relativas aos "feixes de intervenções" para prevenir infeções associadas ao CVC e ao cateter vesical, além do desenvolvimento de um projeto para adoção da técnica de algaliação intermitente como prática clínica preferencial. No âmbito da Triagem, realizam-se auditorias internas mensais com o objetivo de uniformizar e melhorar o processo de triagem, mantendo-se também a continuidade do programa "*Ligue Antes, Salve Vidas*", promovendo o contacto prévio para otimizar o encaminhamento dos doentes.

Em relação aos Sistemas de Informação, trabalha-se na uniformização e normalização dos registos clínicos e operacionais, com o intuito de aprimorar a qualidade da informação registada. Por fim, na área da Gestão de Recursos Materiais, destaca-se a introdução do conceito de "Armazéns Avançados", destinado a melhorar a disponibilidade, organização e gestão dos materiais no SU.

4. O cuidado especializado à pessoa em situação crítica

Os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados e requerem o desenvolvimento de competências especializadas face à complexidade das situações, sendo prestados de modo contínuo

"...à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

A complexidade das situações vivenciadas pela PSC requer que o cuidar se estabeleça como um processo de interação constante entre o doente e o enfermeiro, cujo domínio de competências especializadas possibilita uma intervenção segura e orientada para a recuperação integral. Assim, ao enfermeiro especialista é exigida uma observação e vigilância permanentes, realizadas de forma sistemática e sistematizada. Estas ações têm como propósito monitorizar continuamente a condição de saúde, antecipar e identificar precocemente complicações, bem como intervir de forma precisa, eficiente e em tempo oportuno.

4.1 . Aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 as competências comuns do enfermeiro especialista dirigem-se para a "educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem"(Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4744). Com este regulamento, o enfermeiro especialista tem capacidades para tomar decisões de forma autónoma, ética e responsável, sustentadas em conhecimento científico e respeitando os direitos da pessoa, os normativos legais e os princípios fundamentais da profissão. O enfermeiro deve agir com integridade, proteger a dignidade e os interesses dos doentes, salvaguardar a confidencialidade da informação e assegurar o consentimento informado em todas as intervenções.

No contexto da Enfermagem, a deontologia profissional está estreitamente relacionada com a responsabilidade legal devendo o enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, abster-se de exercer funções sob influência de substâncias que possam perturbar as suas faculdades físicas ou mentais e assegurar por todos os meios ao seu alcance as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) estão organizadas em domínios considerados como esferas de atuação que integram um conjunto articulado de competências com uma linha condutora comum, conforme definido pelo Regulamento n.º 140/2019. Estes domínios refletem áreas

estruturantes do exercício profissional avançado e são fundamentais para garantir a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

De seguida, estas competências serão analisadas de forma crítica e reflexiva, à luz das vivências e aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios. A reflexão incidirá sobre os quatro domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permitindo evidenciar como estas competências se adquiriram e desenvolveram na prática e contribuíram para o crescimento profissional e a consolidação do papel do enfermeiro especialista.

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Durante o meu estágio tive a oportunidade de aplicar de forma concreta o compromisso com uma prática profissional ética, centrada no respeito pelos direitos humanos e nas responsabilidades legais inerentes à profissão. Este enfoque não só guiou as minhas decisões clínicas, como também influenciou a forma como estabeleci relações de confiança com os doentes e a equipa multidisciplinar. Enfrentar situações complexas e por vezes desafiantes exigiu de mim uma reflexão contínua sobre os valores éticos que sustentam a enfermagem, promovendo uma atuação responsável e humanizada. Esta experiência reforçou a importância de integrar a ética em todos os momentos da prática clínica, evidenciando que a competência técnica deve estar sempre associada a um compromisso profundo com a dignidade e os direitos das pessoas cuidadas.

Um dos meus focos nestes estágios, foi promover a importância do direito dos doentes à informação, bem como ao consentimento informado, livre e esclarecido. Assim, antes de realizar qualquer procedimento, procurei sempre esclarecer ao doente e/ou família sobre as minhas ações e da relevância das mesmas, garantindo não só o seu consentimento, mas também a sua participação ativa no processo terapêutico. Esta abordagem promoveu uma relação de confiança e respeito mútuo, fundamental para a prestação de cuidados centrados na pessoa.

O artigo 105.º da Lei n.º 156/2015, que corresponde ao Código Deontológico do Enfermeiro, estipula que o enfermeiro tem o dever de "informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem", reforçando assim a importância da comunicação clara e transparente no processo de cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8079).

No contexto do SU, deparei-me com situações que exigiram uma atuação pautada pela responsabilidade profissional, ética e legal. Esses momentos representaram um desafio importante, pois implicaram tomar decisões rápidas e seguras, sempre em conformidade com os princípios deontológicos e com a legislação em vigor. Nas situações de emergência, a "tomada de decisão é complexa, quer pela análise necessária, quer porque as decisões têm de ser tomadas e realizadas segundo uma sequência de prioridades, geralmente identificadas de forma rápida" (Nunes, 2015, p. 196).

Durante o meu percurso, tive a oportunidade de vivenciar situações de fim de vida, nas quais o enfoque dos cuidados deixou de ser a cura, passando a privilegiar o conforto e a tranquilidade. Nestas circunstâncias, a tomada de decisão ética torna-se particularmente sensível, pois implica garantir não só o respeito pela dignidade do doente, mas, também, assegurar condições que permitam à família despedir-se em momentos adequados e respeitosos. Sempre que possível, estes doentes eram colocados na área respiratória ou em locais mais reservados, de modo a proporcionar-lhes privacidade e um ambiente tranquilo, refletindo o compromisso com uma prática centrada nos direitos humanos e no respeito pela dignidade da pessoa.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada pela UNESCO em 2005, estabelece a dignidade humana como o princípio estruturante de todas as práticas biomédicas e decisões éticas, reforçando que qualquer intervenção em saúde deve priorizar a proteção da pessoa, a sua integridade e o seu valor intrínseco (UNESCO, 2006). Isto vai de encontro com a Lei n.º 156/2015, assumindo que as intervenções de enfermagem devem ser orientadas pela defesa da liberdade e da dignidade tanto do doente como do profissional e, ainda, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de atuar de acordo com a ética e a lei, zelar pela dignidade dos doentes, assumir a responsabilidade pelas suas ações, apoiar a comunidade em situações críticas e garantir a sua atualização e desenvolvimento profissional contínuos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Esta experiência, no SU, reforçou a importância de atuar com ética e responsabilidade legal, especialmente em contextos emocionalmente complexos, onde as decisões devem equilibrar aspetos clínicos, legais e humanos.

Durante o estágio na clínica de hemodiálise, fui confrontada com uma situação em que um familiar de um doente contactou telefonicamente a unidade a informar que o mesmo não se encontrava bem e que, por esse motivo, não compareceria à sessão de hemodiálise agendada. Face à gravidade potencial da ausência ao tratamento, e em articulação com a equipa de enfermagem, mantivemos contacto

regular com o familiar, procurando obter mais informações sobre o estado do doente. Posteriormente, foi possível contactar diretamente o próprio doente, que se mostrava hesitante em realizar o tratamento. Através de uma abordagem empática, esclarecedora e respeitosa, explicando os riscos clínicos da não realização da sessão e reforçando a importância da continuidade terapêutica, conseguimos convencê-lo a deslocar-se à clínica e cumprir o plano dialítico previsto.

Esta situação exigiu uma atuação ética, responsável e legalmente sustentada, respeitando a autonomia do doente e o seu direito à decisão, mas também promovendo a sua segurança e bem-estar. Através da comunicação eficaz e da gestão colaborativa da situação com a equipa, contribui para garantir o equilíbrio entre o respeito pela vontade do doente e o dever de prestar cuidados de forma segura e fundamentada. Esta vivência reforçou a importância do papel do enfermeiro especialista na gestão de situações complexas, na comunicação com doentes e famílias, e na tomada de decisões que respeitem os princípios ético-legais da profissão.

No contexto do estágio em UCI, os doentes encontram-se frequentemente em estado de coma induzido, o que os impede de expressar a sua vontade ou prestar consentimento informado. Nestas circunstâncias, é comum que os familiares solicitem informações sobre o estado clínico do doente e/ou acesso aos seus registos clínicos. No entanto, a partilha de informação nestes casos representa um desafio ético, uma vez que, na ausência de manifestação de vontade prévia por parte do doente, torna-se difícil decidir qual a informação que pode ser legitimamente partilhada sem comprometer os seus direitos.

Diversas vezes fui confrontada com este tipo de situações. Nessas ocasiões, após diálogo com a equipa de enfermagem e com a equipa médica, procedíamos à análise conjunta do caso, avaliando cuidadosamente qual a informação clinicamente e eticamente adequada a transmitir aos familiares. Em todos os casos, mantive uma postura ética e profissional, esclarecendo de forma empática os limites legais ao acesso à informação clínica, protegendo o direito à privacidade e à autodeterminação do doente, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), a legislação nacional e o Código Deontológico. O Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, destaca a necessidade de proteger a confidencialidade e a privacidade da informação clínica, respeitar a autonomia e autodeterminação do doente e agir em conformidade com a legislação vigente, garantindo que as decisões de cuidado respeitem os direitos do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Esta experiência reforçou em mim a importância do papel do enfermeiro especialista na defesa dos direitos fundamentais da pessoa, assegurando que, mesmo em situações de incapacidade temporária,

as decisões clínicas e a comunicação com os familiares sejam pautadas por critérios éticos, legais e profissionais.

Em situações de emergência, o consentimento pode não ser possível de obter, dado que a pessoa está incapaz de compreender ou responder. Assim, atua-se segundo o princípio do consentimento presumido, ou seja, presume-se que o doente aceitaria as intervenções necessárias para preservar a vida ou evitar danos graves.

A Lei nº 33/2009 estabelece, em particular para os serviços de urgência, que "todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço" (Lei nº 33/2009, 2009, p. 1).

No SU, as condições físicas reduzidas, aliadas ao elevado número de doentes que permanecem por longas horas à espera de cuidados, dificultam severamente o exercício do direito à privacidade e ao sigilo, comprometendo também o respeito pela intimidade dos doentes.

Segundo a Carta dos Direitos do Doente Internado, "a privacidade e a intimidade do doente deverão ser sempre asseguradas" (Direção Geral da Saúde, 2004, p. 3). O Estatuto da OE no artigo 107 refere o respeito pela intimidade, em que se salvaguarda que, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, o enfermeiro deve respeitar a privacidade e a intimidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Foi comum observar situações em que os doentes eram avaliados e cuidados com pouca privacidade, sendo que alguns permaneciam em corredores de passagem por vários dias, o que considero uma limitação significativa na qualidade do cuidado, prejudicando a privacidade e o direito à intimidade do doente.

Perante esta realidade, por diversas vezes abordei esta problemática com a equipa de enfermagem. Esta abordagem permitiu identificar aspetos passíveis de serem melhorados para garantir a privacidade do doente. O doente tem o direito de ser tratado, no respeito pela sua dignidade e o direito à privacidade na prestação de qualquer ato (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Esta constatação e partilha permitiu concluir que o serviço se encontrava frequentemente em situação de "catástrofe", dado que a afluência de doentes superava largamente os recursos disponíveis.

Para mitigar estes desafios, o serviço utiliza estratégias adaptativas, como o recurso a biombos ou cortinas, com o objetivo de garantir maior privacidade durante a avaliação e a prestação dos cuidados.

No SMI e na clínica de diálise, também utilizam biombos para contornar as limitações do espaço físico reduzido. Estas estratégias tinham como objetivo principal promover e garantir a privacidade dos doentes durante os procedimentos e cuidados, respeitando assim a sua dignidade e direito à intimidade, mesmo em ambientes com condições estruturais desafiadoras.

No estágio no SMI, a passagem de turno representa um momento crítico para a manutenção do sigilo e da confidencialidade da informação clínica dos doentes, visto que durante este processo, ocorre a troca de informações detalhadas sobre diagnósticos, intervenções, evolução clínica e decisões terapêuticas, muitas vezes envolvendo dados altamente sensíveis. Nas unidades de cuidados intensivos, que geralmente têm uma estrutura aberta, o risco de comprometer a confidencialidade é maior. A proximidade entre doentes e profissionais, aliada à falta de isolamento acústico, facilita que outras pessoas ouçam informações clínicas sem intenção. Além disso, o ambiente é naturalmente movimentado e ruidoso, com circulação constante de profissionais e equipamentos, o que reduz o controlo sobre quem pode ouvir o que é dito.

Na perspetiva de Paredes-Garza et al. (2022), durante a passagem de turno, quando se partilham dados clínicos detalhados, estas condições tornam mais provável que informações privadas sejam involuntariamente expostas O enfermeiro especialista assume aqui uma responsabilidade profissional acrescida, devendo garantir que a comunicação entre equipas seja feita de forma a proteger a privacidade dos doentes, conforme preceitos éticos e legais.

A adoção de estratégias como realizar a passagem de turno junto à unidade de cada doente e deslocar a comunicação para locais mais reservados, quando há familiares presentes, demonstra o compromisso ético do enfermeiro em respeitar o direito à privacidade e à confidencialidade, pilares fundamentais da prática profissional. Esta postura evidencia a importância da responsabilidade profissional, ética e legal na atuação do enfermeiro especialista, assegurando a dignidade e o respeito pelos direitos dos doentes em todas as fases do cuidado.

4.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde constitui uma dimensão essencial do exercício profissional do enfermeiro especialista. Para além da prestação direta de cuidados, este profissional assume um papel ativo na identificação de áreas críticas, na monitorização dos resultados e na implementação de práticas baseadas na evidência (Robinson & Gelling, 2019).

Como referem Robinson & Gelling (2019) a participação dos enfermeiros em iniciativas de qualidade tem um impacto direto e positivo no desempenho hospitalar, sendo reconhecida a sua influência na segurança do doente, na eficiência dos processos e na satisfação dos doentes. O enfermeiro especialista, pela sua formação avançada e capacidade de análise crítica da prática, encontra-se numa posição privilegiada para liderar e promover mudanças organizacionais que elevem os padrões de qualidade.

A experiência de estágio permitiu-me desenvolver competências neste domínio, refletindo sobre práticas institucionais, propondo estratégias de melhoria e colaborando com equipas multidisciplinares com vista à excelência dos cuidados prestados.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a), espera-se que o enfermeiro especialista tenha um papel ativo na elaboração e implementação de projetos institucionais que promovam a qualidade dos cuidados prestados. Este profissional deve estar atento à avaliação contínua das práticas clínicas, identificando oportunidades de melhoria e colaborando na atualização de protocolos que favoreçam a excelência assistencial. Além disso, é fundamental que o enfermeiro especialista contribua para a criação de um ambiente centrado na pessoa, que assegure não só a eficácia dos cuidados, mas também a prevenção de incidentes e a segurança dos doentes. A sua atuação proativa é determinante para promover o bem-estar dos doentes e minimizar os riscos associados aos processos de cuidado, refletindo um compromisso ético e profissional com a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012) definem claramente o papel dos enfermeiros, não apenas no cuidado direto aos doentes, mas também na interação com a comunidade em geral. Estes padrões incluem seis enunciados descritivos fundamentais: satisfação do doente, objetivo perseguido pelo enfermeiro e que visa alcançar os mais elevados níveis de satisfação; promoção da saúde, que implica auxiliar os doentes a atingirem o seu máximo potencial de saúde; prevenção de complicações, através da antecipação e mitigação de riscos futuros; bem-estar e autocuidado, focando-se em potenciar o bem-estar dos doentes e complementar as suas necessidades nas atividades diárias; readaptação funcional, que envolve o desenvolvimento conjunto de estratégias eficazes para lidar com problemas de saúde; e organização dos serviços de enfermagem, visando a máxima eficácia na gestão dos cuidados prestados. Estes enunciados constituem uma base essencial para a atuação do enfermeiro especialista na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assegurando respostas cada vez mais seguras e centradas na pessoa.

Durante o meu percurso procurei compreender os programas de melhoria da qualidade implementados e os parâmetros avaliados nas auditorias. Este contacto permitiu-me alinhar as minhas ações com as atividades e estratégias previamente planeadas, contribuindo assim de forma ativa para a execução e monitorização destes programas.

No primeiro estágio, após análise e reflexão conjunta com o meu tutor, identificámos a relevância crítica da gestão eficaz das potenciais complicações durante a hemodiálise. A prática clínica demonstrou que grande parte destas intercorrências, como hipotensão, náuseas, cãibras ou até erros na programação das máquinas, estão frequentemente associadas a fatores humanos, como lapsos de comunicação, falhas de vigilância ou rotinas desajustadas. Esta constatação encontra eco no estudo de Greenberg e Choi (2021) que afirmam ser durante as sessões de hemodiálise que podem ocorrer complicações que podem variar de leves a potencialmente fatais, sendo que as graves são raras e estão intimamente ligadas a erro humano e são, portanto, evitáveis. As reações que podem existir são reações ao dializador e outras reações alérgicas, síndrome de desequilíbrio dialítico, pericardite urémica, embolia gasosa, desalojamento da agulha venosa, hemorragia do acesso vascular, hemólise, contaminação da água para diálise e arritmia.

Reconhecendo esta realidade, refletimos sobre a importância da implementação de estratégias de melhoria da qualidade centradas na prevenção do erro, como a padronização de procedimentos, o reforço da formação contínua da equipa, a revisão de protocolos e a promoção da cultura de segurança.

Esta experiência permitiu-me compreender de forma mais aprofundada o papel do enfermeiro especialista na análise crítica das práticas clínicas, na identificação de fragilidades dos sistemas e na participação ativa em iniciativas que visem a segurança do doente. Tal está em consonância com o que é preconizado no Regulamento n.º 140/2019 que destaca a competência do enfermeiro especialista para colaborar no desenvolvimento de programas institucionais que promovam a melhoria contínua dos cuidados prestados Ordem dos Enfermeiros (2019a). Neste contexto, assumi uma postura proativa na vigilância dos sinais de alerta durante os tratamentos e participei em momentos de partilha com a equipa, contribuindo para a reflexão sobre práticas mais seguras e eficazes em diálise.

Em contexto de SMI, foi possível reconhecer a importância dos sistemas de avaliação da qualidade, nomeadamente o SINAS@Hospitais (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), promovido pela Entidade Reguladora da Saúde. Este sistema permite a monitorização contínua de indicadores de estrutura, processo e resultado, fundamentais para garantir cuidados seguros, eficazes e centrados no

doente. Esta abordagem objetiva e regulada à qualidade contribui para a transparência, a responsabilização institucional e a melhoria dos cuidados em tempo real.

Para além desta estrutura externa de avaliação, o serviço demonstra um forte compromisso com a melhoria contínua da qualidade através da implementação de diversos protocolos assistenciais. Destacam-se as práticas de humanização dos cuidados em contexto de cuidados intensivos, a consulta de follow-up para doentes após alta da UCI, a adesão às orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com especial destaque para o programa STOP Infeção 2.0, e a integração no Projeto Verde, que promove a sustentabilidade ambiental dos cuidados de saúde. Estas iniciativas estão alinhadas com as competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente no que se refere à liderança em contextos de mudança, promoção da segurança e qualidade dos cuidados, utilização da evidência científica na prática clínica e participação ativa em projetos inovadores. O envolvimento do enfermeiro nestes processos reforça a sua atuação como agente de transformação, orientado para a excelência assistencial, a humanização e a sustentabilidade dos serviços de saúde.

A equipa tem vindo a desenvolver um grupo de trabalho específico sobre prevenção de infeções, com o objetivo de formar todos os profissionais do serviço e promover uma cultura de segurança sustentada na prática baseada na evidência. Esta iniciativa está alinhada com as orientações da Norma n.º 029/2012, que destaca a formação contínua dos profissionais como um requisito essencial para assegurar a implementação eficaz das Precauções Básicas do Controlo de Infeção. A norma reforça que todas as instituições de saúde devem garantir que os trabalhadores dispõem do conhecimento e dos meios necessários para aplicar corretamente as medidas de prevenção, sublinhando que a segurança do doente depende diretamente da capacitação técnica e científica das equipas. Assim, o investimento em formação estruturada e em equipas dedicadas ao controlo de infeção contribui para a redução de riscos, para a melhoria das práticas assistenciais e para a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a qualidade e segurança dos cuidados (Direção Geral da Saúde, 2012).

Entre as iniciativas já implementadas, destaca-se a instituição de quadros de referência visuais sobre a elevação da cabeceira da cama a 30°, colocados em pontos estratégicos da unidade, como medida preventiva contra a pneumonia associada à ventilação mecânica.

Além disso, estavam em fase de início da utilização sistemática de fixadores de cateter vesical, estratégia alinhada com as orientações internacionais para redução da infeção urinária associada a cateter vesical. Estas práticas demonstram o compromisso da equipa com a qualidade e a segurança

do doente, e alinham-se com as competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente na liderança de processos de mudança, aplicação de práticas baseadas na evidência, promoção da formação em serviço e participação ativa em projetos de melhoria contínua.

O envolvimento estruturado da equipa reforça a importância do papel do enfermeiro como agente de prevenção, inovação e excelência em cuidados críticos. De acordo com a Patel et al. (2023) estas estratégias incluem a utilização criteriosa do cateter vesical, limitando a sua inserção a indicações clínicas rigorosas e promovendo a sua remoção o mais precoce possível.

A manutenção de um sistema fechado de drenagem urinária e a implementação de práticas assépticas são essenciais para reduzir o risco de contaminação. Particularmente relevante é a utilização sistemática de fixadores de cateter, que previnem o deslocamento do mesmo e as lesões uretrais associadas, fatores que facilitam a colonização bacteriana e o desenvolvimento de infeções.

A formação contínua da equipa de enfermagem e dos demais profissionais de saúde, associada à monitorização sistemática dos indicadores de infeção e à realização de auditorias clínicas, constitui uma componente crítica para a implementação eficaz destas práticas. Neste contexto, o EEEMC desempenha um papel central, aplicando as suas competências na liderança da melhoria contínua da qualidade, na promoção da segurança do doente e na implementação de práticas baseadas na evidência científica. O seu envolvimento na coordenação de grupos de trabalho dedicados à prevenção de infeções e na formação da equipa reflete a sua capacidade de atuar como agente de mudança e de excelência clínica, assegurando cuidados que respeitam os princípios da humanização e da sustentabilidade.

Assim, a adoção das orientações internacionais para a prevenção da infeção associada ao cateter vesical representa uma prática exemplificativa da competência técnica e do compromisso ético do enfermeiro especialista na melhoria dos cuidados críticos.

Durante o estágio no SU, acompanhei diversos projetos orientados para a melhoria contínua da qualidade, abrangendo diferentes áreas funcionais do serviço. Na área da Emergência, destaca-se a reformulação da sala de emergência, que visa otimizar o espaço físico e os fluxos de trabalho, promovendo maior eficiência e segurança no atendimento. Paralelamente, realizam-se sessões mensais de simulação clínica, fundamentais para o desenvolvimento das competências técnicas, habilidades e conhecimentos da equipa multidisciplinar. Durante este estágio desenvolvi um protocolo de melhoria

focado na colocação da linha arterial e nos cuidados a ter com a mesma, com o objetivo de uniformizar a prática clínica e diminuir o risco de infeção associada (Apêndice I).

Na área da triagem, são realizadas auditorias internas mensais com o propósito de uniformizar e melhorar o processo, mantendo-se ativo o programa "*Ligue Antes, Salve Vidas*", que incentiva o contacto prévio dos doentes para otimizar o encaminhamento e o acesso aos cuidados. No âmbito da minha intervenção na área de triagem, em colaboração com a minha colega de estágio, participei na conceção de um protocolo denominado "Protocolo de Febre para Adultos" (Apêndice II) orientado para a administração de antipiréticos antes da observação médica. Esta medida não teve como objetivo tratar a causa subjacente da febre, mas sim atenuar este sintoma de forma segura e eficaz, com base em critérios clínicos previamente definidos, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade das práticas clínicas.

O objetivo deste protocolo é assegurar a identificação precoce de doentes com febre, permitindo uma intervenção célere perante este sinal vital, frequentemente associado a estados infeciosos ou inflamatórios. Paralelamente, procurou-se minimizar os efeitos secundários associados ao estado febril, como o desconforto térmico, a dor e a descompensação de quadros clínicos pré-existentes.

Com esta abordagem, foi possível melhorar a qualidade do atendimento e o conforto dos doentes febris que recorrem ao SU, promovendo um cuidado mais humanizado e responsivo. Adicionalmente, a intervenção precoce permitiu, em alguns casos, uma redução do tempo de permanência dos doentes no SU, contribuindo para a eficiência global da resposta assistencial.

Com vista à implementação efetiva desta proposta no serviço, o protocolo foi formalmente apresentado e enviado aos enfermeiros tutores e ao enfermeiro gestor da unidade, para apreciação, validação e eventual integração nos procedimentos operacionais do serviço. Esta iniciativa está em linha com o Despacho n.º 5613/2015, que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que destaca a importância da melhoria contínua dos cuidados, da capacitação e envolvimento dos profissionais de saúde e da promoção de práticas baseadas na evidência (Ministério da Saúde, 2015). De forma complementar, o Despacho n.º 9390/2021, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, sublinha a necessidade de práticas seguras em ambientes controlados, da consolidação de uma cultura de segurança e da participação ativa dos profissionais na governança da segurança do doente (Direção Geral da Saúde, 2021a). Ao integrar o protocolo nos procedimentos internos, fortalece-se a aplicação de práticas baseadas na evidência, promove-se a segurança e

qualidade dos cuidados, e reforça-se o papel do enfermeiro especialista como dinamizador de boas práticas, facilitador da formação contínua e agente ativo na gestão e organização do SU.

4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a), entre as competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem, potenciando a eficácia da equipa e a articulação com os restantes profissionais de saúde, bem como a aptidão para ajustar a liderança e a gestão dos recursos às circunstâncias e ao contexto. Estas competências contribuem para reforçar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e das tarefas delegadas.

No âmbito da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista deve, no exercício das suas funções, maximizar a eficácia do processo de tomada de decisão, assegurando apoio técnico sempre que pertinente. Compete-lhe, igualmente, participar nas deliberações relativas à conceção dos cuidados, reconhecendo os limites da sua intervenção e, quando necessário, negociando ou encaminhando o processo de tomada de decisão para outros profissionais de saúde com competências adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) A este propósito, o REPE, no artigo 9º preconiza que a gestão e a assessoria são intervenções de enfermagem que contribuem para a melhoria e evolução dos cuidados de enfermagem. De forma complementar, a Lei de Bases da Saúde determina que a administração dos recursos disponíveis é um elemento fundamental das políticas de saúde, devendo ser orientada por critérios de efetividade, eficiência e qualidade (Lei de Bases, 2019).

O Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, n.º 76/2018, reconhece que a atuação dos enfermeiros em funções de gestão é fundamental para garantir a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde, representando um fator-chave na melhoria dos resultados assistenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). No contexto das competências do Domínio da Gestão dos Cuidados, esta regulação estabelece que os enfermeiros com competências avançadas devem planear, coordenar e supervisionar os processos de cuidado, assegurando a utilização eficiente dos recursos disponíveis e a aplicação de práticas baseadas em evidência. Ademais, destaca-se a importância da liderança colaborativa, do acompanhamento da equipa e da implementação de estratégias que promovam a melhoria contínua, fortalecendo a cultura de segurança e a eficácia dos cuidados prestados.

No estágio em contexto de hemodiálise, observei a implementação da figura do enfermeiro responsável de turno. No entanto, nem sempre esta função é desempenhada por um EE, devido ao reduzido

número destes profissionais no serviço. O enfermeiro responsável é selecionado com base na sua qualificação e experiência específica na área da diálise, assumindo um papel de coordenação reforçada dentro da equipa. Para além das tarefas clínicas habituais, este profissional gere as dinâmicas da sala, organizando e distribuindo os doentes e os respetivos cuidados, ajustando o rácio enfermeiro/doente conforme as necessidades, e garantindo a articulação eficaz com o médico residente. Em situações de ausência do enfermeiro gestor, o enfermeiro responsável assegura ainda a continuidade da liderança operacional do turno, garantindo o funcionamento regular e a qualidade dos cuidados prestados.

No SU, o responsável de turno e da equipa é um EE. Esta figura assume um papel crucial na coordenação dos cuidados e na liderança da equipa, sendo responsável pela organização da distribuição dos doentes conforme a disponibilidade e competências dos elementos, pela gestão dos recursos materiais e pela supervisão das práticas clínicas. Para além destas funções operacionais, o EE promove momentos de reflexão e aprendizagem entre os colegas, incentivando o desenvolvimento profissional contínuo. Destaca-se ainda a sua interação direta e eficaz com a equipa médica, o que contribui para uma comunicação integrada e para a qualidade dos cuidados prestados.

No SMI, o enfermeiro responsável de turno é sempre um EE. Assume diversas funções de coordenação, incluindo a gestão das altas e entradas no serviço, a distribuição dos doentes pelos colegas e a sua mobilização quando necessário. Além disso, participa na passagem de turno médica, atuando como elo de ligação entre as equipas, apoia os colegas durante o turno conforme necessário e assegura a verificação do carro de emergência, garantindo a prontidão para situações críticas.

O Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, n.º 76/2018, da Ordem dos Enfermeiros, p. (2018a, p. 3478), refere que "o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde". No campo de ação da gestão dos cuidados, integra-se igualmente a supervisão das tarefas delegadas, garantindo que a sua execução ocorre com padrões elevados de segurança e qualidade. De facto, a delegação de tarefas pode ser realizada pelos enfermeiros, desde que atribuída a profissionais que detenham a preparação e as competências necessárias, conforme estipulado no artigo 10.º do REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que reporta à liderança e gestão de recursos, o EE deve demonstrar não apenas competência na otimização do trabalho da equipa, adequando recursos às necessidades dos cuidados, mas também

capacidade para adaptar o seu estilo de liderança de modo a potenciar a resposta mais eficaz do grupo e de cada um dos seus elementos (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Atendendo às exigências de qualidade e segurança nos cuidados prestados em contexto de cuidados intensivos, o Regulamento n.º 743/2019 recomenda que a constituição das equipas garanta que 50% dos profissionais sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente com diferenciação na área da PSC. Esta proporção deve ser assegurada em regime de permanência nas 24 horas, sendo igualmente aplicável à constituição de cada turno (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A presença destes profissionais altamente qualificados contribui de forma decisiva para a segurança do doente, ao assegurar a prestação de cuidados especializados, a tomada de decisão clínica fundamentada, a vigilância contínua e a intervenção rápida perante situações críticas. Aporta, também, benefícios para a segurança da equipa, uma vez que a experiência e competência destes enfermeiros permitem uma melhor organização do trabalho, supervisão adequada das tarefas delegadas, orientação e apoio aos colegas menos experientes, promovendo a eficiência, reduzindo riscos de erro e fortalecendo a cultura de segurança no serviço. Assim, a constituição das equipas com enfermeiros especialistas não garante apenas a excelência técnica, mas também a resiliência e a segurança global da UCI.

No estágio no SU aferi que cabe ao enfermeiro responsável da equipa, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a elaboração do plano de distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho no início de cada turno. Este processo tem como principal objetivo garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, sendo que há uma preferência clara na atribuição de um EEEMC à sala de emergência, dada a complexidade e criticidade dos casos ali atendidos. No posto de triagem, privilegia-se igualmente a colocação de um especialista EEEMC ou, na sua ausência, de um enfermeiro com mais de dois anos de experiência prática no SU, assegurando assim competências consolidadas na avaliação clínica e na priorização adequada dos cuidados.

O Regulamento n.º 743/2019 recomenda que, em contextos de urgência (incluindo a sala de emergência e triagem), os enfermeiros designados como coordenadores funcionais de turno, bem como os que asseguram o posto da sala de emergência, sejam EEEMC preferencialmente com formação na área da PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Com base no exposto, saliento a importância da gestão dos cuidados prestados à PSC, tendo em conta que estas situações requerem intervenções rápidas e eficazes, onde a priorização dos cuidados se revela essencial para uma prática de excelência. Considerando as competências específicas do enfermeiro especialista, este possui o conhecimento e a capacidade de antecipar possíveis complicações, assumindo um papel fundamental na adequação dos recursos às necessidades de cuidados, promovendo, assim, a segurança e a qualidade na prestação dos mesmos.

No SMI, a liderança assume predominantemente uma natureza transformacional, incentivando a motivação dos profissionais, valorizando o desenvolvimento contínuo de competências e fortalecendo a coesão da equipa perante os desafios complexos e exigentes deste ambiente clínico. De acordo com Lee et al. (2023) a adoção de estilos de liderança e gestão eficazes, particularmente o estilo transformacional, tem sido relacionada com a melhoria dos resultados em saúde, incluindo a redução de eventos adversos, maior satisfação dos doentes e perceção mais positiva da qualidade dos cuidados prestados.

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EEEMC assume-se como facilitador nos processos de aprendizagem e desempenha um papel ativo na investigação, contribuindo para a produção e aplicação de conhecimento científico na prática clínica especializada.

Durante o período de estágio, procurei investir no desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, reconhecendo a importância destes aspetos na construção de uma prática profissional reflexiva e segura. Compreendi que a forma como me posiciono perante os outros colegas, doentes e equipa multidisciplinar influência significativamente a qualidade das relações estabelecidas, bem como o ambiente terapêutico. Este processo implicou uma constante análise crítica sobre as minhas atitudes, reações e decisões, promovendo uma atuação mais consciente e ajustada ao contexto clínico.

Paralelamente, a minha prática foi sustentada por conhecimento científico atual e relevante, com base na melhor evidência disponível. A prática clínica especializada deve apoiar-se em evidência científica sólida, assegurando que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes e atualizados. De acordo com os artigos 97.º, 100.º e 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro, cabe ao profissional atuar com base em conhecimentos científicos e técnicos atuais, garantindo a qualidade e a segurança dos

cuidados fornecidos. O enfermeiro deve garantir a sua constante atualização, dedicando-se à formação contínua e ao desenvolvimento das suas competências profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Adotei uma postura proativa na procura de informação, aplicando-a nas decisões clínicas e discutindo-a com a equipa sempre que pertinente. Este compromisso com a prática baseada na evidência refletiu-se tanto na qualidade dos cuidados prestados como na minha evolução enquanto profissional em formação. Além disso, participei em momentos de partilha de conhecimento, assumindo um papel ativo na promoção de aprendizagens entre pares e no fortalecimento da cultura de investigação.

Numa UCI, face à complexidade que o serviço exige e à tecnologia avançada que o caracteriza, associadas à instabilidade clínica e à gravidade das situações, existe uma maior propensão para a ocorrência de conflitos entre os profissionais de saúde (Savel & Munro, 2013). Neste contexto desafiante, o enfermeiro especialista, pelas suas competências específicas em comunicação eficaz e liderança relacional, desempenha um papel fundamental na promoção de um ambiente de trabalho colaborativo. A sua intervenção é essencial na prevenção e gestão construtiva de conflitos, contribuindo para a coesão da equipa e garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

A qualidade dos cuidados de saúde está fortemente relacionada com a harmonia das relações interpessoais entre os membros das equipas de saúde. Assim, torna-se essencial adotar medidas preventivas para minimizar potenciais conflitos, bem como implementar estratégias eficazes para a sua resolução (Organização Mundial da Saúde, 2021).

No SU, realizam-se mensalmente exercícios de prática simulada na sala de emergência, com a participação rotativa dos elementos da equipa. Tive a oportunidade de assistir e participar ativamente nestas simulações, o que se revelou extremamente enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional. Foram recriados cenários críticos, simulando a entrada de doentes em situação de emergência, o que me permitiu desenvolver o pensamento crítico e refletir, em conjunto com a equipa, sobre as melhores abordagens a adotar, aspetos a melhorar na organização da sala e estratégias para otimizar a resposta da equipa. Estas sessões demonstraram claramente a importância da prática simulada como ferramenta de treino técnico, consolidação de procedimentos e, sobretudo, como espaço de reflexão coletiva sobre o desempenho individual e da equipa em contexto crítico. Esta prática contribui para uma atuação mais coordenada, segura e eficaz, promovendo a preparação da equipa para situações reais de emergência.

Coutinho et al. (2016) defendem que a qualidade dos cuidados de saúde está diretamente relacionada com o desenvolvimento e treino de competências, habilidades e atitudes específicas, particularmente na gestão de cenários complexos, tanto em contextos clínicos reais como em situações de prática simulada. Neste sentido, o *debriefing* assume um papel central, funcionando como um momento estruturado de análise e discussão após o exercício. Através desta reflexão orientada, os profissionais identificam pontos fortes, aspetos a melhorar na organização e na comunicação, e ajustam condutas futuras. Esta prática contribui para a melhoria contínua, promove a segurança do doente e fortalece o trabalho em equipa, potenciando uma resposta mais eficaz e coesa em situações reais de emergência.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com ênfase na formação contínua e na prática baseada na evidência, corresponde à competência comum na qual me concentrei de forma mais aprofundada ao longo do estágio. Acredito que o desenvolvimento de conhecimentos é essencial para aumentar a capacidade de prestar cuidados de qualidade, capacitando o enfermeiro para uma atuação especializada e eficaz perante diferentes contextos clínicos.

Tendo em conta que nunca tinha experienciado um SU, todo esse ambiente se revelou novo para mim. Encarei essa realidade como uma oportunidade de aprendizagem, procurando absorver ao máximo os conhecimentos relacionados com a atuação do enfermeiro especialista em situações de emergência.

No SMI, um contexto mais familiar, tive a possibilidade de consolidar e aprofundar os meus conhecimentos. Este estágio foi também marcado por vários momentos de partilha e discussão de práticas com os enfermeiros do serviço, os quais contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento profissional.

Durante o estágio no SU, em diálogo contínuo com o meu tutor e a equipa, identificámos uma elevada taxa de reinternamento de doentes, que, segundo dados do *Benchmarking* Hospitalar, corresponde a cerca de 1 em cada 10 doentes. Esta análise baseada em evidência permitiu compreender que muitas reinternamentos estavam associadas a altas precoces, o que sublinha a necessidade de utilizar informação rigorosa e científica para orientar as práticas e melhorar os resultados assistenciais. Assim, o recurso a dados e à evidência científica fortalece a capacidade do enfermeiro especialista para tomar decisões informadas, promover a qualidade dos cuidados e contribuir para a melhoria contínua do serviço prestado.

Face a este cenário, sugeri a implementação de uma consulta de *follow-up* pós-alta do SU com o objetivo de acompanhar os doentes, identificar precocemente sinais de descompensação clínica e

recolher o seu *feedback* relativamente aos cuidados prestados. Para operacionalizar esta iniciativa, define-se um critério de elegibilidade que privilegia doentes com alta recente do serviço de urgência, em particular aqueles com maior risco de complicações. É igualmente estabelecido um agendamento inicial, que poderá ser presencial, telefónico ou por teleconsulta, de acordo com a condição clínica do doente. Durante a consulta, o enfermeiro especialista realiza avaliação clínica, reforça a educação para a saúde, recolhe perceções sobre a experiência vivenciada e ajusta estratégias terapêuticas sempre que necessário. Esta abordagem visa reduzir reinternamentos, fortalecer a segurança do doente e promover uma prática de enfermagem centrada na pessoa, segura e baseada em evidência, reforçando o papel do enfermeiro especialista na liderança clínica e na melhoria contínua.

Um estudo recente de Sakashita et al. (2025) reforça a eficácia das intervenções de transição de cuidados lideradas por enfermeiros no período pós-alta hospitalar. No estudo foi demonstrado que estas intervenções que incluem, entre outros elementos, consultas de seguimento, contacto telefónico e educação para o autocuidado contribuem significativamente para a redução de reinternamentos e visitas não programadas aos serviços de urgência. Os resultados revelam que, em doentes acompanhados por estas intervenções, há menos 330 reinternamentos por cada 1.000 doentes num período de 12 semanas após a alta. Além disso, verificou-se uma melhoria na qualidade de vida dos doentes, sobretudo ao nível do bem-estar mental.

Estes dados sustentam a proposta de implementação de uma consulta de follow-up no contexto do SU do hospital onde realizei o estágio, reforçando o papel do enfermeiro especialista na continuidade de cuidados e na promoção da segurança do doente após a alta hospitalar.

4.2. Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista

De acordo com o Regulamento nº140/2019 as competências específicas "são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4745).

Considera-se que a PSC é aquela cuja vida se encontra em risco devido à falência, ou iminente falência, de uma ou mais funções vitais, exigindo para a sua sobrevivência recursos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Nestas circunstâncias, a pessoa necessita de cuidados

altamente especializados e contínuos, capazes de responder de forma eficaz às necessidades comprometidas, assegurando a manutenção das funções vitais, a prevenção de complicações e a minimização de incapacidades, promovendo assim a recuperação global (Ordem dos Enfermeiros, 2018c).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica atua em situações clínicas complexas, tanto médicas como cirúrgicas, agudas ou crónicas. É responsável pelo planeamento, execução e avaliação de cuidados diferenciados, com vigilância clínica avançada, deteção precoce de complicações e aplicação de medidas integradas de prevenção, tratamento e reabilitação. Para isso, alia conhecimento técnico-científico atualizado a uma abordagem sistémica, adaptando os cuidados às necessidades do doente e da família (Ordem dos Enfermeiros, 2018c).

No SU, a experiência adquirida permitiu o aperfeiçoamento da avaliação rápida dos doentes, a identificação precoce de situações críticas e a adequada priorização de intervenções, bem como o desenvolvimento de competências de liderança e coordenação da equipa em contextos marcados pela elevada rotatividade.

No contexto de hemodiálise, foram aprofundadas competências na monitorização de doentes crónicos, na gestão de acessos vasculares e na implementação de medidas rigorosas de prevenção e controlo da infeção, destacando-se ainda a orientação e a educação para a saúde dirigida aos doentes e respetivas famílias.

Nos cuidados intensivos, a prática clínica possibilitou o desenvolvimento de competências de vigilância avançada da PSC, a execução de intervenções altamente complexas, a supervisão da equipa e a tomada de decisões fundamentadas, sempre sustentadas pela evidência científica e pelos protocolos institucionais.

Esta diversidade de experiências permitiu integrar, de forma consistente, conhecimentos teóricos com prática clínica avançada, consolidando competências de avaliação, intervenção, liderança, segurança do doente e educação para a saúde, fundamentais para o exercício do Enfermeiro Especialista em contextos de elevada exigência e complexidade clínica.

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

A PSC, bem como a sua família ou cuidador, exige do enfermeiro especialista a mobilização de uma ampla gama de aptidões técnicas, científicas e relacionais, face à urgência e complexidade da condição clínica apresentada. Esta exigência é intensificada pelo risco elevado de instabilidade, pela necessidade de respostas rápidas e eficazes e pela implementação de protocolos terapêuticos rigorosos e tecnicamente avançados. Nestes contextos, a atuação do enfermeiro especialista assume um papel central na promoção da estabilidade, segurança e humanização dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018c).

Em conformidade com o Regulamento n.º 429/2018, nos cuidados de enfermagem prestados à PSC, bem como às famílias e cuidadores, é essencial assegurar uma observação ininterrupta e estruturada, que possibilite a recolha sistemática e rigorosa de informações para compreender de forma contínua o estado clínico do doente e do seu contexto familiar, antecipando possíveis complicações e garantindo intervenções rápidas, eficazes e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018c). O mesmo regulamento refere, ainda, que a monitorização e a avaliação diagnóstica frequentes são essenciais nestes contextos. Cuidar de doentes em fases críticas de doença ou com falência orgânica, bem como apoiar as suas famílias e cuidadores, é uma competência avançada do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Durante os estágios, procurei implementar um conjunto de intervenções especializadas alinhadas com as competências definidas para o enfermeiro especialista, nomeadamente no cuidado à PSC. Desenvolvi estas competências em contextos variados, incluindo o serviço de urgência, a sala de emergência e a unidade de cuidados intensivos.

As intervenções efetuadas englobam a prestação de cuidados de alta complexidade a doentes em situações emergentes, com foco na antecipação de instabilidades e risco de falência orgânica. Participei na administração de protocolos terapêuticos complexos e na gestão diferenciada da dor, bem-estar e conforto da PSC e da sua família.

Reconhecendo a importância da comunicação interpessoal, dediquei-me à sua gestão eficaz, essencial para o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica. Atuei como agente facilitador na transição do processo saúde-doença, apoiando a pessoa, a família e o cuidador na resposta emocional às situações críticas e à falência orgânica, promovendo um cuidado integral e humanizado.

Durante o estágio na clínica de hemodiálise tive oportunidade de cuidar de pessoas em situação de doença crónica, que apesar da estabilidade aparente, apresentam um risco contínuo de descompensação e instabilidade hemodinâmica. Embora se trate de um contexto de cuidados prolongados, mantive-me sempre atenta à monitorização constante dos sinais vitais e outros parâmetros clínicos, com o objetivo de identificar precocemente qualquer sinal de agravamento. Esta vigilância permitiu-me atuar de forma preventiva, promovendo a segurança e o bem-estar dos doentes. Além disso, mantive uma comunicação próxima com a equipa multidisciplinar e com os familiares, assegurando uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

No SU, os procedimentos mais invasivos são realizados na sala de emergência, inclusive em doentes já internados no serviço. Durante o meu estágio colaborei na colocação de um CVC num doente que se encontrava internado há alguns dias, com suporte de oxigenoterapia em altas concentrações, necessidade de administração de aminas em doses elevadas e maus acessos periféricos.

O doente encontrava-se acordado e agitado, pelo que sugeri ao meu tutor a possibilidade de administrar sedoanalgesia, ainda que ligeira, para garantir maior conforto durante o procedimento. No entanto, os médicos responsáveis pela intervenção, provenientes do serviço de cirurgia geral, mostraram-se reticentes à sugestão, justificando que o doente apresentava via aérea difícil, o que poderia complicar uma eventual entubação em caso de paragem cardiorrespiratória. Assim, apenas foi administrada analgesia local no local previsto para a inserção do cateter.

Durante a tentativa, estavam dois médicos a realizar em simultâneo o acesso, um na veia jugular interna e outro na femoral, o que levou a que o doente ficasse ainda mais agitado e apresentasse gemidos de dor. Neste contexto, o doente entrou em taquicardia ventricular, obrigando à interrupção imediata do procedimento e à chamada da equipa de medicina interna. Posteriormente, o doente foi transferido para o hospital de referência para receber uma resposta clínica mais avançada.

Após cerca de três horas na sala de emergência, durante as quais o acesso venoso central não foi colocado, tive uma troca de impressões com o meu orientador, discutindo a importância da administração de sedoanalgesia para garantir o conforto do doente e tornar o procedimento mais linear e seguro, evitando a agitação e o sofrimento. Durante todo este período, os familiares do doente aguardavam fora da sala de emergência, sendo informados de forma clara e empática sobre o ocorrido e a necessidade de transferência imediata para o hospital de referência.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC constitui uma competência do EE, que implica a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de desconforto, a gestão farmacológica e não farmacológica da dor assim como a gestão de situações de sedoanalgesia (Ordem dos Enfermeiros, 2018c).

O hospital onde realizei o estágio no SU os doentes com instabilidade hemodinâmica são estabilizados na sala de urgência e, posteriormente, transportados para o hospital de referência. Durante o período de estágio foram várias as situações que levaram à ativação da sala de emergência, algumas delas tratáveis no hospital, como por exemplo, edema agudo de pulmão, crises convulsivas, politraumatismos ligeiros, entre outras. Estas experiências permitiram-me compreender, na prática, a importância de uma triagem correta, adequada e eficaz, como etapa fundamental para a priorização dos cuidados e para a ativação atempada de vias de referenciação.

Segundo a Direção-Geral da Saúde, na Norma n.º 002/2018, o Sistema de Triagem de Manchester tem como finalidade identificar, de forma estruturada e objetiva, os sinais e sintomas que indicam a gravidade do estado clínico da pessoa. Este método permite classificar a urgência do atendimento, atribuindo um nível de prioridade e um tempo recomendado para que o doente seja avaliado pela equipa médica. Este processo contribui para uma organização eficiente do SU, garantindo que as pessoas em situação mais crítica sejam atendidas com a rapidez necessária, promovendo assim a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Direção Geral da Saúde, 2018).

Neste contexto, torna-se evidente a importância de os enfermeiros dominarem o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (ANEXO I), uma vez que o seu conhecimento técnico e capacidade de atuação rápida e estruturada são cruciais para a estabilização inicial do doente, tomada de decisão em situações críticas e articulação eficaz com a equipa multidisciplinar, garantindo assim uma resposta segura, eficiente e baseada em boas práticas.

Uma das emergências que assisti e tive oportunidade de colaborar no SU foi o caso de uma senhora com hipoglicemia severa, a dessaturar e com alteração do estado de consciência, que foi encaminhada de imediato para a sala de emergência. Procedeu-se à monitorização da doente, onde estava hipotensa e hipotérmica. Foram colhidas análises e gasometria arterial, onde se evidenciou um aumento significativo dos lactatos. Chamamos a família, pedimos o histórico de medicação da doente e, efetivamente, percebemos que fazia dosagens desajustadas do antidiabético oral. Deste modo, a comunicação eficaz com a família revelou-se essencial para a obtenção de informações clínicas imprescindíveis para o diagnóstico e planeamento da intervenção, evidenciando o papel do enfermeiro

na integração do doente e da sua rede de suporte no processo de cuidado. Desta forma, reforçou-se a importância de um cuidado centrado na pessoa e na sua família, com abordagem humanizada e multidisciplinar, mesmo em contextos de elevada complexidade e urgência.

Outra das situações com que me deparei no SU ocorreu na sala de medicina interna, onde, por norma, os sinais vitais são monitorizados durante a manhã. Com o intuito de avaliar os doentes previamente a qualquer intervenção, tomei a iniciativa de proceder à vigilância dos sinais vitais, tendo identificado uma bradicardia acentuada numa doente, com uma frequência cardíaca de aproximadamente 25 batimentos por minuto. Perante esta situação, procedi de imediato à monitorização contínua, confirmando a bradicardia, e alertei prontamente o meu enfermeiro tutor e a equipa médica. Foi realizado um eletrocardiograma , que revelou um bloqueio auriculoventricular completo. A doente foi, então, estabilizada e posteriormente transferida para o hospital de referência para avaliação e eventual colocação de pacemaker. Esta experiência reforçou a importância da vigilância proativa, da tomada de decisão clínica fundamentada e da comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

O meu espírito crítico e capacidade de atuação célere permitiram-me intervir de forma segura e desenvolver competências essenciais enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente no âmbito da vigilância clínica, resposta a situações críticas e prestação de cuidados diferenciados à pessoa em risco de falência orgânica. Conforme defende Benner (2001) a vigilância é uma intervenção de enfermagem fundamental, que permite prevenir complicações, reconhecer sinais de agravamento clínico e intervir de forma eficaz antes que ocorram situações irreversíveis.

Durante o estágio no SU, deparei-me com vários doentes em fase terminal, cuja condição clínica apresentava um prognóstico desfavorável. Nestes casos, a prioridade da equipa centrou-se na promoção do conforto e bem-estar do doente. Para tal, os doentes eram encaminhados para a ala respiratória, um espaço mais tranquilo e reservado, que permite maior privacidade e facilita a presença alargada dos familiares.

Apesar do desfecho inevitável, foi evidente o empenho da equipa em assegurar a dignidade do doente, através de cuidados paliativos integrados, e em envolver a família no processo, garantindo apoio emocional e psicológico.

O SMI enquanto unidade de cuidados intensivos polivalente, recebe doentes com múltiplas disfunções orgânicas, abrangendo os sistemas respiratório, cardiovascular, neurológico, renal, gastrointestinal e

doentes neurocríticos. A diversidade de patologias proporciona um ambiente rico em desafios clínicos, onde uma variedade de novas experiências e aprendizagens contínuas emergem diariamente durante a prestação de cuidados que contribuíram para o desenvolvimento do meu espírito crítico e para aprimorar técnicas de enfermagem. A complexidade dos casos reforça a necessidade de uma atuação especializada, interdisciplinar e centrada na pessoa, possibilitando o desenvolvimento de competências técnicas e humanas, essenciais para a resposta eficaz às necessidades dos doentes críticos.

A PSC apresenta um risco elevado de instabilidade elétrica e hemodinâmica, pelo que a observação e vigilância contínuas por parte do enfermeiro são fundamentais para a deteção precoce de alterações clínicas que possam comprometer a sua estabilidade. Esta monitorização constante permite uma intervenção rápida e adequada, contribuindo para a prevenção de complicações graves e para a garantia da segurança do doente.

De acordo com Pinto et al. (2021), o enfermeiro desempenha um papel fundamental na identificação precoce de complicações e na deteção de sinais e sintomas de deterioração clínica em pessoas em situação crítica. A observação cuidadosa da pessoa, aliada à correta valorização dos dados recolhidos, é essencial para possibilitar intervenções rápidas e eficazes, melhorando assim o prognóstico do doente.

No SMI, os dados clínicos dos doentes são inicialmente registados pelo enfermeiro numa folha em papel a cada duas horas, incluindo parâmetros vitais, modos ventilatórios, dados do ventilador, entradas e saídas de líquidos, débito urinário e, no final de cada turno, o balanço hídrico. Posteriormente, todas essas informações são transferidas para o sistema informático *Patient Care*, que automatiza o registo dos parâmetros vitais, dados do ventilador e a medicação administrada por sistemas de perfusão, com exceção de algumas medicações administradas por via livre, que devem ser registadas manualmente.

Na minha opinião, esta prática implica uma duplicação de registos e trabalho, já que o sistema informático oferece uma plataforma completa e acessível para toda a equipa multidisciplinar. Além disso, o uso excessivo de papel contraria os objetivos do "Projeto Verde" em curso, que visa reduzir a pegada ecológica. Ao conversar com os colegas, percebi que estão em fase de transição para eliminar o uso da folha em papel, mas mantêm este método por hábito e porque sentem que o registo em papel permite um controlo mais rigoroso e minimiza erros no balanço hídrico.

No SMI observei que a primeira preocupação dos enfermeiros era com o ajuste dos alarmes dos doentes à situação em que eles se encontravam, de forma a estarem sempre alerta a qualquer alteração ou instabilidade do doente. Desenvolvi também essa característica, compreendendo a importância de configurar corretamente os parâmetros dos alarmes para garantir uma monitorização eficaz e permitir uma intervenção rápida em caso de alterações clínicas. A meu ver esta prática reforça a vigilância contínua, fundamental no cuidado ao doente crítico, e contribui para a segurança e estabilidade hemodinâmica durante todo o período de internamento.

A promoção do conforto do doente era uma preocupação no SMI, especialmente no que diz respeito ao sono e descanso. A unidade, por natureza, apresenta diversos fatores que dificultam o repouso, como os alarmes contínuos da monitorização e do ventilador, a iluminação constante, a entrada e saída frequente de doentes e profissionais, e uma equipa multidisciplinar extensa, cuja presença contribui para o aumento do ruído devido a conversas paralelas.

Observei que, para minimizar estas perturbações, a equipa procura desligar as luzes o mais cedo possível, criando um ambiente mais propício ao sono. Relativamente ao controlo do ruído, o serviço disponibiliza tampões auriculares para os doentes, facilitando o descanso e ajudando a reduzir o impacto do ambiente hospitalar na qualidade do sono. Estas estratégias refletem a preocupação da equipa em cuidar da pessoa de forma holística, reconhecendo a importância do sono para a recuperação e bem-estar dos doentes críticos.

Achury-Saldaña & Achury (2010) afirmam que a privação de sono é uma questão significativa nos cuidados intensivos, uma vez que pode comprometer a recuperação clínica dos doentes, devido ao ambiente stressante e muitas vezes agressivo da unidade. Realça-se cada vez mais a implementação de estratégias e intervenções que favoreçam a criação de um ambiente mais calmo e adequado ao descanso dos doentes.

No SMI é feita uma avaliação rigorosa e sistemática da dor, sendo implementas pela equipa medidas farmacológicas e não farmacológicas eficazes para o seu alívio. Reconhece-se que os doentes internados estão frequentemente sujeitos a procedimentos invasivos e que, em função da sua condição clínica, necessitam de um controlo mais rigoroso e contínuo deste sintoma. De acordo com Direção Geral da Saúde (2003) é fundamental que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam devidamente reconhecidos, avaliados e registados de forma sistemática pelos profissionais de saúde, constituindo uma prática de excelência e uma abordagem humanizada a todos os doentes. A intensidade da dor

deve ser registada de forma consistente, sendo considerada equivalente a um sinal vital e integrada na monitorização clínica de rotina.

O sistema informático *Patient Care* disponibiliza acesso a diversas escalas para a avaliação da dor. No SMI, a Escala BPS- Behavioral Pain Scale (Anexo II) é amplamente utilizada para doentes entubados, sedados e submetidos à ventilação mecânica, que não conseguem expressar ou avaliar diretamente a sua dor. Para os doentes que não estão sedados, recorre-se frequentemente à escala numérica da dor, permitindo uma avaliação objetiva e direcionada do desconforto referido. De acordo com Ferreira et al. (2014) a implementação de escalas de avaliação da dor na UCI tem demonstrado melhorar os resultados clínicos, incluindo a redução do uso de analgésicos e sedativos, assim como a diminuição do tempo de ventilação mecânica e do período de internamento.

No SMI antes do primeiro contato direto da família com o doente, realiza-se uma pequena conferência familiar na sala de espera de visitas. Nesta reunião, estão presentes o médico e o enfermeiro responsáveis do doente, que acolhem os familiares, apresentam o funcionamento do serviço e fornecem um guia de acolhimento com informações práticas e de suporte. Este momento inicial é fundamental, pois permite criar um espaço de comunicação empática e esclarecimento, onde a equipa de saúde explica a situação clínica do doente, o seu estado atual e os possíveis desfechos. Ao mesmo tempo, dá-se início ao processo de construção de uma relação terapêutica com os cuidadores, promovendo a confiança, a humanização dos cuidados e o suporte emocional necessário num contexto de grande vulnerabilidade.

Esta prática reforça a importância do papel do enfermeiro não só na prestação de cuidados diretos ao doente crítico, mas também no apoio à família/cuidadores, ajudando-os a compreender e a lidar com a complexidade do momento que atravessam. Esta foi uma experiência marcante que contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

De acordo com Mendes (2016), é importante reconhecer que para a família que vivencia uma situação potencialmente traumática, a forma como a informação é comunicada assume um papel central. A clareza da mensagem, aliada ao modo como é transmitida, é determinante para a compreensão da situação e para o processo de adaptação da família. Neste contexto, a postura sensível, empática e humana do profissional de saúde é determinante para que a família se sinta compreendida e amparada durante este momento particularmente difícil.

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

Os cuidados à PSC podem decorrer de contextos de emergência, exceção ou catástrofe, implicando risco iminente de vida. Nestes cenários, espera-se que o EEEMC atue de forma rápida, estruturada e eficaz, assegurando uma resposta organizada, sem negligenciar a preservação de possíveis vestígios que possam constituir prova de prática criminal (Ordem dos Enfermeiros, 2018c).

Dado o carácter imprevisível das catástrofes, a atuação dos profissionais de saúde deve ser necessariamente flexível e adaptável. A gestão eficaz dos desafios que surgem nestes contextos, tais como falhas na comunicação, falta de recursos humanos ou limitações logísticas exige não só capacidade de adaptação, mas também pensamento crítico e competências sólidas na resolução de problemas complexos. Estas qualidades permitem uma resposta mais eficiente e ajustada às exigências específicas de cada situação (Powers, 2010).

O EEEMC é chamado a dinamizar a resposta da "conceção à ação", isto é, conceber, coordenar, executar cuidados, gerir recursos e garantir vigilância processual, mesmo em cenários que colocam em risco a integridade física, a disponibilidade de meios e impactam comunidades inteiras (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Uma situação de emergência refere-se a um acontecimento súbito que compromete a integridade física da pessoa, colocando em risco imediato a função de órgãos vitais, exigindo, por isso, uma resposta célere e tecnicamente rigorosa. Já a situação de exceção ocorre quando há um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades existentes, o que requer uma gestão criteriosa e coordenada, com otimização dos meios humanos e materiais (Ordem dos Enfermeiros, 2018c). Por fim, o conceito de catástrofe, conforme descrito na Lei n.º 27/2006, e reiterado neste regulamento, envolve um evento de grandes proporções, frequentemente com múltiplas vítimas e danos significativos, que afeta extensas áreas geográficas e compromete o normal funcionamento da sociedade (Lei nº 27/2006, 2006).

Segundo Loke e Fung (2014) dada a crescente frequência de desastres a nível global, torna-se essencial preparar os enfermeiros para atuar de forma eficaz nestes contextos. Embora muitos se voluntariem, a maioria não tem formação ou experiência específica em resposta a catástrofes.

Primeau e Benton (2021) destacam que a simulação clínica em cenários de catástrofe revela-se uma estratégia eficaz para capacitar os profissionais de saúde, promovendo o desenvolvimento de

competências e experiências essenciais para a atuação em contextos reais. Destaca-se a importância de uma preparação prévia adequada, com definição clara de funções, para garantir uma resposta articulada.

Durante o estágio tive acesso ao plano de catástrofe desenvolvido para a ULS em que este define que a estrutura física e organizacional do SU limita a resposta imediata, permitindo o atendimento simultâneo de até cinco vítimas críticas e cem no total, em caso de catástrofe. A resposta hospitalar organiza-se em três níveis:

- Nível 1: mobiliza recursos disponíveis no momento, com mínima interferência na atividade normal.
- Nível 2: amplia a resposta com ativação de meios especiais, reorganizando serviços-chave (urgência, bloco operatório, comunicação, etc.) e envolvendo todo o pessoal hospitalar.
- Nível 3: responde a desastres de grande escala, exigindo apoio externo, como centros de saúde, voluntários e estudantes de enfermagem.

O plano é ativado pelo chefe de equipa do SU, que neste serviço é sempre um EEEMC, que coordena toda a atividade do Posto de Comando e inicia a sua implementação. Este chefe nomeia três adjuntos com funções específicas: o coordenador clínico (médico), o coordenador de recursos humanos, técnicos e logísticos (enfermeiro) e o responsável pela comunicação.

Durante o estágio no SU, participei num simulacro que envolveu dois cenários simultâneos: um acidente ferroviário com derrame de produto químico perigoso e um evento de massas com múltiplas vítimas. Foram mobilizados cerca de 900 participantes, entre profissionais de emergência, figurantes e estruturas de comando. A ativação do Plano Municipal e do Plano Distrital de Emergência exigiu articulação interinstitucional, gestão de recursos limitados, triagem de vítimas, evacuação e coordenação de meios de socorro.

A complexidade do exercício permitiu testar a capacidade de resposta integrada em situações de exceção, realçando a importância da formação contínua, da antecipação de riscos, e da comunicação clara entre equipas multidisciplinares. Enquadra-se, assim, numa lógica de desenvolvimento das competências necessárias ao exercício profissional em contextos de elevada imprevisibilidade e pressão.

No contexto do exercício em questão, os primeiros feridos chegaram ao SU pelas 10h46. Como se deslocaram por meios próprios, apenas às 10h50 o SU foi formalmente informado do acidente, momento em que se iniciou o Plano de Catástrofe no nível 1.

De acordo com as diretrizes deste Plano, iniciou-se de imediato uma reorganização interna do SU. O médico coordenador da equipa e o enfermeiro responsável pelo turno reuniram-se no Gabinete de Crise. O serviço foi então dividido em três zonas, vermelha, amarela e verde, destinadas à receção das vítimas conforme a classificação atribuída pela triagem de catástrofe, realizada com base no protocolo *Simple Triage and Rapid Treatment* (START), no posto instalado à entrada do SU, utilizando o carro de catástrofe.

Este carro contém não só o Plano de Catástrofe, mas também manuais operacionais dos vários coordenadores (clínico, recursos humanos, técnico e logístico), além dos contactos organizados por serviço dos profissionais de Enfermagem, Técnicos Auxiliares de Saúde e Assistentes Operacionais. Nessa altura, foi afixada à entrada do SU uma faixa com a indicação "HOSPITAL EM CATÁSTROFE", alertando os doentes não relacionados com o acidente para ponderarem a necessidade da sua ida ao hospital.

O carro de catástrofe também contém vários kits com material essencial, incluindo formulários para exames complementares de diagnóstico, como análises laboratoriais, bem como etiquetas de identificação para os tubos de colheita. Estes materiais são distribuídos pelas zonas de atendimento logo após a ativação do plano. Fora de situações de emergência, o carro permanece fechado e devidamente organizado na sala de emergência.

As vítimas transportavam um cartão identificativo, com informação sobre as lesões e outros dados clínicos relevantes. A triagem primária era feita no posto de triagem com base no método START, atribuindo-se uma prioridade de atendimento com base na condição clínica observada. Posteriormente, os feridos eram encaminhados para a respetiva zona do SU, onde se procedia à triagem secundária, utilizando a escala Triage Revised Trauma Score (TRTS), que avalia parâmetros como o nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow (ANEXO III), frequência respiratória e pressão arterial sistólica. Consoante os resultados, a prioridade poderia ser revista e a vítima realocada.

Toda a informação clínica era registada no cartão entregue a cada vítima, que incluía um número de identificação. Os registos das triagens eram ali anotados, e a prioridade clínica era atualizada a cada reavaliação. O design desdobrável do cartão permitia sinalizar visualmente a prioridade atribuída.

Dado que o exercício ocorreu num sábado, tanto o Presidente do Conselho de Administração como o enfermeiro gestor do SU foram informados e estiveram presentes no Gabinete de Crise até ao final do exercício. Os restantes serviços hospitalares também foram notificados da ativação do plano.

À medida que chegavam informações da Comissão de Catástrofe e Emergência Interna, as necessidades operacionais eram reavaliadas e as equipas reestruturadas. Em certo ponto, esta comissão, comunicou que cerca de 100 vítimas com gravidade necessitavam de cuidados hospitalares, o que levou à ativação do nível 2 do Plano. Esta nova fase implicou o reforço de equipas, a suspensão das atividades no bloco operatório e a mobilização de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde do SU.

Seguindo as normas do plano, foram também alterados os circuitos internos: vítimas que requeriam transferência inter-hospitalar passaram a sair pela área da Consulta Externa, enquanto as que receberam alta saíam pela zona de Imagiologia.

A última vítima do simulacro deu entrada às 12h35. No total, foram assistidas 34 vítimas: 4 com prioridade 1 (zona vermelha), 14 com prioridade 2 (zona amarela) e 16 com prioridade 3 (zona verde). Não se registaram vítimas mortais. Apesar de o número de feridos ter sido inferior ao inicialmente estimado, a equipa envolvida demonstrou grande profissionalismo e sentido de missão, tanto no atendimento às vítimas do exercício como no acompanhamento dos restantes doentes do SU nesse dia.

O exercício terminou por volta das 15h40, após a desativação do Plano Municipal de Emergência e Proteção Civil de Barcelos, decretada pelo Presidente da Câmara Municipal, uma vez que estavam reunidas as condições mínimas de segurança e restabelecida a normalidade.

Relativamente ao SMI, compreendi que, perante situações de emergência, exceção ou catástrofe, é ativada uma resposta articulada que visa otimizar os recursos disponíveis e garantir a continuidade dos cuidados aos doentes críticos. Uma das primeiras medidas consiste na reorganização interna do serviço, incluindo a transferência programada de doentes estáveis para outros serviços de acordo com o seu estado clínico, com o intuito de libertar camas e recursos humanos para receber eventuais vítimas do incidente. Permanecem no SMI os doentes em estado crítico, sobretudo aqueles que necessitam de suporte ventilatório invasivo, dada a complexidade e especificidade dos cuidados que requerem.

Uma das unidades de competência referentes à atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe, de acordo com o estipulado no Regulamento n.º 429/2018, destaca a importância da

preservação de vestígios e indícios que possam estar relacionados com a prática de crime. Esta responsabilidade, ainda que partilhada com outras entidades, implica um papel ativo do enfermeiro na identificação, notificação e proteção de possíveis evidências, garantindo que o circuito de prova não é comprometido, o que poderá ser essencial para futuras investigações criminais (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Neste sentido, os conteúdos abordados nas aulas foram fundamentais para o desenvolvimento desta competência. Durante a formação, realizámos simulações em cenários que envolviam potenciais contextos criminais. Estas práticas permitiram consolidar conhecimentos sobre a forma correta de atuar nestas situações, com destaque para o não comprometimento de provas, o correto registo da situação clínica, a proteção dos pertences da vítima e a articulação imediata com as autoridades competentes.

Esta vertente reforçou em mim que a atuação do enfermeiro vai muito além da prestação de cuidados imediatos, envolve também o dever de garantir que a integridade dos factos é mantida, respeitando simultaneamente os direitos e a dignidade da pessoa assistida.

A atuação do enfermeiro forense, especialmente nos serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, é fundamental para identificar, recolher e preservar evidências em casos de agressão sexual, violência doméstica, acidentes e outros traumas. Além dos cuidados clínicos imediatos, estes profissionais documentam lesões suspeitas e prestam apoio às vítimas, orientando-as sobre seus direitos e encaminhando-as para serviços de apoio psicológico, legal e social (Farias et al., 2023).

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

A prevenção e o controlo da infeção, bem como a gestão da resistência a antimicrobianos, assumem, na atualidade, um papel fulcral nos contextos dos cuidados de saúde, constituindo pilares essenciais da segurança do doente e da qualidade dos cuidados prestados.

A DGS define IACS como uma "infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade" (Direção Geral da Saúde, 2007, p. 4), sendo que as infeções mais frequentemente notificadas são as respiratórias, urinárias, gastrointestinais e as da corrente sanguínea

(European Centre for Disease Prevention and Control, 2025). Importa salientar, ainda, que estas infeções têm sido associadas a um aumento do tempo de hospitalização, dos custos assistenciais e das taxas de mortalidade intra-hospitalar (Frost et al., 2016).

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, aliada à utilização intensiva de dispositivos médicos e à ampla prescrição de antimicrobianos, tem contribuído para o aumento da incidência de IACS e para a emergência de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. O controlo de infeção constitui, assim, um pilar essencial para a promoção da segurança do doente e para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

A PSC encontra-se, geralmente, internada em serviços de medicina intensiva e apresenta um risco substancialmente aumentado de desenvolver uma infeção associada aos cuidados de saúde. Acresce que estes serviços apresentam a mais elevada prevalência de IACS. O Relatório do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, de 2024, alerta que no ano de 2020, 12,7% dos doentes internados por um período superior a dois dias em unidades de cuidados intensivos desenvolveram pelo menos uma infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), representando um aumento de 5,3% relativamente ao ano de 2019 (European Centre for Disease Prevention and Control, 2024). Em Portugal, a taxa de prevalência de IACS em 2017 foi de 7,8% (Sousa et al., 2018).

As IACS e a Resistência Antimicrobiana (RAM) são problemas relacionados e cada vez mais relevantes a nível mundial. As IACS aumentam a morbilidade, a mortalidade e a duração dos internamentos, além de elevarem os custos de saúde (Direção Geral da Saúde, 2017).

No caso da RAM não ser controlada, previsões internacionais admitem que até 2050 poderão ocorrer cerca de 10 milhões de mortes anuais atribuídas a esta causa, superando outras causas de mortalidade (Direção Geral da Saúde, 2017). A perspetiva de atingir cerca de 10 milhões de mortes anuais até 2050 evidencia não só a gravidade do problema, mas também a urgência na implementação de estratégias eficazes de prevenção, controlo da infeção e uso racional de antimicrobianos. Neste contexto, o papel dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, é determinante na vigilância, na adesão às boas práticas e na educação para a saúde, contribuindo de forma decisiva para a mitigação deste fenómeno.

Considerando o elevado risco de infeção associado aos diferentes contextos de atuação, à complexidade das situações clínicas e à necessidade de múltiplas intervenções invasivas, diagnósticas e terapêuticas, a resposta do enfermeiro especialista deve ser eficaz na prevenção e controlo de infeções, assim como na redução da resistência a antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2018c).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, desenvolvido pela Direção Geral da Saúde (DGS), define como um dos seus objetivos estratégicos, no âmbito das práticas seguras em ambientes seguros, a redução das IACS e da RAM. Esta orientação estratégica reflete a necessidade urgente de implementar medidas eficazes de prevenção e controlo, assegurando uma prestação de cuidados segura, baseada na evidência e centrada no doente (Direção Geral da Saúde, 2021b).

Em 2021, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 estabeleceu como meta que 95% das unidades de saúde apresentassem adesão ao primeiro momento da higiene das mãos, reconhecido como uma das intervenções mais simples, económicas e eficazes na prevenção das IACS. A adesão dos profissionais de saúde a esta prática é constantemente monitorizada e reforçada através de campanhas como a "Clean Care is Safer Care", promovida pela OMS (Direção Geral da Saúde, 2021b).

Adicionalmente, a DGS promove a implementação de protocolos clínicos e *bundles* de prevenção que tem demonstrado um impacto positivo na redução da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, a pneumonia associada à ventilação mecânica, a infeção do trato urinário associada a cateter vesical e a infeção do local cirúrgico. Estes conjuntos de boas práticas devem ser adaptados ao contexto de cada instituição e aplicados de forma sistemática por equipas multidisciplinares.

Em suma, a implementação consistente das estratégias propostas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes constitui um passo decisivo na redução das IACS e da RAM em Portugal. O compromisso com práticas seguras e ambientes seguros deve ser contínuo, envolvendo todos os profissionais de saúde na construção de um sistema de cuidados mais resiliente, eficiente e centrado no doente (Direção Geral da Saúde, 2021b).

No SMI todos os doentes com histórico de MRSA (Staphylococcus aureus resistente à meticilina) ou que tenham tido internamentos recentes são submetidos a rastreios para despiste. Além disso, o serviço implementa medidas preventivas para controlo de colonização e infeção por MRSA.

Lewis et al. (2019) afirmam que a clorohexidina é um produto de baixo custo, amplamente utilizado como desinfetante e antisséptico, que pode ser usado para o banho de doentes em estado crítico com o objetivo de eliminar bactérias e reduzir a propagação de infeções hospitalares. No entanto, não podem confirmar com segurança que o uso de clorohexidina reduza a mortalidade ou o tempo de internamento na UCI. Contudo, o estudo desenvolvido por Frost et al. (2016) evidenciou o benefício do

banho diário com clorohexidina na redução das infeções da corrente sanguínea relacionadas com o CVC e infeções por MRSA.

Partindo deste pressuposto, todos os doentes internados no SMI realizam banho diário com toalhetes impregnados com gluconato de clorohexidina a 2%, excluindo a face, nos primeiros cinco dias de internamento. Nos dias subsequentes, é realizado banho com gluconato de clorohexidina a 4%.

O SMI tem uma enfermeira responsável pelo PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos) e aderiu ao projeto STOP Infeção Hospitalar 2.0, promovido pela DGS em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e o Institute for Healthcare Improvement. Este projeto visava reduzir em 50% a incidência de quatro tipos de infeções hospitalares até outubro de 2025: Infeção do local cirúrgico; Pneumonia associada à intubação; Infeção urinária associada a cateter vesical; Infeção associada ao uso de cateter venoso central.

O SMI iniciou o seu processo de melhoria contínua dos cuidados com a prevenção da PAI (Pneumonia Associada à Intubação). A DGS define a PAI como "uma pneumonia que surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas" (Direção Geral da Saúde, 2015, p. 6). Segundo este organismo para prevenir a PAI, é fundamental adotar um conjunto de medidas integradas. Entre elas, destaca-se a manutenção de uma sedação leve, preferencialmente centrada na analgesia e ajustada às necessidades clínicas; realização diária da avaliação da capacidade de ventilação espontânea nos doentes elegíveis para extubação, avaliando a possibilidade de utilizar ventilação não invasiva se necessário; elevação da cabeceira da cama a cerca de 30°, evitando a posição supina, exceto quando contraindicado; higienização da cavidade oral pelo menos três vezes ao dia em doentes que permaneçam mais de 48 horas em cuidados intensivos. A este propósito convém salientar que a higiene oral não deve ser feita com clorohexidina, devido ao risco de aspiração e potenciais danos pulmonares e dúvidas relativas à eficácia da mesma. Finalmente, é essencial monitorizar e manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cm H_2O, verificando-a no mínimo três vezes por dia ou conforme indicação clínica.

Durante o estágio, em conversa com os profissionais do serviço, foi-me salientado que um dos aspetos com potencial de melhoria era a manutenção consistente da cabeceira da cama a 30º nos doentes ventilados. Esta medida, fundamental na prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI), nem sempre era cumprida, especialmente em momentos de mudança de decúbito, realização de procedimentos ou transporte intra-hospitalar.

Com o objetivo de reforçar esta prática, o SMI implementou uma estratégia simples, mas eficaz: a colocação de cartazes ilustrativos junto a cada cama, representando a posição correta da cabeceira a 30°. Esta intervenção visual funciona como um lembrete constante para toda a equipa de saúde, promovendo a adesão sistemática à medida preventiva, sem exceções.

Ainda no que reporta à prevenção da PAI, o serviço recorre à utilização de tubos endotraqueais com sistema de aspiração subglótica contínua, que permitem a remoção das secreções acumuladas acima do cuff. Esta tecnologia tem demonstrado ser eficaz na redução da incidência de PAI, especialmente quando utilizada em doentes com previsão de ventilação mecânica prolongada. A remoção regular das secreções impede que estas sejam aspiradas para o trato respiratório inferior, reduzindo significativamente o risco de colonização pulmonar.

A este propósito, Valles et al. (1995) afirmam que a aspiração subglótica é eficaz na redução precoce da PAI e na diminuição do tempo de ventilação e internamento, sem impacto na mortalidade. A técnica contínua é mais eficiente, enquanto a intermitente é menos lesiva. Recomenda-se o uso em intubações prolongadas, como parte de medidas preventivas. C. Souza & Santana (2012) ressalvam, ainda, que a aspiração contínua das secreções subglóticas tende a ser bastante eficaz na eliminação das secreções. Dessa forma, o uso de cânulas com sistema de aspiração posicionado acima do cuff demonstra ser uma estratégia vantajosa, especialmente por contribuir para a prevenção da PAI.

No SMI, é prática clínica corrente a avaliação contínua da possibilidade de redução da sedação, sobretudo nos doentes em processo de desmame da ventilação mecânica. Sempre que clinicamente indicado, observa-se a preferência pela utilização da dexmedetomidina como agente sedativo. Em diálogo com a equipa multidisciplinar, foi-me explicado que esta escolha se deve às características farmacológicas únicas da dexmedetomidina, que permite uma "sedação consciente", na qual os doentes aparentam estar a dormir, mas se mantêm facilmente despertáveis e cooperantes, o que facilita a avaliação neurológica e a comunicação.

Adicionalmente, este fármaco oferece analgesia sem provocar depressão respiratória, sendo, por isso, especialmente vantajoso em fases críticas de vigilância respiratória e durante a transição para a extubação. Um aspeto particularmente relevante observado durante o estágio foi que, entre os doentes que utilizaram dexmedetomidina, nenhum apresentou sinais de *delírio*, um achado que está em consonância com a literatura científica, que associa este fármaco a uma redução significativa da incidência de delírio em doentes críticos.

Mokhlesian et al. (2025) afirmam que a dexmedetomidina para além de reduzir clinicamente o risco de *delirium* em doentes críticos sob sedação leve, apresenta vantagens na redução do tempo de ventilação

e internamento. Este facto reforça a importância da escolha criteriosa dos sedativos na prevenção de complicações neurológicas e na promoção da recuperação clínica

Durante o estágio no SMI, adquiri conhecimentos e habilidades na área da prevenção e controlo de infeções, focando especialmente nas intervenções destinadas a prevenir infeções relacionadas com o CVC, com o intuito de promover a qualidade e segurança nos cuidados prestados aos doentes. Assim como acontece com a prevenção PAI, este foco foi reforçado pela atualização das normas da DGS, que exige aos EEEMC um aprofundamento dos seus conhecimentos científicos baseados em evidências, para garantir a aplicação de práticas clínicas mais eficazes nos cuidados aos doentes com CVC.

No SMI observei e implementei as medidas recomendadas pela DGS, sobretudo aquelas relacionadas com os cuidados de enfermagem. Além disso, a equipa multidisciplinar demonstrou uma boa adesão às práticas recomendadas para a prevenção das infeções associadas ao uso do CVC. Na colocação do CVC, a norma 022/2015 da Direção Geral da Saúde (2022b) indica cinco cuidados importantes. Primeiro, deve-se avaliar se o cateter é realmente necessário e escolher um com o menor número possível de lúmens, devendo a sua colocação ser feita por um profissional treinado; realizar a higiene das mãos na avaliação do local de punção, antes da descontaminação da pele e antes do contacto com o local de punção; utilizar bata, luvas estéreis, touca e máscara; quanto à pele, realizar antissepsia com clorexidina a 2% em álcool, friccionando bem e esperando secar. Sempre que possível, deve evitar-se o acesso femoral, para diminuir o risco de infeção.

Quanto à troca do penso do CVC, a data da troca é registada no plano de cuidados do doente e assinalada diretamente no penso, utilizando uma caneta de acetato exclusiva para cada doente, o que facilita o controlo e a organização. A troca do penso não cumpre o estipulado pela DGS (norma 022/2015) uma vez que é realizada diariamente quando se utiliza penso opaco, ou de quatro em quatro dias no caso de penso transparente, que permite a visualização direta do local de inserção. Além disso, o penso é substituído sempre que estiver visivelmente sujo ou descolado. A norma 022/2015 da Direção Geral da Saúde (2022b) informa que a técnica assética deve ser rigorosamente seguida durante a realização do penso no local de inserção. O local é limpo com clorexidina alcoólica a 2% e o penso é substituído sempre que estiver sujo, descolado, ou após um determinado período: no caso de penso com compressa, a cada 48 horas; e no caso de penso transparente, a cada 7 dias.

Convém ressalvar que antes de qualquer manipulação do CVC, a equipa do SMI realiza a higiene das mãos com técnica adequada, utilizando solução alcoólica ou lavagem com água e sabão, e aplica a

técnica "*no-touch*" para evitar contacto direto com os pontos de acesso do cateter. Alguns utilizam luva estéril para maior proteção durante o procedimento.

Gomes et al. (2021) referem que as infeções associadas aos cuidados de saúde constituem uma ameaça significativa à segurança do doente. Os cateteres venosos centrais, amplamente utilizados em contexto hospitalar, são responsáveis por cerca de 90% das infeções da corrente sanguínea adquiridas em meio hospitalar. Num estudo desenvolvido por estes autores sobre a manutenção do CVC, concluiu-se que ser EEEMC está associada a uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se em melhores índices de manutenção do CVC.

No SMI denotei uma grande preocupação também com a transmissão cruzada de microrganismos e tentei em todas as minhas intervenções zelar pela prevenção de infeções associadas aos cuidados. Para tal, antes de entrar em contacto com os doentes ou com a unidade do doente, utilizei equipamento de proteção individual (EPI), mais especificamente touca, máscara cirúrgica e bata, independentemente de se tratar de doentes em isolamento ou não. Esta prática demonstra o rigor na aplicação das medidas de precaução padrão, contribuindo para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e para a segurança de doentes e profissionais.

A implementação rigorosa das medidas de proteção, nomeadamente o uso adequado e constante dos equipamentos de proteção individual, a correta higienização das mãos e a aplicação de técnicas asséticas, revela-se essencial na prevenção de infeções em contexto hospitalar. Este cuidado é ainda mais relevante nas unidades de cuidados intensivos, onde os doentes, pela sua condição clínica grave e pela frequência de intervenções invasivas, apresentam maior suscetibilidade a infeções (Souza et al., 2011).

Quanto à infeção associada ao cateter vesical, o Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 (Direção Geral da Saúde, 2021b) estabelece como meta para 2026 reduzir em, pelo menos, 30 % a incidência desta infeção. Entre 2015 e 2018, Portugal implementou o Desafio Stop Infeção Hospitalar em 12 Centros Hospitalares, abrangendo 19 hospitais. Durante este programa, foi monitorizada a infeção urinária associada a cateter vesical, aplicando-se um conjunto de intervenções preventivas conforme a norma n.º 019/2015, atualizada em 2022 (Direção Geral da Saúde, 2022a). Como resultado, a incidência dessa infeção diminui em 51%, e a adesão às práticas recomendadas para inserção e manutenção do cateter vesical aumentou significativamente.

A infeção urinária associada ao cateter vesical é uma das infeções hospitalares mais comuns e o principal evento adverso relacionado ao seu uso. Felizmente, grande parte dessas infeções pode ser evitada através da redução do uso desnecessário do cateter e da adoção de práticas baseadas em evidências científicas para sua inserção e manutenção (Direção Geral da Saúde, 2022a).

Para prevenir infeções relacionadas ao cateter vesical, segundo a norma 019/2015 é fundamental implementar um conjunto de medidas integradas. Deve-se evitar o uso desnecessário do cateter, garantindo que sua indicação seja claramente justificada e registada. A técnica asséptica deve ser rigorosamente seguida durante a inserção e conexão do cateter ao sistema de drenagem, que deve permanecer em circuito fechado e ser manipulado com técnica limpa. A higiene diária da área do meato urinário deve ser realizada, preferencialmente pelo próprio doente, ou por profissionais de saúde, acompanhada de educação sobre prevenção de infeções. É importante manter o saco coletor abaixo do nível da bexiga, evitando contato com o chão, e esvaziá-lo regularmente antes de atingir sua capacidade máxima.

Finalmente, é essencial avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter, removendo-o assim que possível, uma vez que, de acordo com Centers for Disease Control and prevention - CDC (2025) a cada dia de permanência do cateter vesical, o risco de adquirir uma infeção aumenta cerca de 3-7%.

O enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção da infeção do trato urinário devendo-se privilegiar a redução das complicações decorrentes e associadas ao cateter vesical. No SMI os enfermeiros avaliam diariamente a possibilidade de os doentes removerem o cateter vesical sempre que possível e, ao mesmo tempo, mantêm uma monitorização criteriosa dos débitos urinários através do uso de urinóis. Esta prática permite reduzir o tempo de permanência do cateter, minimizando o risco de infeções, enquanto assegura o controlo rigoroso do balanço hídrico e da função renal do doente.

Na colocação do cateter vesical e na sua conexão ao sistema de drenagem, foi cumprida a técnica assética; no manuseamento do dispositivo, recorri à técnica limpa, cumprindo desta forma o estipulado pela DGS. Isto vai de acordo ao estudo efetuado por Gould et al. (2010) em que referem que a adesão a procedimentos estéreis minimiza a introdução de microrganismos no trato urinário, reduzindo significativamente o risco de infeção. Além disso, o estudo reforça a necessidade de cuidados contínuos, incluindo a higienização adequada do meato urinário, para manter a integridade do sistema e prevenir contaminações durante o período em que o cateter está inserido. Essas medidas, quando combinadas, constituem a base para a redução eficaz das infeções associadas ao cateter, protegendo tanto o doente quanto a equipa de saúde.

No SMI, constatei que a equipa de enfermagem tinha a preocupação de fixar adequadamente o cateter vesical como uma medida essencial para prevenir desconfortos e complicações nos doentes. A fixação correta do cateter reduz a tração e o movimento desnecessário do cateter vesical, que podem causar irritação da mucosa uretral, dor e aumentar o risco de lesões locais. Além disso, o Centers for Disease Control and prevention - CDC (2025) afirma que uma fixação segura minimiza a possibilidade de deslocamento acidental do cateter, o que pode levar a obstruções, refluxo urinário e aumentar o risco de infeção. Esta prática é fundamental para promover o conforto do doente, facilitar a mobilidade e garantir a integridade do sistema urinário.

Na clínica de diálise onde realizei o meu primeiro estágio, os EPI utilizados pelos profissionais de enfermagem para os procedimentos são óculos de proteção ou viseira, máscara, avental e luvas. Isto vai de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2016) no Guia Orientador de Boa Prática de Cuidados À Pessoa Com Doença Renal Crónica Terminal Em Hemodiálise.

Quanto à punção da FAV ou Prótese Arteriovenosa, os enfermeiros da clínica seguem um protocolo próprio que visa uniformizar a prática e garantir o cumprimento rigoroso das medidas de prevenção da infeção. Após a leitura do protocolo institucional e o acompanhamento da técnica com os profissionais da unidade, tive a oportunidade de realizar punções em doentes com FAV durante o estágio. Em todas as intervenções, recorri corretamente às técnicas asséticas recomendadas. Deste modo, antes da punção da FAV, o local era cuidadosamente desinfetado, com toalhitas impregnadas em clorohexidina alcoólica a 2% ou, em alternativa, álcool a 70%. A aplicação era feita com movimentos circulares do centro para a periferia, deixando o produto secar naturalmente, sem manipulação adicional. Só após completa secagem é que procedi à punção com técnica assética e uso de material estéril.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2016), os procedimentos para a canulação da FAV PAV devem seguir normas rigorosas de assepsia e precauções padrão. Incluem a avaliação da tensão arterial e pulso do doente, assim como a inspeção do acesso vascular para escolher o melhor local para a punção. Para a FAV, utiliza-se técnica limpa, enquanto para PAV recomenda-se técnica assética. Os materiais são preparados no momento da canulação, e o local é desinfetado com solução alcoólica, realizando movimentos circulares do centro para a periferia, respeitando o tempo de ação da solução.

Alguns doentes tinham CVC para diálise, pelo que a manipulação do mesmo exige uma série de passos que garantam o cumprimento rigoroso da assepsia. A clínica de diálise adota um protocolo próprio para a manutenção do CVC, no qual a técnica utilizada não contempla o uso de luvas esterilizadas, mas sim a técnica designada por *"no-touch".* Esta técnica baseia-se na minimização do contacto direto com as

zonas críticas do sistema, nomeadamente os lúmenes do cateter e os conectores, garantindo assim a manutenção da esterilidade através do uso adequado de materiais estéreis e da execução de manobras asséticas cuidadosamente controladas.

No início do procedimento, é realizada uma higienização rigorosa das mãos com solução alcoólica, seguida da colocação de luvas não estéreis, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental. Utiliza-se um campo estéril para organizar os materiais, e procede-se à desinfeção dos *hubs* com solução de clorexidina alcoólica a 2%, durante pelo menos 30 segundos, respeitando o tempo de secagem para garantir a eficácia antimicrobiana. Para desinfeção do local de inserção utilizam a técnica *"no-touch"* com toalhitas impregnadas de clorohexidina. A conexão ao sistema de diálise é feita mantendo a esterilidade do circuito, sendo igualmente assegurada a correta fixação e proteção do cateter ao longo da sessão.

Após o término da diálise, realiza-se nova desinfeção dos conectores, aplicam-se tampas estéreis e, sempre que indicado, é administrada a solução *"lock"* (heparina ou citrato), de acordo com o protocolo institucional e a prescrição médica. Esta abordagem tem como objetivo reduzir o risco de infeções associadas à corrente sanguínea, garantindo a segurança do doente e a longevidade do acesso vascular. A vigilância contínua de sinais locais, como eritema, dor ou exsudado, bem como de sinais sistémicos como febre, arrepios ou hipotensão, é essencial para a deteção precoce de complicações e para uma resposta atempada por parte da equipa de enfermagem.

O cumprimento rigoroso dos protocolos institucionais, aliado à competência técnica do enfermeiro especialista, é fundamental para a prevenção e controlo da infeção nos doentes em situação crítica submetidos a hemodiálise. A adesão à técnica assética, a educação contínua da equipa e o acompanhamento próximo do doente são pilares essenciais para garantir cuidados de excelência e promover a segurança clínica neste contexto.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2016) a prevenção da infeção constitui um pilar essencial na estratégia de cuidados direcionada à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em tratamento hemodialítico, sobretudo quando o acesso vascular é feito por cateter, dada a maior vulnerabilidade a complicações infeciosas associadas a este tipo de dispositivo. Na perspetiva de Rocha et al. (2021) o cateter exige cuidados rigorosos, sobretudo no que diz respeito à sua manipulação, uma vez que está diretamente associado a um maior risco de complicações infeciosas. Por este motivo, sempre que clinicamente viável, a sua substituição por uma fístula arteriovenosa deve ser realizada o mais precocemente possível, garantindo maior segurança e redução do risco de infeção para o doente.

No SU, o controlo de infeção constitui um desafio significativo, devido à elevada rotatividade de doentes, da diversidade de áreas de intervenção e da necessidade de uma atuação célere, muitas vezes num ambiente de "organização no meio do caos". Para mim, tornou-se evidente que o risco de transmissão cruzada aumenta com o fluxo contínuo de profissionais e doentes, aliado à incerteza diagnóstica no momento da chegada. Trabalhar neste contexto possibilitou o contato com diferentes protocolos e reforçou a relevância do cumprimento das medidas de isolamento, incluindo a existência de uma zona específica para situações respiratórias. Foi ainda possível perceber o esforço conjunto da equipa para reduzir riscos adicionais, tanto através de formações regulares como pela aplicação de boas práticas promovidas pela gestão. Esta rotina de vigilância contínua e partilha de informação revelou-se fundamental para fortalecer estratégias de prevenção em ambientes onde a prioridade é, frequentemente, assegurar estabilização e resposta imediata.

A implementação consistente e sustentada das estratégias preconizadas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, dos feixes de intervenção da DGS constituem um passo determinante na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e da resistência aos antimicrobianos (RAM) em Portugal. O compromisso com práticas e ambientes seguros deve assumir um caráter contínuo e transversal, envolvendo todos os profissionais de saúde. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista desempenha um papel central na promoção da segurança do doente, através da liderança clínica, da vigilância e monitorização de práticas seguras, da implementação de intervenções baseadas na evidência científica e da capacitação das equipas, contribuindo para a construção de um sistema de cuidados mais resiliente, eficiente e verdadeiramente centrado no doente (Direção Geral da Saúde, 2021b).

Parte II – Componente de Investigação

A segunda parte deste relatório descreve o processo de investigação que fundamenta a prática de enfermagem especializada. Parte-se de uma questão de interesse clínico e apresentam-se o enquadramento teórico-metodológico, a estratégia de pesquisa utilizada, os critérios de inclusão e exclusão, bem como os procedimentos de recolha e síntese da evidência, concluindo com as respetivas implicações para a prática. Pretende-se assegurar que o conhecimento produzido é rigoroso, fiável e aplicável à tomada de decisão, seguindo normas reconhecidas para a elaboração de sínteses de evidência e para a apresentação transparente dos resultados. Para esse efeito, serão adotadas as orientações do Joanna Briggs Institute — *JBI Manual for Evidence Synthesis*, incluindo as recomendações PRISMA-ScR, de forma a garantir robustez metodológica e clareza na comunicação científica (Peters et al., 2024)

A investigação constitui a base de qualquer área do conhecimento científico. No domínio da enfermagem, assume particular relevância, uma vez que a tomada de decisão fundamentada depende de evidências científicas robustas, nomeadamente na identificação das necessidades dos doentes e na definição das intervenções de enfermagem mais adequadas. No contexto da saúde, é fundamental reduzir ao mínimo possível as margens de erro, objetivo que só pode ser alcançado quando a prática clínica se sustenta em investigação rigorosa e de qualidade (Néné e Sequeira, 2022).

A investigação científica é um percurso organizado e metódico, indispensável ao avanço de qualquer área profissional, pois possibilita converter dúvidas surgidas na prática em conhecimento fundamentado. Fortin (2009) destaca que, no campo da saúde e especialmente na enfermagem, a produção de evidência deve seguir procedimentos metodológicos rigorosos, assegurando a fiabilidade dos resultados e permitindo que as decisões clínicas sejam tomadas com maior segurança.

As *scoping reviews* correspondem a mapeamentos amplos e sistemáticos de um conjunto de evidência: permitem identificar a abrangência, as características e as lacunas existentes no conhecimento, clarificar conceitos e áreas de intervenção e organizar os diferentes tipos de estudos disponíveis. Não têm como objetivo avaliar efeitos ou responder a questões de eficácia muito específicas. O seu enquadramento metodológico teve origem na proposta de Arksey & O'Malley (2005), posteriormente aperfeiçoada por Levac et al. (2010) e encontra-se atualmente consolidado nas diretrizes do *JBI Manual for Evidence Synthesis* (2024).

Tendo em consideração os objetivos formativos do mestrado e o tema da investigação, centrado no mapeamento de estratégias de prevenção da privação do sono, optou-se pela realização de uma *scoping review*. Esta abordagem revela-se particularmente pertinente quando existe heterogeneidade de estudos, variedade de resultados e a intenção é compreender a amplitude da evidência disponível, identificar áreas pouco exploradas e apoiar o desenvolvimento futuro da prática e da investigação (incluindo a possibilidade de uma revisão sistemática mais direcionada). Esta opção metodológica encontra-se em consonância com as recomendações do JBI.

1. Privação do sono no doente crítico

O sono é um elemento essencial para o bem-estar humano, representando cerca de um terço da vida de cada indivíduo. Desempenha um papel fundamental no processo de recuperação clínica, sobretudo em doentes em estado crítico.

Vários estudos têm demonstrado que as perturbações do sono são altamente prevalentes na UCI. Estas alterações manifestam-se através de dificuldades em iniciar o sono, padrões fragmentados, múltiplos despertares noturnos e redução significativa do sono profundo e reparador (Huang et al., 2023).

De acordo com, Huang e colaboradores (2023) a privação ou fragmentação do sono está associada a consequências clínicas relevantes, nomeadamente o enfraquecimento do sistema imunitário, o prolongamento do internamento em cuidados intensivos, o aumento do risco de delírio e taxas mais elevadas de mortalidade. Para além disso, os efeitos negativos do sono insuficiente podem persistir até seis meses após a alta hospitalar, comprometendo a qualidade de vida dos doentes.

A alteração do sono pode ser compreendida como a redução da sua duração ou qualidade, resultando em comprometimento das funções diurnas e numa diminuição significativa do bem-estar físico e psicológico. Quando estas alterações se tornam persistentes, afetando o ciclo natural de sono e vigília em relação ao ritmo circadiano de 24 horas, podem originar múltiplas repercussões negativas para a saúde a longo prazo (Lewandowska et al., 2020).

A UCI representa uma área vital no contexto hospitalar, dedicada ao acompanhamento e tratamento de doentes em situação clínica crítica. É um ambiente altamente especializado, no qual a vigilância e a monitorização do estado clínico do doente ocorrem de forma contínua. Devido à elevada exigência e carga de trabalho nestas unidades, os aspetos técnicos e fisiológicos dos cuidados tendem a sobrepor-

se, por vezes, às dimensões emocionais e às necessidades psicossociais dos doentes (Lewandowska et al., 2020).

Na UCI, a qualidade do sono encontra-se frequentemente comprometida devido a diversos fatores. Os doentes apresentam padrões de sono fragmentados, caracterizados por despertares frequentes e redução do sono profundo, o que afeta negativamente a recuperação clínica. Nestas unidades, os doentes críticos são particularmente vulneráveis à privação de sono, resultante da exposição contínua à luz, do ruído ambiental, da realização de procedimentos invasivos e utilização de sedativos. A privação de sono pode estar associada a piores desfechos clínicos, incluindo *delirium*, prolongamento do tempo de internamento e desfechos neurológicos adversos (Vaishnav et al., 2023).

Diversas estratégias têm sido propostas para minimizar este problema, porém a literatura carece de uma visão abrangente sobre as abordagens existentes (Vaishnav et al., 2023). Estudos indicam que os níveis de ruído nas UCI podem ultrapassar os 80 dB, muito acima dos limites recomendados (30 dB durante o dia e 40 dB à noite). De forma semelhante, a exposição a níveis elevados de luz interfere com o ritmo circadiano dificultando ainda mais o sono reparador (Pawar et al., 2024).

A evidência científica demonstra que a qualidade do sono se encontra frequentemente comprometida nos doentes internados em UCI. Estes doentes apresentam, com frequência, uma diminuição da eficiência do sono, redução das fases de sono profundo, maior fragmentação do ciclo sono-vigília e aumento do período de sono diurno. Estima-se que mais de metade dos doentes em estado crítico desenvolvam algum tipo de perturbação do sono durante o período de internamento em UCI (Chaudhary et al., 2020).

Neste contexto, os enfermeiros de cuidados intensivos desempenham um papel essencial, devendo adotar estratégias que promovam a melhoria da qualidade do sono, contribuindo assim para a prevenção de complicações e para uma recuperação mais eficaz (Gorecki & Prasun, 2024).

É fundamental gerar evidência científica que sustente a prática dos enfermeiros na adoção de protocolos adaptados às particularidades das UCI. As alterações do sono devem ser reconhecidas como um fator de risco passível de intervenção, com impacto direto no processo de recuperação do doente crítico. A promoção de um sono de melhor qualidade poderá contribuir para a diminuição da ocorrência de *delirium*, dado que ambos os fenómenos partilham mecanismos etiológicos semelhantes. Deste modo, assegurar um descanso noturno adequado constitui uma medida relevante para o bem-

estar global do doente, tanto durante o internamento na UCI como no período subsequente à alta hospitalar (Topcu & Tosun, 2022).

2. Tipo de estudo

A realização de uma *scoping review* é apropriada para mapear conceitos e identificar lacunas de conhecimento. Este tipo de síntese do conhecimento permite reunir a evidência disponível sobre um determinado tema, clarificar os principais conceitos e identificar lacunas existentes na investigação. Embora a sua utilização esteja a crescer, a qualidade metodológica e de relato ainda precisa de ser reforçada (Tricco et al., 2018).

Com base no tema definido iniciou-se uma revisão exploratória da literatura com o objetivo de identificar estudos publicados sobre as estratégias de privação da privação do sono no doente crítico. Esta leitura abrangente permitiu reconhecer insuficiências de informação e ajustar de forma mais rigorosa o foco do trabalho. A partir desses resultados preliminares, tornou-se evidente a pertinência de avançar para uma *scoping review*, conduzida de acordo com metodologias internacionalmente reconhecidas, que possibilita mapear o conhecimento disponível, clarificar conceitos, identificar lacunas e apoiar tanto a prática como futuras linhas de investigação. Esta abordagem revela-se adequada aos objetivos traçados para o relatório e cumpre os requisitos pedagógicos da especialidade. Trata-se de uma metodologia especialmente útil para analisar áreas emergentes e ainda pouco desenvolvidas, contribuindo para ampliar e organizar a evidência existente (Peters et al., 2024)

A *scoping review* será realizada de acordo com a metodologia proposta pelo JBI, descrita no Manual JBI for Evidence Synthesis, e conduzida conforme as diretrizes do PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews).

2.1. Objetivo e finalidade do estudo

Tendo em consideração o tema da investigação e a questão de revisão, definiu-se como objetivo: mapear e sintetizar as estratégias descritas na literatura para prevenir a privação do sono em doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos.

O estudo pretende fornecer uma visão abrangente do estado atual do conhecimento sobre o tema, apoiando profissionais de saúde, gestores e investigadores na tomada de decisões informadas e no

desenvolvimento de práticas baseadas na evidência. Pretende-se, ainda, identificar, categorizar e descrever as intervenções implementadas em diferentes contextos clínicos, bem como os seus objetivos, componentes e resultados associados.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a conceção de um "Protocolo de Promoção do Sono – *P2S*", a implementar entre as 23h00 e as 06h00, com vista à minimização dos efeitos nefastos da privação do sono nos doentes internados em contexto de cuidados intensivos.

2.2. Questão de revisão

A questão de revisão é um elemento central na condução da *scoping review*, pois orienta a seleção dos estudos, a extração dos dados, o mapeamento da evidência e a interpretação do seu significado (Apóstolo, 2017). Funciona como o fio condutor de toda a revisão e é estruturada de acordo com a mnemónica PCC – População, Conceito e Contexto (Peters et al., 2024), definindo de forma clara quem é estudado, o que é analisado e em que contexto. Partindo deste pressuposto, emergiu a seguinte questão de revisão:

"Quais as estratégias de prevenção da privação do sono em doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos?"

De acordo com a estrutura PCC temos: P (População): Doentes críticos; C (Conceito): Estratégias para prevenir a privação de sono; C (Contexto): Unidades de cuidados intensivos.

2.3. Seleção de termos de pesquisa

A seleção de termos de pesquisa começou com a identificação sistemática de palavras-chave e termos de indexação alinhados com o tema central: "sleep deprivation", "ICU", "critical care", "intensive care", "nurse care" e "critical nurse". A partir deste levantamento preliminar, emergiram os descritores controlados e os sinónimos relevantes que sustentaram a construção das expressões booleanas e a estratégia de pesquisa.

Foram selecionadas bases de dados biomédicas e de enfermagem com ampla cobertura, nomeadamente o roteador EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of

Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers), CINHAL e PubMed. A estratégia de pesquisa combinou descritores indexados e termos de linguagem natural, associados à área em estudo, aplicados a título e resumo, de forma a aumentar a sensibilidade da pesquisa.

Tabela 1: Descritores

Sono	**Cuidados intensivos**	**Enfermeiro**
Sleep deprivation	Intensive care units	Nurses
Sleep quality	Critical care	Nursing care
		Nursing
		Critical care nursing

Fonte: Elaboração própria

Posteriormente, analisou-se a existência de palavras derivadas com sufixos diferentes, optando-se pela utilização da truncadura "*", a qual possibilitou a captura de múltiplas variações de uma mesma palavra. Por fim, procedeu-se à combinação dos descritores utilizando os operadores booleanos para construir as expressões de pesquisa, descritas em detalhe no apêndice III.

2.4. Seleção de estudos

De acordo com as orientações da JBI, a triagem de títulos e resumos foi realizada por dois revisores independentes. Para garantir que a seleção dos estudos corresponde de forma rigorosa à pergunta de investigação, definiram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Tabela 2: Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Doentes adultos (≥18 anos) internados em cuidados intensivos	Estudos focados exclusivamente em doentes pediátricos ou neonatais
Estudos que descrevem estratégias farmacológicas, não farmacológicas ou ambientais para melhorar a privação de sono	Estudos realizados fora do contexto de unidades de cuidados intensivos
Estudos primários (ensaios clínicos, estudos observacionais, qualitativos), revisões sistemáticas e diretrizes clínicas	Capítulos de livros e artigos de opinião; cartas ao editor; resumos sem texto completo disponível.
Publicações entre 2020 e 2025	
Idiomas: português, inglês e espanhol	

A pesquisa foi realizada em 7 de novembro de 2025. Para a gestão bibliográfica, recorreu-se ainda ao software *Mendeley Reference Manager*.

Para facilitar a gestão da pesquisa e a fase inicial de triagem, todos os artigos encontrados foram importados para a plataforma *Rayyan*, que permitiu organizar os estudos, efetuar a remoção de duplicados e realizar a triagem cega por dois revisores.

A pesquisa estruturada nas bases de dados produziu 249 artigos. Após a remoção de duplicados em *Rayyan* (n=65), avançaram 184 artigos para triagem de título e resumo por dois investigadores, de forma independente. As divergências foram resolvidas por consenso, não sendo necessário um terceiro revisor.

Após a remoção de duplicados procedeu-se à análise dos títulos e resumos, com aplicação dos critérios de exclusão previamente definidos. Foram excluídos estudos focados exclusivamente em populações pediátricas ou neonatais, uma vez que o presente trabalho se centra na população adulta. Também foram excluídos estudos realizados fora do contexto de unidades de cuidados intensivos, por não se enquadrarem no âmbito específico da investigação. Adicionalmente, foram removidos capítulos de livros, artigos de opinião, cartas ao editor e resumos sem acesso ao texto completo, por não cumprirem os critérios de elegibilidade estabelecidos para a revisão. Após este processo de triagem, foram

selecionados 49 estudos para leitura de texto integral, os quais foram posteriormente avaliados quanto à sua elegibilidade para inclusão na análise final.

Da triagem resultou a recuperação de 49 estudos para leitura de texto integral. Destes, 17 foram excluídos por não responderem à questão de investigação, 2 excluídos por não ter acesso ao conteúdo. Sendo incluídos neste estudo 30 artigos.

A seleção dos artigos para mapeamento sobre a privação de sono em UCI será esquematizada através da PRISMA-ScR. A Figura 1 apresenta o fluxograma PRISMA completo do processo de seleção.

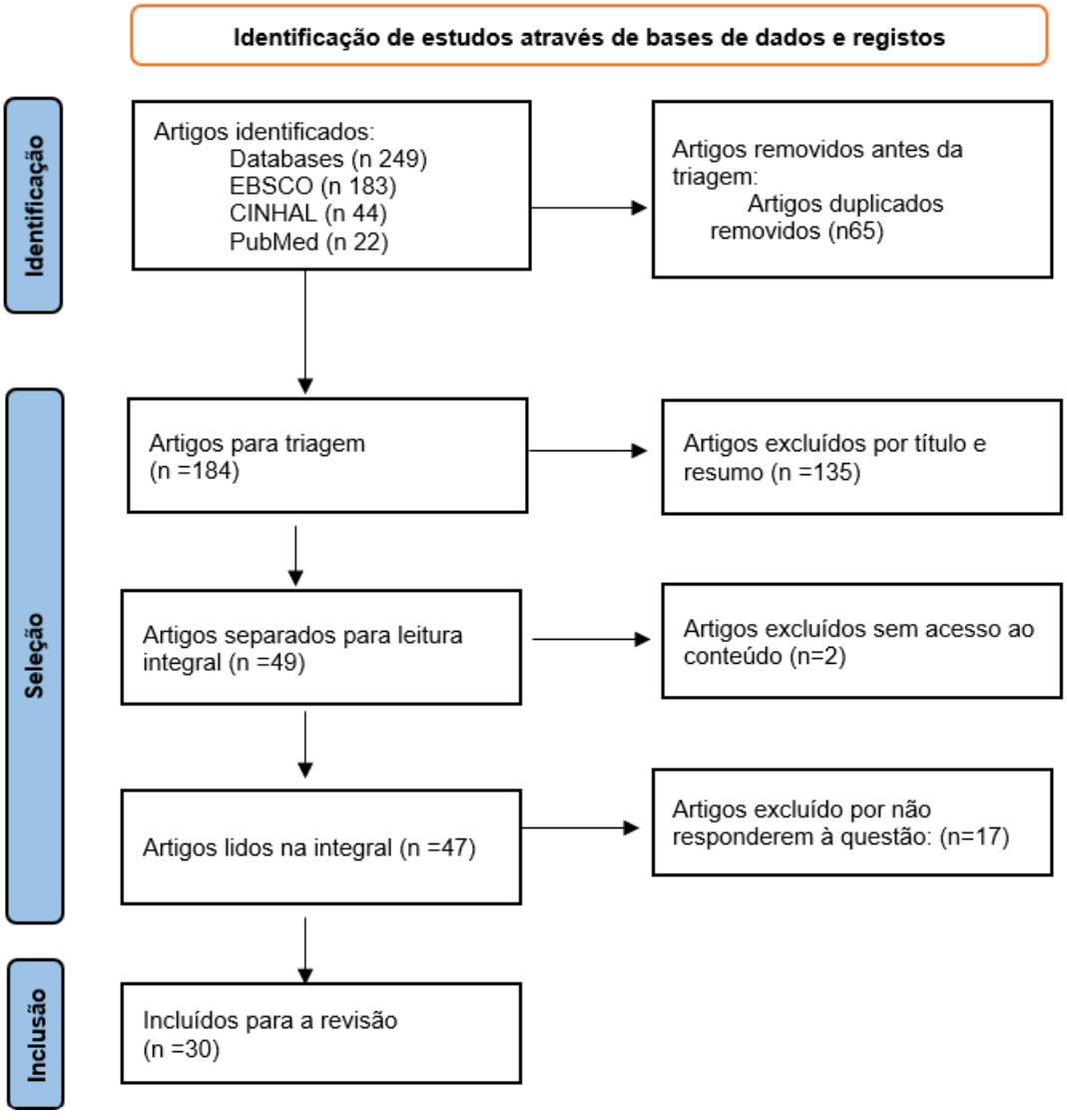


Figura 1 - Fluxograma PRISMA

2.5. Apresentação dos resultados

A informação foi recolhida de forma rigorosa a partir dos estudos incluídos, contemplando diversas fontes para assegurar uma perspetiva abrangente sobre a área em análise. Posteriormente, na etapa de síntese, esses dados foram analisados e integrados de modo a oferecer uma visão clara e aprofundada da situação atual do tema.

Foi realizada uma análise de conteúdo dos artigos, recolhendo dados sobre: título, autores, país de origem, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo/métodos de estudo e principais resultados. Para facilitar a síntese, recorri à criação de uma tabela de extração de dados (Apêndice IV).

Dos 30 artigos que integraram a revisão é notória a dispersão geográfica, que abrange 15–países. A maior representatividade verifica-se no continente asiático, destacando-se a Turquia (n=6), seguidamente China (n=3) e Taiwan (n=3), Índia (n=1), Irão (n=3) e Coreia do Sul (n=1). Nos Estados Unidos da América (n=4). Na América do Sul, o Chile (n=1) e o Brasil (n=2). Quanto à Europa com Portugal (n=1), Espanha (n=1), Grécia (n=1) e República Checa (n=1). Foram ainda identificados estudos realizados em países do continente africano, nomeadamente no Egito (n=1) e em Marrocos (n=1). Observa-se que a maior parte dos estudos apresenta uma abordagem de natureza quantitativa, em comparação com pesquisas de outros tipos metodológicos.

A amostra desta pesquisa foi composta por 30 estudos, incluindo 8 estudos quase-experimentais, 7 ensaios clínicos randomizados, 4 estudos observacionais, prospetivos controlados, 1 estudo experimental do tipo *cross-over*, 7 revisões da literatura, 1 estudo descritivo transversal e 2 *scoping review*.

2.6. Discussão dos resultados

A presente *scoping review* teve como objetivo mapear as intervenções descritas na literatura relacionadas com a prevenção da privação do sono em doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos. A análise dos estudos permitiu identificar diferentes categorias de intervenção, nomeadamente farmacológicas e não farmacológicas, ambientais, organizacionais e comportamentais. Verificou-se igualmente heterogeneidade nos desenhos metodológicos dos estudos analisados.

- Intervenções não farmacológicas

As intervenções não farmacológicas emergem de forma consistente como as estratégias mais eficazes e seguras para a prevenção da privação do sono em doentes críticos, sendo amplamente recomendadas como primeira linha de atuação em contexto de unidades de cuidados intensivos. A evidência disponível aponta para um conjunto diversificado de estratégias, incluindo o controlo de estímulos ambientais, dispositivos individuais de proteção sensorial, terapias complementares e técnicas de relaxamento. Revisões sistemáticas e scoping reviews recentes reforçam que a implementação combinada destas estratégias potencia os seus efeitos, sendo particularmente eficaz quando integrada em protocolos estruturados de promoção do sono (Carrera et al., 2025; Jun et al., 2021; Moura et al., 2024).

O ruído é identificado de forma recorrente na literatura como um dos principais fatores promotores de distúrbios do sono em doentes internados em UCI, estando associado a maior fragmentação do sono, aumento do número de despertares e redução do tempo de sono profundo (Topcu & Tosun, 2022; Bahar et al., 2025; Lkoul et al., 2025). As principais fontes de ruído incluem os alarmes dos monitores, equipamentos de suporte à vida, conversas da equipa de saúde e atividades assistenciais realizadas durante o período noturno. Neste contexto, a utilização de tampões auriculares tem sido amplamente estudada como uma medida não farmacológica destinada a atenuar os estímulos sonoros e promover um ambiente mais favorável ao descanso. Vários estudos incluídos nesta *scoping review* demonstram que o uso de tampões auriculares está associado a melhorias significativas na perceção subjetiva da qualidade do sono, particularmente quando integrado em protocolos estruturados de promoção do sono (Topcu & Tosun, 2022; Fang et al., 2021; Zhang et al., 2024). No entanto, a evidência também revela que esta intervenção nem sempre é bem tolerada pelos doentes, sendo frequentemente reportados desconforto, sensação de aperto nos ouvidos, dor local e ansiedade relacionada com a ausência de ruído ambiente, o que pode comprometer a adesão e eficácia da estratégia (Lin et al., 2022; Shih et al., 2022; Huang et al., 2023; Kazak Saltı et al., 2025). Estes achados são corroborados por estudos externos à revisão que referem taxas relevantes de abandono do uso de tampões auriculares, reforçando a necessidade de uma avaliação individual da tolerância e preferência do doente sempre que esta intervenção é considerada. Assim, apesar do seu potencial benefício, o uso isolado de tampões auriculares apresenta resultados inconsistentes e deve ser aplicado de forma criteriosa.

Por outro lado, a máscara ocular isolada tem demonstrado maior aceitabilidade e eficácia, sendo descrita como uma intervenção simples, de baixo custo e bem tolerada. A sua utilização permite reduzir

a exposição à luz artificial noturna, promovendo a regulação do ritmo circadiano e a secreção de melatonina, o que se traduz em melhorias consistentes na qualidade do sono percebida (Shih et al., 2022; Huang et al., 2023; Altintaş et al., 2024). Estudos recentes destacam a máscara ocular como a intervenção não farmacológica mais eficaz para melhoria do sono em doentes críticos, superando o uso isolado de tampões auriculares (Huang et al., 2023).

A literatura sugere, ainda, que a combinação de estratégias sensoriais potencia os efeitos individuais. Koçak & Arslan (2021) demonstram que a utilização combinada de tampões auriculares e máscara ocular apresenta maior sucesso na melhoria da qualidade do sono quando comparada com a utilização isolada de qualquer uma das intervenções, independentemente da idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade ou experiência prévia em UCI. Para estes autores, a abordagem combinada permite uma redução mais eficaz dos estímulos ambientais, traduzindo-se numa melhoria significativa da qualidade global do sono. Resultados semelhantes foram observados em ensaios clínicos randomizados e estudos prospetivos, que reportaram melhorias no tempo total de sono, profundidade do sono e redução do número de despertares quando ambas as estratégias foram utilizadas em conjunto (Pv et al., 2024; Zhang et al., 2024).

Para além dos dispositivos individuais, outras intervenções não farmacológicas, como a aromaterapia, massagem, musicoterapia e escuta de audiolivros, têm demonstrado efeitos positivos na promoção do sono em doentes críticos. Estudos recentes indicam que estas estratégias contribuem para a redução da ansiedade e do stress, fatores frequentemente associados à privação do sono em contexto de UCI, apresentando ainda elevada aceitabilidade e ausência de efeitos adversos relevantes (Motlagh et al., 2025;Kang et al., 2023; Mermer & Arslan, 2024). A musicoterapia surge como uma intervenção eficaz na prevenção da privação do sono e na melhoria da qualidade do mesmo (Carrera et al., 2025; Jun et al., 2021). A escuta de audiolivros tem também sido estudada como intervenção não farmacológica na promoção do sono em doentes internados em unidades de cuidados intensivos. Evidências indicam que esta estratégia pode melhorar significativamente a qualidade do sono e reduzir fatores de perturbação frequentemente presentes neste contexto, como o ruído, a luz, o ambiente desconhecido e as preocupações relacionadas com a doença. Adicionalmente, foram observadas alterações significativas em alguns sinais vitais, nomeadamente na frequência do pulso e na pressão arterial, sugerindo um possível efeito relaxante associado à intervenção (Mermer & Arslan, 2024)

A massagem com aromaterapia, particularmente com óleos essenciais como lavanda, hortelã e amêndoa doce, mostrou melhorias clinicamente significativas na qualidade do sono, com aumentos

expressivos nas pontuações de escalas validadas, sendo descrita como uma intervenção simples, segura e bem tolerada pelos doentes (Carrera et al., 2025; Huang et al., 2023; Motlagh et al., 2025).

A evidência sugere, ainda, que intervenções individuais, como aromaterapia e massagem, podem apresentar um efeito superior às intervenções exclusivamente ambientais, sugerindo um impacto direto nos mecanismos de relaxamento, redução da ansiedade e indução do sono fisiológico (Kang et al., 2023). Por outro lado, Jun et al. (2021) concluíram que as técnicas de relaxamento associadas ao controlo de fatores ambientais, como o ruído, constituem uma ferramenta muito útil para a melhoria da qualidade do sono.

- Intervenções farmacológicas

A evidência identificada nesta *scoping review* demonstra que as intervenções farmacológicas ocupam um papel secundário e cauteloso na prevenção da privação do sono em doentes críticos. Alguns estudos referem a utilização de analgésicos e indutores do sono em situações selecionadas, sobretudo quando a dor, a ansiedade ou a agitação comprometem significativamente o descanso noturno (Zhang et al., 2024). Contudo, a literatura alerta para a associação entre o uso de fármacos hipnóticos e pior qualidade do sono percebida, bem como para o risco acrescido de efeitos adversos, nomeadamente *delirium*, depressão respiratória e alterações do estado de consciência (Guisasola-Rabes et al., 2022).

Deste modo, os resultados sugerem que as estratégias farmacológicas devem ser consideradas de forma individualizada, como complemento e não como primeira linha de intervenção, privilegiando-se a otimização do controlo da dor e do conforto, em detrimento da sedação farmacológica para indução do sono.

- Intervenções de controlo ambiental

O controlo ambiental constitui uma das dimensões mais robustamente suportadas pela evidência na prevenção da privação do sono em UCI. O ruído e a luminosidade são consistentemente identificados como os principais fatores perturbadores do sono (Topcu & Tosun, 2022; Bahar et al., 2025; Lkoul et al., 2025)

A redução do ruído, através do ajuste de alarmes, diminuição de conversas junto ao leito e controlo de equipamentos, mostrou associação direta com melhorias na qualidade do sono, embora a manutenção de níveis sonoros recomendados permaneça um desafio estrutural nas UCI (R. C. da S. Souza et al., 2022).

De igual modo, a luminosidade artificial contínua é apontada como um fator crítico na perturbação do sono, interferindo com a regulação do ritmo circadiano. A evidência sugere que a redução da intensidade luminosa durante o período noturno, bem como a implementação de sistemas de iluminação cíclica que simulam o ciclo natural dia–noite, estão associadas a melhorias na duração e profundidade do sono (Pamuk & Turan, 2022).

A redução da luminosidade durante o período noturno apresenta um efeito consistente na perceção subjetiva da qualidade do sono, associando-se a um melhor descanso, menor latência para o início do sono e redução da sonolência diurna. Com o objetivo de minimizar as perturbações do sono, a utilização de iluminação localizada, como luzes de cabeceira, durante a realização de procedimentos ou cuidados necessários demonstrou ser uma estratégia eficaz (Sampani et al., 2025). Estes resultados assumem particular relevância, uma vez que a sonolência excessiva em doentes críticos pode contribuir para o aumento da fadiga e da irritabilidade, menor adesão às terapias de reabilitação, atraso na recuperação e incremento do tempo de internamento e dos custos hospitalares associados (Higa et al., 2024).

Estratégias alternativas, como a utilização de luz vermelha durante a noite, demonstraram igualmente efeitos positivos, ao minimizar a supressão da melatonina e favorecer uma organização mais fisiológica do padrão sono-vigília. Para além do seu efeito ambiental, esta abordagem pode ser integrada como uma estratégia complementar de relaxamento sensorial, contribuindo para a redução da estimulação visual noturna e promovendo condições mais favoráveis à indução e manutenção do sono em doentes críticos (Motahary et al., 2025).

As intervenções de controlo ambiental são simples, viáveis, de baixo custo e potencialmente aplicáveis em diferentes contextos de UCI, sendo contínuas e sustentadas são fundamentais para criar um ambiente terapêutico promotor de descanso e de prevenção do *delirium* (Tonna et al., 2021).

- Intervenções organizacionais

As intervenções organizacionais, particularmente aquelas centradas no planeamento e agrupamento de cuidados, assumem um papel determinante na prevenção da privação do sono. Apesar da elevada frequência de intervenções de enfermagem durante a noite, estas são responsáveis apenas por uma minoria das perturbações do sono, sendo os fatores ambientais, como o ruído e a luz, e clínicos como a dor, a ansiedade e a gravidade da doença, mais relevantes (Locihová et al., 2021). Contudo, a evidência demonstra que o *clustering* de cuidados (agrupamento de procedimentos, monitorização e

intervenções de enfermagem), a limitação de procedimentos não urgentes durante a noite e a implementação de protocolos estruturados de promoção do sono, contribuem para períodos mais prolongados de sono ininterrupto e para melhorias na qualidade do sono percebida (Locihová et al., 2021; Long et al., 2025; Wang et al., 2025).

Protocolos e *bundles* liderados por enfermeiros, integrando medidas ambientais, educativas e organizacionais, revelaram impacto clínico relevante não só no sono, mas também na redução do *delirium*, da agitação e do tempo de internamento, mesmo quando as melhorias na perceção subjetiva do sono não atingiram significância estatística (Gorecki & Prasun, 2024).

- Intervenções comportamentais e educativas

As intervenções comportamentais e educativas, dirigidas tanto à equipa de saúde como aos doentes e familiares, emergem como facilitadores essenciais para o sucesso das estratégias de promoção do sono.

A sensibilização da equipa para a importância do sono, o aumento da literacia em gestão do ruído e a adoção de comportamentos promotores de silêncio noturno, como as intervenções do tipo *"Quiet Time"*, revelaram-se determinantes para a redução dos níveis de ruído durante os períodos de maior atividade e, consequentemente, para a diminuição do número de interrupções do sono dos doentes (Souza et al., 2022; Bahar et al., 2025).

O planeamento e a antecipação das intervenções de enfermagem, bem como a comunicação clara com o doente sobre os cuidados noturnos previstos, demonstraram reduzir a ansiedade e a fragmentação do sono, reforçando a importância da individualização e organização dos cuidados noturnos (Locihová et al., 2021).

Adicionalmente, a orientação dos doentes sobre os cuidados noturnos previstos e a promoção da exposição à luz natural durante o dia contribuem para reduzir a ansiedade, melhorar a adaptação ao ambiente da UCI e reforçar o ritmo circadiano (Tonna et al., 2021; El-Maksoud & Khalil, 2025).

2.7. Considerações éticas

Esta *scoping review* foi conduzida com base em estudos previamente publicados e acessíveis publicamente, sem envolver a colheita de dados primários, nem interação direta com seres humanos ou animais. Por essa razão, não foi necessária a aprovação por uma Comissão de Ética.

Em todas as fases do processo de investigação foram respeitados os princípios éticos que regulam a investigação. Na seleção e revisão dos estudos não se verificaram conflitos de interesses, uma vez que não existia qualquer tipo de ligação entre os investigadores e os autores dos artigos incluídos. A análise e discussão dos resultados foram realizadas com a devida referência aos respetivos autores, salvaguardando a integridade e o conteúdo dos artigos, de forma a não desvirtuar o discurso original.

3. Proposta de Protocolo de Promoção do Sono – P2S

O sono desempenha um papel fundamental no processo de recuperação clínica, particularmente em doentes em estado crítico. Contudo, as perturbações do sono são altamente prevalentes nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), manifestando-se por dificuldades em iniciar e manter o sono, fragmentação do descanso noturno e redução do sono profundo e reparador (Huang et al., 2023).

A privação ou fragmentação do sono em contexto de cuidados intensivos associa-se a consequências clínicas relevantes, como o aumento do risco de delírio, o enfraquecimento do sistema imunitário, o prolongamento do internamento em UCI e maior mortalidade. Adicionalmente, os efeitos negativos do sono insuficiente podem persistir após a alta hospitalar, comprometendo a qualidade de vida dos doentes (Huang et al., 2023; Lewandowska et al., 2020).

Neste contexto, torna-se essencial a implementação de estratégias não farmacológicas que promovam um ambiente favorável ao sono na UCI. Medidas simples, como a redução da luminosidade e do ruído noturno, bem como a utilização de máscara ocular e tampões auriculares, têm demonstrado benefícios na melhoria da qualidade do sono e na humanização dos cuidados prestados.

- Finalidade

Prevenir a privação do sono dos doentes internados na UCI.

- Objetivo geral

Promover a melhoria da qualidade e quantidade do sono dos doentes internados na UCI.

- Objetivos específicos
    - ✓ Reduzir a fragmentação do sono durante o período noturno.
    - ✓ Diminuir estímulos ambientais (luz e ruído) entre as 23h e as 6h.
    - ✓ Prevenir o *delirium* e outras complicações associadas à privação do sono.

- ✓ Padronizar práticas de cuidados noturnos centradas no doente.

- Doentes elegíveis
  - ✓ Doentes conscientes ou facilmente despertável
  - ✓ Doentes sem contraindicações ao uso de máscara ocular ou tampões auriculares
- Critérios de exclusão
  - ✓ Doentes com *delirium* hiperativo não controlado
  - ✓ Doentes com patologia otológica, cirurgia recente ao ouvido, infeção ativa do ouvido ou desconforto auditivo
  - ✓ Doentes com lesões faciais, cirurgia ocular recente ou contraindicação para o uso de máscara ocular
  - ✓ Doentes instáveis que necessitem de vigilância contínua com estímulos frequentes
- Período de implementação

O protocolo do sono deverá ser implementado diariamente entre as 23h00 e as 06h00.

- Intervenções

A- Redução da luminosidade
  - ✓ Diminuir a intensidade da iluminação geral da UCI a partir das 23h
  - ✓ Utilizar iluminação indireta e focalizada apenas quando necessário para a prestação de cuidados
  - ✓ Evitar ligar luzes intensas sem necessidade clínica

B- Redução do ruído
  - ✓ Minimizar conversas junto ao leito durante o período noturno
  - ✓ Ajustar volumes de alarmes para níveis seguros, evitando alarmes desnecessários
  - ✓ Agrupar cuidados sempre que possível, reduzindo interrupções do sono

C- Utilização de máscara ocular
  - ✓ Explicar a finalidade e garantir conforto e correta colocação
  - ✓ Oferecer máscara ocular aos doentes elegíveis antes das 23h
  - ✓ Respeitar a recusa do doente

D- Utilização de tampões auriculares
  - ✓ Oferecer tampões auriculares descartáveis aos doentes elegíveis.
  - ✓ Explicar o modo de utilização e verificar conforto.
  - ✓ Garantir remoção imediata caso o doente manifeste desconforto.

- Responsabilidades

A- Enfermagem

- ✓ Avaliar a elegibilidade do doente para o protocolo do sono
- ✓ Informar e educar o doente sobre as intervenções
- ✓ Implementar e monitorizar as medidas do protocolo
- ✓ Registar a adesão e eventuais intercorrências no processo clínico

B- Médicos

- ✓ Validar a elegibilidade clínica do doente
- ✓ Identificar contraindicações
- ✓ Articular estratégias farmacológicas apenas quando necessário

C- Técnicos auxiliares de saúde

- ✓ Colaborar na redução do ruído e luminosidade
- ✓ Respeitar o ambiente terapêutico noturno

- Monitorização e Avaliação
  - ✓ Registo diário da utilização de máscara ocular e tampões auriculares
  - ✓ Avaliação subjetiva da qualidade do sono (quando possível)
  - ✓ Monitorização da incidência de delírio
  - ✓ Auditorias periódicas à adesão ao protocolo

- Segurança e Considerações Éticas
  - ✓ A adesão ao protocolo é voluntário e depende do consentimento do doente
  - ✓ O conforto, dignidade e segurança do doente são prioritários
  - ✓ As intervenções devem ser interrompidas sempre que comprometam a segurança clínica
- Formação da Equipa
  - ✓ Sessões de formação sobre a importância do sono do doente internado na UCI.
  - ✓ Sensibilização para práticas de cuidados noturnos humanizados.

- Revisão do Protocolo

Este protocolo deverá ser revisto a cada 2 anos ou sempre que surja nova evidência científica relevante

Conclusão

Este relatório espelha um percurso formativo exigente, progressivo e articulado, no qual a prática clínica especializada e a investigação, avançaram de forma integrada e mutuamente enriquecedora. A vivência em três contextos de cuidados distintos — Hemodiálise, Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva — possibilitou um contacto abrangente com a complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

A integração nas equipas multidisciplinares decorreu de forma positiva e progressiva, sustentada numa postura proactiva, interessada e responsável, valorizando desde o início a comunicação eficaz e a colaboração interprofissional.

Cada ambiente contribuiu para o desenvolvimento de um olhar clínico mais sensível, de uma capacidade acrescida de tomada de decisão, em situações de elevada pressão, e de uma compreensão mais profunda sobre vulnerabilidades, riscos e necessidades específicas da pessoa em situação crítica.

Cuidar da pessoa em situação crítica constitui um dos maiores desafios para os enfermeiros, exigindo conhecimento técnico-científico atual, competências clínicas avançadas, pensamento crítico, capacidade de decisão em tempo real e uma presença humana e ética em contextos de elevada complexidade. Neste âmbito, o papel do enfermeiro assume uma dimensão central e altamente diferenciada, sendo responsável pela monitorização contínua do estado clínico da pessoa, pela antecipação e resposta a focos de instabilidade, pela definição de prioridades de intervenção e pela articulação eficaz com a equipa multidisciplinar.

A intervenção de enfermagem especializada visa assegurar cuidados altamente diferenciados, seguros e ajustados à complexidade da situação clínica, sem descurar a humanização, a promoção do conforto e da segurança da pessoa em situação crítica, bem como dos seus familiares e cuidadores.

Ao longo deste percurso formativo, a prática em contextos reais, aliada ao investimento contínuo na componente teórica e à utilização de evidência científica atualizada, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, em ambientes exigentes, onde a tomada de decisão autónoma, responsável e reflexiva se revelou essencial.

Paralelamente, a realização da *scoping review* acrescentou uma dimensão científica estruturante a este percurso, ao permitir mapear de forma rigorosa a evidência existente sobre estratégias de prevenção da privação do sono no doente crítico, clarificar conceitos ainda pouco definidos na literatura e identificar

lacunas relevantes que justificam aprofundamento futuro. A revisão funcionou como ponte entre a experiência prática e o conhecimento teórico, reforçando a importância de integrar metodologias de investigação robustas na tomada de decisão clínica e no desenvolvimento de intervenções mais seguras e eficazes.

Deste percurso emergem implicações claras para a prática clínica. A revisão evidencia que a prevenção da privação do sono no doente crítico deve ser sistemática e multidimensional. Estratégias centradas na pessoa (musicoterapia, aromaterapia e massagem), no ambiente (redução de ruído e luminosidade, utilização de tampões auriculares e máscaras oculares) e na intervenção do enfermeiro (*clustering* de cuidados) são fundamentais, sendo mais eficazes quando implementadas de forma combinada.

A evidência identificada na *scoping review* indica, também, que as intervenções farmacológicas assumem um papel secundário e devem ser utilizadas de forma cautelosa na prevenção da privação do sono. Os dados sugerem que, embora possam ser úteis em situações específicas, os fármacos não constituem a estratégia principal para promover um sono de qualidade, sendo frequentemente complementares a intervenções não farmacológicas, como a redução do ruído, controlo da luminosidade e implementação de rotinas de sono. Esta abordagem reflete a necessidade de priorizar medidas seguras, individualizadas e centradas na pessoa, minimizando riscos associados a efeitos adversos e interações medicamentosas, e reforça a importância de uma gestão integrada e multidisciplinar do sono do doente crítico.

A compreensão das lacunas identificadas permite orientar a implementação de protocolos mais consistentes, fomentar a formação da equipa de saúde e promover uma abordagem multidisciplinar, contribuindo para a melhoria da qualidade do sono, redução de complicações associadas à privação e otimização dos resultados clínicos. Assim, a síntese da evidência reforça a necessidade de que a prática clínica seja informada por dados atualizados e contextualizados, consolidando a ligação entre investigação e cuidados especializados.

Nesta jornada, os períodos de estágio possibilitaram converter conhecimento teórico em competências práticas e transformar evidência científica em intervenções concretas, reforçando o papel central do enfermeiro especialista na segurança, continuidade e qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico em diferentes contextos hospitalares.

Este percurso formativo apresentou diversos obstáculos, que foram sendo ultrapassados com maior ou menor dificuldade. Em particular, a dificuldade de conciliar a atividade profissional, a vida pessoal e as

exigências do estágio, realizado exclusivamente em horário pós-laboral. A elaboração da *scoping review* e deste relatório, associada à experiência ainda limitada no domínio da investigação, exigiu um elevado grau de motivação, empenho, resiliência e dedicação. Não obstante, a realização deste relatório permitiu constatar que os objetivos inicialmente delineados foram plenamente atingidos, proporcionando contributos significativos a nível pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista.

Concluída esta etapa, vemos reforçadas não apenas competências técnicas e científicas, mas também habilidades de liderança, comunicação e tomada de decisão autónoma em contextos de elevada complexidade, consolidando a autonomia profissional e a capacidade de atuar de forma crítica e fundamentada. A integração consistente entre prática clínica e investigação, evidenciada ao longo deste relatório, constitui a base de uma trajetória profissional orientada para a excelência, aprendizagem permanente e liderança de melhorias sustentadas na melhor evidência disponível.

Referências Bibliográficas

Achury-Saldaña, D. M., & Achury, L. F. (2010). *Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo*. 25–42. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145216903003

Altintaş, S., Çelik, S., & Karahan, E. (2024). The effects of ergonomic sleep mask use on sleep quality and comfort in intensive care patients. *Journal of Sleep Research*, *33*(1). https://doi.org/10.1111/jsr.13966

Apóstolo, J. (2017). *SÍNTESE DA EVIDÊNCIA NO CONTEXTO DA TRANSLAÇÃO DA CIÊNCIA* (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Ed.).

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, *8*(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Bahar, A., Güner Muşluoğlu, M., & Uygur, H. (2025). Effects of nursing interventions applied at night on sleep quality and sleep effort of patients in the intensive care unit. *Psychology, Health and Medicine*, *30*(9), 1947–1961. https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2450549

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto, Ed.).

Carrera, M. P., Alegria, L., Brockmann, P., Repetto, P., Leonard, D., Adiz, R. C., Paredes, F., Rojas, I., Moya, A., Oviedo, V., García, P., Henríquez-Beltr, M., & Bakker, J. (2025). Nonpharmacological interventions to promote sleep in the adult critical patients unit: A scoping review-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). *Australian Critical Care*, *38*, 101159. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MPEQ5

Centers for Disease Control and prevention - CDC. (2025). *Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events*. https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf

Chaudhary, A., Kumari, V., & Neetu, N. (2020). Sleep Promotion among Critically Ill Patients: Earplugs/Eye Mask versus Ocean Sound - A Randomized Controlled Trial Study. *Critical Care Research and Practice*, *2020*. https://doi.org/10.1155/2020/8898172

Chiavenato, I. (2000). *Introdução à Teoria Geral da Administração - 6ª edição*. www.campus.com.

Costa, F. A. D. da, Torres, R. S., & Sousa, C. D. P. F. de. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referencia*, *2022*(1), 1–8. https://doi.org/10.12707/RV21028

Coutinho, V., Martins, J. C. A., & Pereira, M. de F. C. R. (2016). *Impacto do debriefing associado a práticas simuladas no desenvolvimento de competências em Estudantes de Enfermagem*. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=200361

Direção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09.*

Direção Geral da Saúde. (2004). Carta dos direitos do doente internado. https://pt.scribd.com/document/25016085/Direitos-Dos-Doentes-Internados

Direção Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Em Diário da República: Vol. Serie II*.

Direção Geral da Saúde. (2012). *Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2013 Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. 1–26.

Direção Geral da Saúde. (2015). *NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. www.dgs.pt

Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. 1–24. www.dgs.pt

Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma 002/2018 Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. www.dgs.pt

Direção Geral da Saúde. (2021a). *Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*.

Direção Geral da Saúde. (2021b). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021| 2026. Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2022a). *NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. 1–18. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção Geral da Saúde. (2022b). *NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. www.dgs.pt

El-Maksoud, A., & Khalil, N. S. (2025). Effect of sleep promotion bundle on prevention of delirium in intensive care units. *Egyptian Nursing Journal*, *22*(2), 212–218. https://doi.org/10.4103/enj.enj_16_25

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units: Annual Epidemiological Report for 2020*.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). *Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças Uma agência da União Europeia*. Infeções Associadas Aos Cuidados de Saúde. https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections

Fang, C. S., Wang, H. H., Wang, R. H., Chou, F. H., Chang, S. L., & Fang, C. J. (2021). Effect of earplugs and eye masks on the sleep quality of intensive care unit patients: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 77, Number 11, pp. 4321–4331). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1111/jan.14914

Farias, W. S. De, Mesquita, É. de O. S., Farias, M. E. de S. e S., Andrade, E. de A., Soares, A. da S. B., Barbosa, G. M., Arruda, M. C., & Nova, M. X. V. (2023). Enfermagem forense a contribuição do enfermeiro na urgência e emergência para manutenção da cadeia de custódia. *Brazilian Journal of Health Review*, *6*(6), 28839–28847. https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-178

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Paula Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). DOR E ANALGESIA EM DOENTE CRÍTICO. In *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca* (Vol. 2, Number 2).

Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (Lusociência, Ed.; 5ª Edição).

Frost, S. A., Alogso, M. C., Metcalfe, L., Lynch, J. M., Hunt, L., Sanghavi, R., Alexandrou, E., & Hillman, K. M. (2016). Chlorhexidine bathing and health care-associated infections among adult intensive care patients: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s13054-016-1553-5

Gomes, S. M. L., Martins, M. D. da S., & Alves, M. J. G. (2021). Quality index in central venous catheters maintenance in an intensive care unit. *Revista de Enfermagem Referencia*, *2021*(8). https://doi.org/10.12707/RV20181

Gorecki, N. M., & Prasun, M. A. (2024). Intensive Care Unit Sleep Promotion Bundle: Impact on Sleep Quality, Delirium, and Other Patient Outcomes. *Critical Care Nurse*, *44*(4), 11–18. https://doi.org/10.4037/ccn2024972

Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., & Pegues, D. A. (2010). Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, *31*(4), 319–326. https://doi.org/10.1086/651091

Greenberg, K. I., & Choi, M. J. (2021). Hemodialysis Emergencies: Core Curriculum 2021. In *American Journal of Kidney Diseases* (Vol. 77, Number 5, pp. 796–809). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.11.024

Guisasola-Rabes, M., Solà-Enriquez, B., Vélez-Pereira, A. M., & de Nadal, M. (2022). Noise Levels and Sleep in a Surgical ICU. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(9). https://doi.org/10.3390/jcm11092328

Higa, K. T. da S., Böhme, F. A. F., Paschoa, S., Conte, A. C. R., Santos, V. B., & Avelar, A. F. M. (2024). Dark nighttime interventions and sleep quality in intensive care unit patients: A systematic review and meta-analysis. In *Nursing in Critical Care* (Vol. 29, Number 1, pp. 144–155). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1111/nicc.12827

Huang, D., Li, Y., Ye, J., Liu, C., Shen, D., & Lv, Y. (2023). Different nursing interventions on sleep quality among critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. *Medicine (United States)*, *102*(52), E36298. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000036298

Jun, J., Kapella, M. C., & Hershberger, P. E. (2021). Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care Units: A systematic review. In *Intensive and Critical Care Nursing* (Vol. 67). Churchill Livingstone. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103124

Kang, J., Cho, Y. S., Lee, M., Yun, S., Jeong, Y. J., Won, Y. H., Hong, J., & Kim, S. (2023). Effects of nonpharmacological interventions on sleep improvement and delirium prevention in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. In *Australian Critical Care* (Vol. 36, Number 4, pp. 640–649). Elsevier Ireland Ltd. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.04.006

Kazak Saltı, A., Topalı, H., Yolbaş, E., & Hintistan, S. (2025). Examining the Effect of Earplugs, Eye Mask, and Earplugs + Eye Mask on the Sleep Quality in Intensive Care Patients: a Randomised Controlled Trial. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. https://doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2024.12599

Koçak, A. T., & Arslan, S. (2021). The effect of using eye masks and earplugs on intensive care patients quality of sleep and vital signs. *Journal of Neuroscience Nursing*, *53*(1), 29–33. https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000562

Lee, S. E., Hyunjie, L., & Sang, S. (2023). Nurse Managers' Leadership, Patient Safety, and Quality of Care: A Systematic Review. In *Western Journal of Nursing Research* (Vol. 45, Number 2, pp. 176–185). SAGE Publications Inc. https://doi.org/10.1177/01939459221114079

Lei nº 95/2019 – Lei de Bases da Saúde. (2019). *Em Diário da Republica : Vol. Serie 1*. https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf

Lei nº 27/2006 – Lei de Bases da Proteção Civil (2006). *Diário da República, Série I, nº126.* https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf

Lei n.º 33/2009. (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). 4467. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/07/13400/0446704467.pdf

Levac, D., Colquhoun, H., & O'brien, K. K. (2010). *Scoping studies: advancing the methodology*. http://www.cihr-irsc.ca

Lewandowska, K., Mędrzycka-Dabrowska, W., Pilch, D., Wach, K., Fortunato, A., Krupa, S., & Ozga, D. (2020). Sleep deprivation from the perspective of a patient hospitalized in the intensive care unit—qualitative study. *Healthcare (Switzerland)*, *8*(3). https://doi.org/10.3390/healthcare8030351

Lewis, S. R., Schofield-Robinson, O. J., Rhodes, S., & Smith, A. F. (2019). Chlorhexidine bathing of the critically ill for the prevention of hospital-acquired infection (Review). In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2019, Number 8). John Wiley and Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012248.pub2

Lin, Y. C., Lin, T. J., Liu, C. H., Chen, Y. T., & Lai, H. L. (2022). Effects of an earplug placement intervention on sleep quality in patients in a medical intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, *28*(2). https://doi.org/10.1111/ijn.13016

Lkoul, A., Oumbarek, K., Bouchriti, Y., Jniene, A., & Dendane, T. (2025). Environmental Factors Affecting Sleep Quality in Intensive Care Unit Patients in Southern Morocco: An Assessment Study. *Advances in Respiratory Medicine*, *93*(3). https://doi.org/10.3390/arm93030014

Locihová, H., Axmann, K., & Žiaková, K. (2021). Sleep-disrupting effects of nocturnal nursing interventions in intensive care unit patients: A systematic review. *Journal of Sleep Research*, *30*(4). https://doi.org/10.1111/jsr.13223

Loke, A. Y., & Fung, O. W. M. (2014). Nurses' competencies in disaster nursing: Implications for curriculum development and public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(3), 3289–3303. https://doi.org/10.3390/ijerph110303289

Long, K., Hundt, B., Wiencek, C., & Little, J. (2025). Impact of a Sleep-Promoting Schedule on Sleep Quality in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, *45*(2), 33–40. https://doi.org/10.4037/ccn2025288

Lopes, M., & Constantino, S. (2021). *OS CUIDADOS DE SAÚDE FACE AOS DESAFIOS DO NOSSO TEMPO CONTRIBUTOS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA COORDENADORES*.

Mendes, A. P. (2016). Sensibility of professionals to information needs: Experience of the family at the intensive care unit. *Texto e Contexto Enfermagem*, *25*(1), 1–9. https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014

Mermer, E., & Arslan, S. (2024). The effect of audiobooks on sleep quality and vital signs in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, *80*. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103552

Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. 13550–13553.

Ministério da Saúde. (2024). *Portaria n.º 204/2024/1, de 11 de setembro. Extensão do projeto «Ligue antes, salve vidas»*. 1–4. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/09/17600/0000200005.pdf

Mokhlesian, M., Heydari, F., Boskabadi, S. J., Baradari, A. G., Ajami, A., & Alizadeh-Navaei, R. (2025). The Effect of Dexmedetomidine on Inflammatory Factors and Clinical Outcomes in Patients With Septic Shock: A Randomized Clinical Trial. *Clinical Therapeutics*, *47*(1), e9–e17. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2024.11.004

Motahary, S. M., Barati, A. M., & Mirbagher Ajorpaz, N. (2025). Effects of red light on sleep quality in cardiac intensive care unit patients: A randomized controlled trial. *Nursing Practice Today*, *12*(3), 327–337. https://doi.org/10.18502/npt.v12i3.18982

Motlagh, M. A., Tirgari, B., Rashtabadi, O. R., Ahmadinejad, M., & Jahani, Y. (2025). The effects of aromatherapy massage with mint and sweet almond oils on the sleep quality of patients with traumatic brain injury admitted to intensive care unit: a randomized clinical trial. *Sleep and Breathing*, *29*(1). https://doi.org/10.1007/s11325-025-03295-2

Moura, D. B., De Fátima Sousa Andrade, D., Silva, C. R., & Soares-Pinto, I. E. (2024). Environmental Comfort in Promoting Sleep in Critically Ill Patients: A Scoping Review. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *43*(3), 146–157. https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000632

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, *23*(1), 187–199. https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. 1–24. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *Em Diário da República: Vol. Série I (Lei no 156/2015; Número n.o 181*. *Série I*, 8059–8105. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. Guia orientador de boa prática. Série 1, n°9.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Em Diário da República: Vol. Série II*.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 392/2018. Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. 17993–17999.

Ordem dos Enfermeiros. (2018c). 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. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744–4750. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade Dos Cuidados de Saúde : Uma Abordagem Prática para Formular Políticas e Estratégias Destinadas a Melhorar a Qualidade Dos Cuidados de Saúde*. World Health Organization.

Pamuk, K., & Turan, N. (2022). The effect of light on sleep quality and physiological parameters in patients in the intensive care unit. *Applied Nursing Research*, *66*. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151607

Paredes-Garza, F., Lázaro, E., & Vázquez, N. (2022). Nursing bedside handover in an intensive care unit with a mixed structure: Nursing professionals' perception. *Journal of Nursing Management*, *30*(8), 4314–4321. https://doi.org/10.1111/jonm.13834

Patel, P. K., Advani, S. D., Kofman, A. D., Lo, E., Maragakis, L. L., Pegues, D. A., Pettis, A. M., Saint, S., Trautner, B., Yokoe, D. S., & Meddings, J. (2023). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, *44*(8), 1209–1231. https://doi.org/10.1017/ice.2023.137

Pawar, A. R., Atif Muzamml, M., & Pandey, S. (2024). A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY TO ASSESS THE EFFECTIVENESS OF "DREAM BUNDLE" ON SLEEP AMONG PATIENTS ADMITTED IN ICU AT A TERTIARY HOSPITAL. In *O&G Forum* (Vol. 34).

Peters, M., Godfrey, C. , M. P., Munn, Z., Tricco, AC., & Khalil, H. (2024). *Scoping reviews. Em E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), JBI Manual for Evidence Synthesis*. https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09

Pinto, C., Gomes, T., Pires, C., Duarte, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, *4*(2), 19–27. https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.147

Powers, R. (2010). INTRODUCTION TO DISASTERS AND DISASTER NURSING. In *International Disaster Nursing* (pp. 1–12). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511841415.004

Primeau, M. S., & Benton, A. M. (2021). Multilevel Disaster Simulation in Nursing: Lessons Learned in Undergraduate and Nurse Practitioner Student Collaboration. *Nursing Education Perspectives*, *42*(3), 188–189. https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000602

Pv, C., Beena Mani, A., & George, R. K. (2024). *Effect of Eye Masks and Ear Plugs on Quality of Sleep of Patients in Intensive Care Unit: CXV* (Number 2).

Robinson, J., & Gelling, L. (2019). Nurses+QI=better hospital performance? A critical review of the literature. *Nursing Management*. https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1858

Rocha, G. A., Oliveira, A. K. L. de, Oliveira, F. G. L., Rodrigues, V. E. S., Sousa Moura, A. G. de, Sousa, E. B., & MacHado, A. L. G. (2021). Care with vascular access routes for hemodialysis: Integrative. In *Revista Cuidarte* (Vol. 12, Number 3). Universidad de Santander. https://doi.org/10.15649/cuidarte.2090

Sakashita, C., Endo, E., Ota, E., & Oku, H. (2025). Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-025-03040-w

Savel, R. H., & Munro, C. L. (2013). Conflict management in the intensive care unit. In *American Journal of Critical Care* (Vol. 22, Number 4, pp. 277–280). https://doi.org/10.4037/ajcc2013857

Seino, Y., Sato, N., Idei, M., & Nomura, T. (2022). The Reduction in Medical Errors on Implementing an Intensive Care Information System in a Setting Where a Hospital Electronic Medical Record System is Already in Use: Retrospective Analysis. *JMIR Perioperative Medicine*, *5*(1), e39782. https://doi.org/10.2196/39782

Shih, C. Y., Gordon, C. J., Chen, T. J., Phuc, N. T., Tu, M. C., Tsai, P. S., & Chiu, H. Y. (2022). Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *130*. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104220

Sousa, P., Lebre, A., Taborda, A., Bispo, A., Câmara, M., Lobão, M., & Rodrigues, S. (2018). *Relatório Primavera. Capítulo 3 | Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Resistência aos Antimicrobianos: Conhecer mais para intervir melhor*. https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2018.pdf

Souza, C., & Santana, V. T. S. (2012). *Impact of supra-cuff suction on ventilator-associated pneumonia prevention*. https://www.scielo.br/j/rbti/a/xGBpqQYLPQtsdTQxKRxpNNG/?lang=en

Souza, E. L. V., Candido Do Nascimento, J., Caetano, J. A., & Ribeiro, R. C. V. (2011). *Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva*. https://scielo.pt/pdf/ref/vserIIIn4/serIIIn4a13.pdf

Souza, R. C. da S., Calache, A. L. S. C., Oliveira, E. G., Nascimento, J. C. do, Silva, N. D. da, & Poveda, V. de B. (2022). Noise reduction in the ICU: a best practice implementation project. *JBI Evidence Implementation*, *20*(4), 385–393. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000311

Tonna, J. E., Dalton, A., Presson, A. P., Zhang, C., Colantuoni, E., Lander, K., Howard, S., Beynon, J., & Kamdar, B. B. (2021). The Effect of a Quality Improvement Intervention on Sleep and Delirium in Critically Ill Patients in a Surgical ICU. *Chest*, *160*(3), 899–908. https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.03.030

Topcu, N., & Tosun, Z. (2022). Efforts to improve sleep quality in a medical intensive care unit: effect of a protocol of non-pharmacological interventions. *Sleep and Breathing*, *26*(2), 803–810. https://doi.org/10.1007/s11325-022-02570-w

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., … Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Comissão Nacional da UNESCO-Portugal. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.

Vaishnav, P. P., Suresh, A., Kooragayalu, S., & Kooragayalu, S. (2023). *Sleep Disturbances in Hospitalized and Intensive Care Unit Patients* (pp. 231–253). https://doi.org/10.1007/978-981-99-7901-1_15

Valles, J., Artigas, A., Rello, J., Bonsoms, N., Fontanals, D., Blanch, L., Fernandez, R., Baigorri, F., & Mestre, J. (1995). Continuous Aspiration of Subglottic Secretions in Preventing Ventilator-Associated Pneumonia. *Annals of Internal Medicine*, *122*(3), 179–186. https://doi.org/10.7326/0003-4819-122-3-199502010-00004

Wang, W., Cao, X., Luan, J., Zhang, Q., Cai, C., & Han, J. (2025). Nurse-led evidence-based quality improvement programme to improve intensive care unit patient sleep quality. *Nursing in Critical Care*, *30*(3). https://doi.org/10.1111/nicc.70028

Zhang, Y., Yang, Y., Cheng, C., Hou, G., Ding, X., & Ma, J. (2024). Based -evidence, an intervention study to improve sleep quality in awake adult ICU patients: a prospective, single-blind, clustered controlled trial. *Critical Care*, *28*(1). https://doi.org/10.1186/s13054-024-05161-1

Apêndices

Apêndice I - Protocolo Cateterismo Arterial

1. REFERÊNCIA:

0002_SU_PROS

2. OBJETIVO:
   - Este procedimento visa uniformizar o procedimento de colocação, manutenção, colheita de sangue e remoção do cateter arterial.
3. ÂMBITO:
   - Aplica-se a todos os médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência.
4. DEFINIÇÕES:
   - Critérios de Referência: [Manual CHKS, 2022]: 13.14, 13.18 e 34.4.
   - Cateter arterial: Cateter inserido numa artéria periférica.
   - Pressão arterial: corresponde à força que o sangue exerce sobre as paredes internas das artérias, tanto durante a contração (sístole) como durante o relaxamento (diástole) dos ventrículos. Este valor oscila constantemente ao longo do ciclo cardíaco, sendo influenciado pela força de contração do músculo cardíaco, pelo volume de sangue circulante, bem como pelo calibre e elasticidade dos vasos sanguíneos.
5. FUNDAMENTAÇÃO:
   - Os cateteres vasculares são dispositivos invasivos que atravessam as barreiras naturais do corpo, proporcionando uma via direta de entrada para microrganismos na corrente sanguínea, sendo que este local deve permanecer estéril. A colonização dos cateteres e as infeções da corrente sanguínea associadas ao seu uso são, em muitos casos, evitáveis. Por isso, é fundamental adotar boas práticas na prevenção e controlo destas infeções.
6. DESTINATÁRIOS:
   - Enfermeiros do Serviço de Urgência.
7. QUEM EXECUTA:
   - O cateterismo arterial é uma técnica executada ou supervisionada por um médico com competência no procedimento e com a colaboração de um enfermeiro.
8. DESCRIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO:
   - A artéria cateterizada pode ser a radial, pediosa, femoral ou umeral, sendo a radial a mais frequentemente utilizada porque na generalidade possui boa circulação colateral e é de fácil

acesso. A monitorização da pressão arterial invasiva está associada a complicações e riscos. Está indicada nas seguintes situações:

- ❖ Instabilidade hemodinâmica (hipotensão ou hipertensão persistente e necessidade de fármacos vasoativos);
- ❖ Avaliação do sistema cardiovascular;
- ❖ Dificuldade de avaliação da pressão arterial não invasiva (ex.: queimados, obesos e em choque); Diminuição do dano neurológico e dos tecidos sempre que seja necessária medição frequente e prolongada da pressão arterial (PA);
- ❖ Colheitas frequentes do sangue arterial.

8.1. INSERÇÃO DO CATETER ARTERIAL

- Frequência

De acordo com a prescrição médica.

8.2. INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES

- INDICAÇÕES:

a) Monitorização contínua da PA;
b) Realização de gasimetrias arteriais frequentes;
c) Colheitas de sangue arterial frequentes.

- CONTRAINDICAÇÕES

a) Uso de fibrinolíticos;
b) Doença vascular periférica grave.

- COMPLICAÇÕES

a) Hematoma;
b) Infeção;
c) Embolização distal;
d) Fístula arteriovenosa;
e) Aneurisma;
f) Lesão nervosa;
g) Isquemia
h) Vasoespasmo.

ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados.

8.3. RECURSOS

- Tabuleiro ou mesa de apoio;
- Compressas esterilizadas de 10x10 cm;
- Bata esterilizada;
- Toalhetes para secagem das mãos;
- Campo cirúrgico autoadesivo com óculo;
- Campo cirúrgico para colocação do material;
- Pinça porta agulhas;
- 1 Seringa 10 cc;
- 1 Seringa 5 cc;
- 1 Agulha 19 G;
- 1 Agulha 25 G;
- Touca;
- Máscara;
- Luvas esterilizadas;
- Fio de sutura / Steri-Strips / Dispositivos de fixação sem suturas (consoante disponibilidade no serviço)
- Soro Fisiológico de 10 cc;
- Lidocaína 1% (opcional);
- Solução antissética de clorohexidina de base alcoólica;
- Penso oclusivo nas primeiras 24h;
- Soro Fisiológico de 500 cc (para manga de pressão);
- Transdutor de pressão;
- Manga de pressão;
- Cateter arterial (selecionado de acordo com o local);
- Adesivo (para fixação da mão em posição supina, se necessário);
- Toalha para auxílio no posicionamento, se necessário;
- Resguardo descartável;

- Cabo de monitorização invasiva simples/duplo;
- Monitor multiparamétrico;
- Ecógrafo, se necessário.

8.4. PROCEDIMENTO

- Reunir o material necessário e colocá-lo junto do doente;
- Explicar procedimento ao doente;
- Higienizar as mãos com lavagem cirúrgica;
- Colocar os EPI (Bata e luvas esterilizadas, máscara e touca);
- Utilizar cateteres:
  - Radial/ pediosa/ braquial – cateter 20 G/4 cm e 20 G/8 cm;
  - Femoral – cateter 18 G/10 cm.
- Privilegiar o local de punção pela seguinte ordem:
  i. Radial (se possível, a 4 cm do punho)
  ii. Pediosa
  iii. Braquial
  iv. Femoral
- Posicionar o doente:
  - Radial: membro superior em supinação e mão imobilizada com o punho em hiperextensão;
  - Pediosa: extensão do tornozelo.
  - Braquial: membro superior em supinação e braço imobilizado impedindo a flexão do cotovelo;
  - Femoral: membro inferior em abdução ligeira e rotação externa da anca;
- Preparar local de inserção:
  - Efetuar tricotomia, se necessário;
  - Colocar o resguardo impermeável;
  - Lavar e desinfetar com solução antissética alcoólica;
- Cateterizar a artéria;
- Acoplar o transdutor arterial.
- Lavar com soro fisiológico o local de inserção do cateter e secar com compressa esterilizada;
- Colocar penso oclusivo nas primeiras 24h;

- Posicionar e calibrar o transdutor:
  - Colocar o transdutor ao nível da linha média axilar: o transdutor é colocado ao nível do 4.º espaço intercostal, na linha média axilar (eixo flebostático), sendo considerado, o ponto de referência físico usado como linha de base para determinar a altura do transdutor;
  - Zerar o transdutor: com o transdutor colocado ao nível do 4.º espaço intercostal, na linha média axilar (eixo flebostático), o zero realiza-se para eliminar os efeitos da pressão atmosférica sobre o transdutor. Roda-se a torneira de três vias mais próxima do transdutor de modo a abri-la para o ar (pressão atmosférica), fechando-a para o doente. O monitor é ajustado de modo a mostrar o zero, que equivale à pressão atmosférica. Por último, a torneira é colocada na sua posição inicial para que se visualizem os traçados e pressão arterial e substituído o obturador.
  - Deve ser realizado o zero depois de ligar o sistema ao monitor de pressão, uma vez por turno e de cada vez que se observem mudanças significativas nas variáveis hemodinâmicas;
  - Assegurar a recolha do material de acordo com as regras de triagem de resíduos hospitalares;
- Higienizar as mãos;
- Assegurar o conforto do doente.

8.5. REGISTOS

- Data e hora de colocação;
- Local de inserção;
- Intervenções de enfermagem:

I. Programar tratamento ao local de inserção do cateter arterial;
II. Vigilância do local de inserção do cateter arterial;
III. Programar troca do sistema transdutor.

8.6. MANUTENÇÃO DA LINHA ARTERIAL

- Quem executa

  O Enfermeiro

- Frequência

  É programada a execução de tratamento ao local de inserção do cateter arterial em intervalos

de 96 horas.

- Orientações quanto à execução
  - Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados;
  - Zerar o sistema uma vez por turno e sempre que a *interface* fluido-ar for interrompida (ex.: após colheita de sangue ou mudança do sistema);
  - Manter o cateter arterial e o sistema sem dobras, desobstruído e com conexões seguras, mantendo a permeabilidade do cateter até este ser retirado (vigiar presença de ar ou coágulos no sistema);
  - Manter o soro pressurizado a 300 mmHg de pressão (assegurando um "*flush*" contínuo de 3 mL/h);
  - Verificar a pressão da manga uma vez por turno;
  - Manter assepsia na manipulação do sistema;
  - Evitar manipulações excessivas e/ou desnecessárias;
  - Vigiar a perfusão do membro e a integridade cutânea (coloração, temperatura, alterações da sensibilidade e mobilidade do pulso) da extremidade do membro cateterizado;
  - Nunca permitir a entrada de ar na artéria;
  - Evitar "*flush*" manual vigoroso e contínuo;
  - Substituir, por rotina, o transdutor e outros componentes do sistema (incluindo dispositivo de *flush* contínuo e a solução de lavagem) em intervalos de 96 horas;
  - Vigiar local de inserção e fixação do cateter;
  - Vigiar morfologia da onda da linha arterial;
  - Realizar teste da onda ("*flush"*) uma vez por turno (verificando a normal morfologia do amortecimento da curva, nem *underdamping* nem *overdamping*);
  - Para aceder ao sistema arterial, desinfetar a torneira com compressa esterilizada embebida em solução alcoólica e friccionar.

8.7. RECURSOS

- Luvas não esterilizadas
- Luvas esterilizadas (caso não se utilize técnica de *no-touch*)
- Penso impermeável transparente

- Máscara
- Material para o penso:
    - Antissético de clorohexidina de base alcoólica
    - Compressas esterilizadas
    - Penso de cateter (transparente e impermeável ou com zona absorvente)
    - Kit de Penso
- Soro fisiológico;
- Seringa 2 cc;
- Contentor de resíduos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

8.8. Procedimento para Execução do Tratamento ao Local de Inserção do Cateter Arterial

- Providenciar os recursos para junto do doente;
- Higienizar as mãos;
- Informar o doente sobre o procedimento;
- Posicionar o doente;
- Aplicar a máscara;
- Preparar o material de penso;
- Calçar as luvas não esterilizadas;
- Remover o penso do local de inserção do cateter;
- Remover as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas esterilizadas;
- Observar o local de inserção do cateter e zona circundante;
- Executar o tratamento ao local de inserção do cateter:
    - Limpar com soro fisiológico
    - Secar

- Desinfetar com solução antissética de base alcoólica, deixar secar
- Colocar penso transparente impermeável de modo a visualizar o local de inserção do cateter ou absorvente no caso de o local de inserção se encontrar sangrante/ exsudativo

- Remover as luvas e a máscara;
- Higienizar as mãos;
- Proporcionar conforto ao doente;
- Assegurar a recolha do material de acordo com as regras de triagem de resíduos hospitalares;
- Monitorizar os sinais vitais de acordo com o protocolo de serviço em vigor;
- Observar diariamente o local de inserção e fixação do cateter (caso exista a presença de exsudado efetuar colheita para microbiologia);
- Substituir o penso de 4/4 dias, se for transparente, ou de diariamente se feito com compressa ou, em ambos os casos, sempre que o penso esteja deslocado, repassado, húmido ou ainda, quando for necessário inspecionar o local de inserção (em caso de penso com compressa).

Tipo de Penso	Substituição	Indicações
Penso transparente de poliuretano (semi-permeável)	4 em 4 dias	▪ Permite fixação do cateter ▪ Permite inspeção visual contínua ▪ Mudanças menos frequentes
Penso oclusivos (compressa com banda adesiva)	Diariamente	▪ Ideal quando o local de inserção está sangrante ou se houver sudorese intensa

8.9. PROCEDIMENTO MANUTENÇÃO DO CATETER ARTERIAL

- Providenciar os recursos para junto do doente;
- Higienizar as mãos;
- Informar o doente sobre o procedimento;

- Posicionar o doente;
- Aplicar a máscara;
- Calçar as luvas não esterilizadas;
- Desinfetar os acessos das torneiras com solução antisséptica alcoólica antes de aceder ao sistema.
- Manter todo o sistema fechado, protegendo asseticamente todas as conexões e torneiras com as respetivas tampas;
- Manter a permeabilidade do lúmen com perfusão contínua de soro fisiológico por manga de pressão 300 mmHg;
- Verificar a pressão da manga uma vez por turno;
- Substituir as tampas de cada vez que é manipulada uma torneira;
- Zerar o sistema uma vez por turno e sempre que necessário;
- Remover as luvas e a máscara;
- Higienizar as mãos;
- Proporcionar o conforto ao doente;
- Assegurar a recolha do material de acordo com as regras de triagem de resíduos hospitalares.

8.9.1. REGISTOS

- Data e hora;
- Vigilância do local de inserção do cateter;
- Programar tratamento ao local de inserção do cateter;
- Vigilância de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter.

8.10. COLHEITA DE SANGUE ARTERIAL

QUEM EXECUTA

O Médico ou o Enfermeiro.

FREQUÊNCIA

De acordo com a prescrição.

ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados.

RECURSOS

- Seringa de 2cc para colheita inicial (sangue a desperdiçar);
- Seringa de gasimetria, se necessária;
- Adaptador para sistema de vácuo ou seringa de tamanho adequado à quantidade de sangue necessário para a colheita;
- Compressas esterilizadas;
- Luvas não esterilizadas;
- Desinfetante alcoólico.

PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento ao doente;
- Higienizar as mãos e utilizar técnica limpa;
- Calçar luvas não esterilizadas;
- Suspender o alarme do monitor;
- Fechar a torneira proximal para o transdutor;
- Aspirar muito lentamente 2cc de sangue com uma seringa, desperdiçando esta colheita (visa retirar- se o excesso de soro existente no prolongamento arterial e no cateter, pois este altera os resultados das análises pretendidas e a aspiração suave reduz a pressão e evita o colapso do cateter e traumatismo da camada íntima);
- Aspirar lentamente 1cc de sangue com a seringa de gasimetria, para a colheita de sangue para gasimetria. A quantidade de sangue a retirar para as restantes colheitas laboratoriais, depende das análises que se pretende e da quantidade indicada em cada um dos tubos;
- Lavar o prolongamento arterial e a torneira com o soro do sistema, não deixando vestígios de sangue;

- Verificar a funcionalidade da linha arterial, através da observação da curva de pressão no monitor multiparamétrico e depois de ter feito uma calibração da mesma.

REGISTOS

Data e hora da colheita.

8.11. REMOÇÃO DO CATETER ARTERIAL

QUEM EXECUTA

O Enfermeiro

FREQUÊNCIA

De acordo com a prescrição.

ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

- Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados.
- Retirar o cateter arterial sempre que se verifique:
  - Ausência de necessidade do cateter arterial;
  - Disfuncionalidade;
  - Trombose da artéria;
  - Infeção no local de punção;
  - Cateteres colocados em condições não estéreis.

RECURSOS

- Luvas não esterilizadas
- Soro fisiológico
- Antissético de base alcoólica
- Kit pensos

- Lâmina de Bisturi
- Adesivo para realização de penso compressivo
- Contentor corto-perfurante

PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento ao doente;
- Higienizar as mãos;
- Fechar o soro;
- Despressurizar o sistema;
- Calçar luvas;
- Remover penso do cateter;
- Remover pontos de fixação;
- Lavar com Soro fisiológico e secar o local de inserção do cateter;
- Desinfetar local de inserção do cateter
- Pressionar com compressa esterilizada, e utilizando os dedos indicador e médio de uma das mãos a 2cm acima do local de punção e com a outra mão retirar o cateter;
- Pressionar o local de punção com o dedo indicador e médio;
- Diminuir a compressão gradualmente até parar de sangrar;
- Fazer penso compressivo e mantê-lo por 12 horas;
- Assegurar a recolha do material de acordo com as regras de triagem de resíduos hospitalares.
- Higienizar as mãos.

REGISTOS

- Data, hora e motivo de remoção do cateter;
- Vigilância do local de inserção do cateter;
- Vigilância de sinais de hemorragia e de compromisso neuro circulatório (associado ao garrotamento do membro).

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AZEREDO, Thereza Raquel Machado; OLIVEIRA, Luis Miguel N. - "Monitorização Hemodinâmica Invasiva", Sinais Vitais,2014, 44-54;

ANTONIO, Ana Sofia Pinto de Jesus - "O uso da linha arterial na vigilância e tratamento à pessoa em situação crítica", Universidade de Évora;

BARDIN-SPENCER, Amy J.; SPENCER, Timothy R., - "Arterial insertion method: A new method for systematic evaluation of ultrasound guided radial arterial catheterization", The Journal of Vascular Acess 2021;22(5):733-738. DOI: 10.1177/1129729820944104 ;

ESPER, Stephen; PINSKY, Michael - "Arterial waveform analysis", Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology,2014;(28):363-380;

Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). (2015). *Prevenção da infeção relacionada com cateteres vasculares*. Unidade Local de Saúde de Santa Maria. Disponível em: https://www.ulssm.min-saude.pt/media/k2/attachments/GCLPPCIRA/Prevencao_infecao_cateteres_vasculares_APROVADA.pdf

IMBRIACO, Guglielmo; MONESI, Alessandro; GIUGNI, Aimone; CILLONI, Nicola – "Radial artery cannulation in intensive care unit patients: Does distance from de wrist join increase catheter durability and functionality?", The Journal of Vascular Acess 2021;22(4):561-567, DOI:10.1177/1129729820953020 ;

IMBRIACO, Guglielmo; MONESI, Alessandro; SPENCER, Thimothy R. - "Preventing radial arterial catheter failure in critical care – Factoring update strategies and techniques", Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine, Volume 41, Issue 4, 2022,101096, ISSN 2352-5568, https://doi.org/10.1016/j.accpm.2022.101096 ;

INTENSIVE CARE UNIT, Hornsby Hospital, - "Haemodynamic Monitoring Learning Package", 2008;

NIRMALAN, Mahesh; DARK, PAul M. "Broader applications of arterial pressure waveform analysis" Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, Volume 14 Number 6, 2014 p285-290

10. **EDIÇÕES/ REVISÕES**

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0					
Próxima Revisão		01.05.2027				

Apêndice II - Protocolo Febre no Adulto

1. OBJETIVO:

Este procedimento tem como finalidade:

- Proceder à administração de antipirético antes da observação médica, não com o intuito de tratar a causa subjacente da febre, mas sim de aliviar este sintoma;
- Assegurar a identificação precoce de utentes com febre e permitir uma intervenção célere perante este sinal vital;
- Minimizar os efeitos secundários associados aos estados febris;
- Melhorar a qualidade do atendimento, bem como o conforto e tratamento dos utentes com febre que recorrem ao Serviço de Urgência (SU);
- Contribuir para a redução do tempo de permanência dos utentes com febre no SU, promovendo uma resposta mais eficiente.

2. ÂMBITO:

Este protocolo define as orientações a seguir pelos Enfermeiros aquando da deteção de febre durante a triagem, ou posteriormente, possibilitando a administração de antipiréticos antes da observação médica.

3. DEFINIÇÕES:

A febre consiste na subida da temperatura de, pelo menos, 1° C acima da média da temperatura habitual da pessoa. Geralmente é uma resposta normal do organismo a várias condições, sendo a mais frequente a infeção por vírus ou bactérias.

4. FUNDAMENTAÇÃO:

A temperatura corporal normal situa-se entre os 36 e os 37ºC. Nos adultos a febre provoca frequentemente suores, arrepios, cefaleias, mialgias e perda de apetite. Temperaturas mais altas podem ainda provocar alucinações, confusão, irritabilidade, convulsões e desidratação.

A febre constitui um dos principais motivos de procura do SU. Sendo um indicador de doença com gravidade variável, pode, por si só, representar uma condição clinicamente incapacitante, frequentemente associada a alterações no comportamento, especialmente em utentes mais vulneráveis.

Pretende-se, com este protocolo, a identificação e a intervenção precoce perante este sinal vital no momento da triagem no SU, ou em qualquer outro momento antes da observação médica, com vista a reforçar a segurança nos cuidados, melhorar a qualidade dos serviços prestados e aumentar a satisfação do utente e do profissional.

5. DESTINATÁRIOS:

Este protocolo é dirigido a utentes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, que recorrem ao SU.

6. QUEM EXECUTA:

A ativação do protocolo é da responsabilidade do enfermeiro (aquando da triagem ou enquanto aguarda por observação médica nos diferentes setores do SU), sendo o mesmo iniciado na área para a qual o utente é encaminhado.

7. DESCRIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO:

A temperatura corporal, enquanto sinal vital, é avaliada no momento da triagem de Manchester, após a admissão no SU.

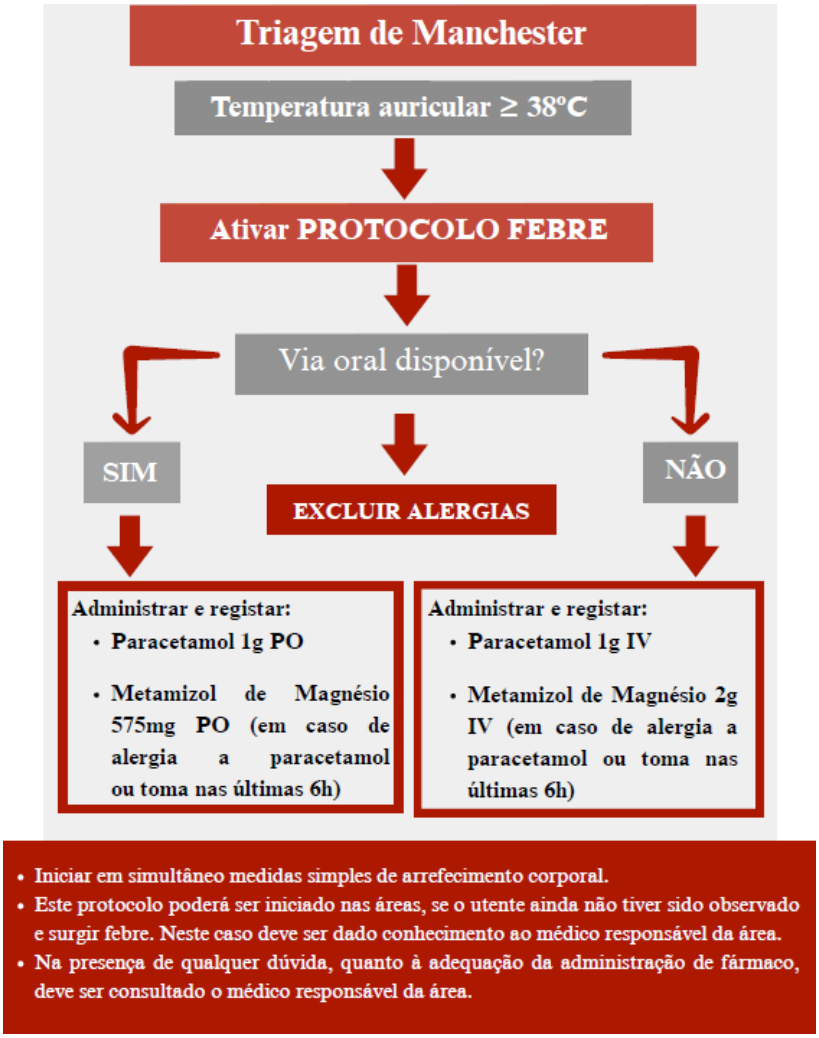
Com base no fluxograma apresentado, o enfermeiro responsável pela triagem poderá prescrever um antipirético, possibilitando a sua administração ainda antes da observação médica.

Deverá ter-se em conta a eventual toma de antipirético antes da admissão no SU. É também imprescindível averiguar a existência de alergias medicamentosas antes da ativação do protocolo.

O enfermeiro responsável pela administração do antipirético deverá assumir o utente no SClinico, e após proceder ao registo do nome do fármaco, respetiva dose, via de administração e hora em que foi administrado, o mesmo deverá ser alocado novamente à sala de espera (SClinico).

Os diferentes passos para a implementação do protocolo estão detalhados no fluxograma a seguir apresentado.

8. FLUXOGRAMA (opcional):



9. AVALIAÇÃO / MONITORIZAÇÃO:

A temperatura corporal deverá ser reavaliada, sempre que possível, num intervalo de 60 minutos após a administração do antipirético.

10. REVISÃO E DIVULGAÇÃO:

Este protocolo será revisto periodicamente, pelo menos de dois em dois anos, ou sempre que surjam novas evidências científicas, alterações nas práticas clínicas, ou necessidades de melhoria na sua implementação. A responsabilidade pela revisão caberá à Comissão de Enfermagem e ao Conselho Clínico do hospital, contando com a participação dos profissionais diretamente envolvidos no atendimento dos utentes com febre.

Após aprovação, o protocolo será divulgado junto dos profissionais do SU, através de sessões de formação e por comunicação interna. Será promovida a sensibilização para a importância da adesão ao protocolo, garantindo a correta aplicação do mesmo no sentido da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Chiaretti, A., Grattagliano, I., Carlomagno, F., Magi, M., Carbone, L., Zecca, S., Bondone, C., Gatto, A., Di Sarno, L., & Franceschi, F. (2024). Management of fever and associated symptoms in children and adults: An Italian national survey. *Emergency Care Journal*, 20, Article 12903. https://doi.org/10.4081/ecj.2024.12903

Direção-Geral da Saúde, Norma n.º014/2018 (2018). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica.

Hekmatpou D. & Karimi K. M.(2018). Investigação do controle da febre em pacientes febris: uma revisão narrativa . *Medical-Surgical Nursing*. 7(2), e85154. https://doi.org/10.5812/msnj.85154 .

Nicolle L. E., Gupta K., Bradley S. F., Colgan, R., DeMuri, G. P., Konja, D., Eckert, L. O., Geerlings, S. E., Koves, B., Hooton, T. M., Juthani-Mehta, M., Knight, S. L., Santo, S., Schaeffer, A. J., Trautner, B., Wullt, B. & Siemieniuk, R. (2019). Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria. *Doenças Infecciosas Clínicas* , Volume 68, Edição 10, 15 de maio de 2019, Páginas e83–e110, https://doi.org/10.1093/cid/ciy1121

Russell, J. A. (2012). Control of fever in septic shock: should we care or intervene? *Revista Americana de Medicina Respiratória e de Cuidados Críticos*; 185(10):1040-1041. doi:10.1164/rccm.201202-0346ED.

SNS 24, (2025) – O que é a febre, 2025. Retirado de https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/sintomas/febre/.

Apêndice III - Frase booleana

EBSCO (católica)

TI "sleep deprivation" OR AB "sleep deprivation" OR MH “sleep deprivation” OR MH "Sleep Quality" AND TI (ICU OR “intensive care unit*” OR “critical care” OR “Intensive Care”) OR AB (ICU OR “intensive care unit*” OR “critical care” OR “Intensive Care”) OR MH “Intensive Care Units” OR MH “Critical Care” AND TI (Nurs* OR “Nurse Care” OR “Critical Nurse”) OR AB (Nurs* OR “Nurse Care” OR “Critical Nurse”) OR (MH Nurses OR MH “Nursing Care” OR MH Nursing OR MH “Critical Care Nursing”)

PubMed

"sleep deprivation"[Title/Abstract] OR "sleep deprivation"[All Fields] OR "Sleep Quality"[MeSH Terms] AND "ICU"[Title/Abstract] OR "intensive care unit*"[Title/Abstract] OR "Critical Care"[Title/Abstract] OR "Intensive Care"[Title/Abstract] OR "Intensive Care Units"[All Fields] OR "Critical Care"[MeSH Terms] AND "nurs*"[Title/Abstract] OR "Nurse Care"[Title/Abstract] OR "Critical Nurse"[Title/Abstract] OR "nurse s"[All Fields] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields] OR "nurses s"[All Fields] OR "Nursing Care"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "nursings"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Subheading] OR "nursing s"[All Fields] OR "Critical Care Nursing"[MeSH Terms]

CINAHL Complete

TI "sleep deprivation" OR AB "sleep deprivation" OR MH “sleep deprivation” OR MH "Sleep Quality" AND TI (ICU OR “intensive care unit*” OR “critical care” OR “Intensive Care”) OR AB (ICU OR “intensive care unit*” OR “critical care” OR “Intensive Care”) OR MH “Intensive Care Units” OR MH “Critical Care” AND TI (Nurs* OR “Nurse Care” OR “Critical Nurse”) OR AB (Nurs* OR “Nurse Care” OR “Critical Nurse”) OR (MH Nurses OR MH “Nursing Care” OR MH Nursing OR MH “Critical Care Nursing”)

Apêndice IV - Tabelas de Extração De Dados

Estudo 1	**Título**	Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis			
	Autores	Chun-Ying Shih, Christopher James Gordon, Ting-Jhen Chen, Nguyen Thi Phuc, Meng-Chun Tu, Pei-Shan Tsai, Hsiao-Yean Chiu			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Taiwan	2022	Comparar a eficácia de intervenções não farmacológicas na melhoria da qualidade do sono em doentes críticos.	Revisão sistemática e meta-análise em rede de ensaios clínicos randomizados	Máscaras oculares sozinhas e música combinada com tampões e máscaras oculares são as intervenções mais eficazes para melhorar a qualidade do sono em doentes críticos Recomenda-se a incorporação destas intervenções nos cuidados de sono em unidades de cuidados intensivos.

Estudo 2	**Título**	The Effect of a Quality Improvement Intervention on Sleep and Delirium in Critically Ill Patients in a Surgical ICU			
	Autores	Joseph E. Tonna; Anna Dalton; Angela P. Presson; Chong Zhang; Elizabeth Colantuoni; Kirsten Lander; Sullivan Howard; Julia Beynon; Biren B. Kamdar			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Estados Unidos da América	2021	Avaliar o efeito de uma intervenção multicomponente não farmacológica destinada a melhorar o ciclo sono-vigília em doentes críticos cirúrgicos, vendo o impacto no delirium e na qualidade do sono.	Estudo quantitativo. Estudo *quality improvement* (QI) com desenho pre-post escalonado Estudo quase-experimental.	A intervenção ambiental não farmacológica implementada na UCI cirúrgica resultou numa redução significativa do delirium nos doentes críticos. A qualidade do sono dos pacientes melhorou, com intervenções para promover o ciclo normal de sono e vigília.

Estudo 3	**Título**	Dark nighttime interventions and sleep quality in intensive care unit patients: A systematic review and meta-analysis			
	Autores	Karina Thalita da Silva Higa, Fernanda Aparecida Ferraro Böhme, Simone Paschoa, Ana Cláudia Rodrigues Conte, Vinicius Batista Santos, Ariane Ferreira Machado Avelar			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Brasil	2022	Avaliar o efeito de intervenções de escuridão nocturna (redução de luz, uso de máscara ocular, óculos bloqueadores de luz azul) na qualidade do sono e sonolência diurna em doentes de UCI	Revisão sistemática da literatura e meta-análise Revisão e meta-análise de estudos experimentais/quase-experimentais com adultos em UC	Redução da luz e controlo do ruído melhoraram significativamente a qualidade subjetiva do sono. O uso de máscara ocular também melhorou a qualidade subjetiva do sono (diferença média de 10 pontos; IC 95%: 7,97–12,03; evidência moderada). Ambas as intervenções reduziram a sonolência diurna, mas sem melhoria objetiva do sono. Recomenda-se mais investigação robusta nesta área

Estudo 4	**Título**	Impact of a Sleep-Promoting Schedule on Sleep Quality in the Intensive Care Unit			
	Autores	Kristin Long, Beth Hundt, Clareen Wiencek, Jeanel Little			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Estados Unidos da América	2025	Melhorar a qualidade do sono dos doentes na UCI através da implementação de um horário promotor de sono.	Estudo quantitativo. Estudo quase-experimental.	Redução das interrupções ao sono em até 2/3 durante o período noturno. Aumento de 6,7 pontos percentuais na perceção de qualidade de sono dos doentes. Prática sustentável e bem aceite pela equipa.

Estudo 5	**Título**	Effect of earplugs and eye masks on the sleep quality of intensive care unit patients: A systematic review and meta-analysis			
	Autores	Chiu-Shu Fang; Hsiu-Hung Wang; Ruey-Hsia Wang; Fan-Hao Chou; Shih-Lun Chang; Ching-Ju Fang			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Taiwan	2021	Avaliar o efeito de tampões para os ouvidos e de máscaras para os olhos sobre a qualidade do sono em doentes internados em UCI.	Revisão sistemática + meta-análise.	Foram incluídos 13 estudos com um total de 797 doentes. O efeito global (sem distinguir se uso isolado ou combinado) foi significativo para melhorar a qualidade de sono. O uso combinado de earplugs e eye mask, é uma estratégia não invasiva, económica e eficaz para melhorar a qualidade do sono nos doentes adultos em UCI.

Estudo 6	**Título**	Effects of an earplug placement intervention on sleep quality in patients in a medical intensive care unit: A randomized controlled trial			
	Autores	Yun-Chian Lin, Tsung-Jen Lin, Chin-Hung Liu, Hui-Ling Lai, Yi-Ting Chen			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Taiwan	2022	Avaliar os efeitos do uso isolado de protetores auriculares durante o sono noturno em doentes não ventilados na UCI.	Ensaio clínico randomizado	Tratou-se de um ensaio clínico randomizado com 107 participantes adultos, no qual o grupo de intervenção utilizou protetores auriculares entre as 22h e as 7h na segunda noite de internamento, enquanto o grupo controlo dormiu sem dispositivos. Os resultados demonstraram que 28,03% dos participantes não apresentaram excreção urinária de MT6s e que não existiram diferenças significativas entre os grupos relativamente à qualidade do sono, aos níveis de MT6s ou aos sinais vitais. Conclui-se que o uso isolado de protetores auriculares apresenta efeitos inconclusivos sobre a qualidade do sono, os níveis urinários de MT6s e os sinais vitais em doentes internados na UCI.

Estudo 7	**Título**	Effects of nonpharmacological interventions on sleep improvement and delirium prevention in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis			
	Autores	Jiyeon Kang, Young Shin Cho, Minju Lee, Seonyoung Yun, Yeon Jin Jeong, Youn-Hui Won, Jiwon Hong, Soogyeong Kim			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Coreia do sul	2023	Identificar as intervenções não farmacológicas aplicadas a doentes críticos em UCI para melhorar o sono ou prevenir o delírio (ou ambos), e integrar os seus efeitos.	Revisão sistemática e meta-análise	As intervenções não farmacológicas são eficazes para melhorar o sono e prevenir o delírio em doentes críticos. Recomenda-se que enfermeiros em UCI adotem estratégias que promovam a compatibilidade entre o doente e o ambiente clínico.

Estudo 8	**Título**	Effects of nursing interventions applied at night on sleep quality and sleep effort of patients in the intensive care unit			
	Autores	Aynur Bahar, Mina Güner Muşluoğlu, Hilal Uygur			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Turquia	2025	Avaliar o efeito das intervenções de enfermagem realizadas durante a noite na qualidade do sono e no esforço para dormir de doentes em UCI.	Estudo quantitativo. Estudo descritivo e transversal.	Fatores como dor, ruído e interrupções frequentes pioram a qualidade do sono. É importante mudar a forma como os cuidados são feitos à noite, para evitar acordar os doentes sem necessidade. Os enfermeiros devem ser treinados para entender a importância do sono e aplicar estratégias que melhorem o descanso dos doentes.

Estudo 9	**Título**	Efforts to improve sleep quality in a medical intensive care unit: effect of a protocol of non-pharmacological interventions			
	Autores	Nihal Topcu; Zeynep Tosun			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Turquia	2022	Avaliar o efeito de um protocolo de intervenções não farmacológicas para melhorar a qualidade do sono em pacientes da UCI médica, além de analisar os efeitos sobre os níveis de ruído e as taxas de delírio.	Estudo quantitativo experimental com desenho pré-teste–pós-teste e grupo controle Quase-experimental	A implementação do protocolo de intervenções não farmacológicas resultou em uma redução significativa nos níveis de ruído ambiente e em uma melhoria na qualidade do sono dos doentes, conforme medido pela pontuação RCSQ. O estudo reforça a importância de estratégias não farmacológicas para promover o sono na UCI, destacando que intervenções simples podem ter um impacto significativo na recuperação.

Estudo 10	**Título**	Noise Levels and Sleep in a Surgical ICU			
	Autores	Maria Guisasola-Rabes, Berta Solà-Enriquez, Andrés M. Vélez-Pereira, Miriam de Nadal			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Espanha	2022	Avaliar o impacto dos níveis de ruído na qualidade do sono dos pacientes internados na UTI cirúrgica, especificamente na primeira noite de internamento; Comparar a perceção dos pacientes com a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade do sono, utilizando o questionário RCSQ.	Estudo quantitativo. Estudo observacional, analítico, prospectivo e unicêntrico.	O estudo confirma que níveis elevados de ruído em UCIs cirúrgicas estão associados à pior qualidade do sono dos doentes. Intervenções não farmacológicas podem ser úteis para ajudar no sono dos doentes na UCI. Reduzir o ruído pode ser uma estratégia relevante para melhorar o bem-estar e a recuperação.

Estudo 11	**Título**	Intensive Care Unit Sleep Promotion Bundle: Impact on Sleep Quality, Delirium, and Other Patient Outcomes			
	Autores	Nicole M. Gorecki, Marilyn A. Prasun			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Estados Unidos da América	2024	Examinar o impacto de um pacote de promoção do sono liderado por enfermeiros em doentes adultos internados em UCI sobre delírio, agitação, tempo de internamento e qualidade do sono	Quase-experimental	Este estudo foca mais no impacto do pacote de promoção do sono sobre vários desfechos em doentes de UCI, incluindo delírio, tempo de internamento e agitação. O pacote levou a: Redução clínica de 9% na incidência de delírio. Redução significativa do tempo de internamento em UCI e hospitalar em doentes com ventilação mecânica Redução significativa da agitação em doentes com ventilação mecânica Sem alteração estatisticamente significativa na perceção de qualidade do sono pelos doentes

Estudo 12	**Título**	Noise reduction in the ICU: a best practice implementation project			
	Autores	Regina Claudia da Silva Souza, Ana Lucia Siqueira Costa Calache, Ester Goes Oliveira, Jonl Carlos do Nascimento, Natalia Dalforno da Silva, Vanessa de Brito Poveda			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Brasil	2022	Implementar práticas baseadas em evidências para o controlo do ruído numa UCI de adultos.	Estudo quantitativo de intervenção com desenho antes e depois Quase-experimental	Estratégias como o "Quiet Time" (tempo de silêncio), que promovem mudanças no comportamento da equipa para reduzir ruídos, têm se mostrado eficazes. A maioria do ruído pode ser evitada, originando-se de equipamentos de infusão, alarmes mal ajustados e conversas entre profissionais. O treino e conscientização da equipa de enfermagem sobre a importância do tema são essenciais para reduzir o ruído. Melhores práticas aumentaram a consciencialização e adesão, mas reduzir o ruído ao nível recomendado permanece difícil.

Estudo 13	**Título**	Nonpharmacological interventions to promote sleep in the adult critical patients unit: A scoping review			
	Autores	Maria P. Carrera, Leyla Alegria, Pablo Brockmann, Paula Repetto, Douglas Leonard, Rodrigo F. Cádiz, Fabio Paredes, Idalid Rojas, Ana Moya, Vanessa Oviedo, Patricio García, Mario Henríquez-Beltrán, Jan Bakke			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Chile	2025	Examinar quais intervenções não farmacológicas foram avaliadas para promover o sono em doentes adultos internados em UCI.	Scoping review	Muitas intervenções não farmacológicas mostraram melhorias na qualidade do sono percebida pelos pacientes críticos, mas os resultados variaram entre os estudos. Existem várias intervenções promissoras para promover o sono em doentes críticos através de meios não farmacológicos.

Estudo 14	**Título**	Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care Units: A systematic review			
	Autores	Jeehye Jun; Mary C. Kapella; Patricia E. Hershberger			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Estados Unidos da América	2021	Sintetizar e avaliar as intervenções não farmacológicas atuais destinadas a melhorar a qualidade do sono em doentes adultos criticamente doentes em UCI, e fazer recomendações para estudos futuros.	Revisão sistemática, conforme as normas PRISMA.	Intervenções avaliadas incluíram: uso de protetores auriculares, máscara para olhos, ruído branco, música, aromaterapia, massagem, acupressão, controlo da intensidade da luz, protocolo de higiene do sono, períodos de silêncio (quiet time), minimização dos cuidados de enfermagem à noite. Dos 18 estudos com desenho experimental, a maioria reportou melhoria na qualidade do sono após intervenções.

Estudo 15	**Título**	Nurse-led evidence-based quality improvement programme to improve intensive care unit patient sleep quality			
	Autores	Weidi Wang | Xinyan Cao | Jiabin Luan | Qi Zhang | Chun Cai | Juan Han			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	China	2025	Melhorar a qualidade do sono dos doentes em UCI através da implementação de um programa de melhoria contínua liderado por enfermeiros, baseado em evidência (SLEEP Bundle)	Estudo quantitativo. Estudo Quase-experimental (pré-pós intervenção)	A intervenção aumentou significativamente a qualidade do sono dos doentes (pontuação média RCSQ de 62 para 70, $p<0,001$). Houve melhoria no conhecimento e adesão dos enfermeiros às práticas de promoção do sono, com maior uso de medidas não farmacológicas e melhor cumprimento das normas ambientais. O programa mostrou ser eficaz e viável para aplicação clínica noutras unidades.

Estudo 16	**Título**	Effect of Eye Masks and Ear Plugs on Quality of Sleep of Patients in Intensive Care Unit			
	Autores	Chinchu V., Agnet Beena Mani, Roy K George			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Índia	2024	Avaliar o efeito de máscara para olhos e tampões auriculares na qualidade do sono de doentes em UCI.	Estudo quantitativo. Experimental cross-over.	Uso de máscara e tampões melhorou significativamente o sono: antes, 100% relataram sono mau; após intervenção, 27,5% relataram sono muito bom, 65% bom e apenas 7,5% mau sono. Luz, ansiedade, dor e alarmes foram os principais fatores de distúrbio do sono.

Estudo 17	**Título**	SLEEP QUALITY AND CIRCADIAN RHYTHM DISRUPTION IN CRITICALLY ILL PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT			
	Autores	Athanasia-Christina Sampani, Georgios Koukoulitsios, Athanasia Liveri, Theodore Kapadohos, Nikolaos Rikos, Dimitrios Papageorgiou			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Grécia	2025	Avaliar a qualidade do sono entre doentes críticos na UCI e investigar fatores que influenciam o sono, incluindo intervenções não farmacológicas.	Estudo prospectivo descritivo; amostragem por conveniência Estudo observacional, prospetivo	Medidas não farmacológicas para reduzir estímulos sensoriais noturnos: Redução de luz (programa de iluminação, cuidados com luz de cabeceira) Redução de ruído (fechar portas, ajustar alarmes, reduzir volume de telefones) Consolidação de cuidados para minimizar interrupções individuais; Incentivo à equipa para não conversar próximo à cama do doente 48,9% relataram sono bom, 40,7% sono pobre, 8,1% sono muito pobre, 2,2% muito bom. Redução de ruído e luz durante cuidados noturnos melhorou significativamente os scores do RCSQ no grupo intervenção.

Estudo 18	**Título**	The effect of light on sleep quality and physiological parameters in patients in the intensive care unit			
	Autores	Kübra Pamuk & Nuray Turan			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Turquia	2022	Determinar o efeito da luz na UCI sobre a qualidade do sono e parâmetros fisiológicos dos doentes.	Estudo experimental randomizado e controlado	Total: 148 doentes, sendo 74 no grupo experimental e 74 no controlo. Os resultados demonstram que o grupo submetido à iluminação cíclica apresentou significativa melhora na duração do sono profundo, leve e total, enquanto o grupo controlo, exposto à iluminação padronizada da UCI, apresentou menor qualidade de sono. Esses achados corroboram evidências já existentes sobre a influência da luz na supressão de melatonina e na desorganização do ritmo circadiano.

Estudo 19	**Título**	The effect of using eye masks and earplugs on intensive care patients quality of sleep and vital signs			
	Autores	Koçak, Ayyüce Tuba; Arslan, Selda			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Turquia	2021	Avaliar o efeito do uso de máscaras oculares e protetores auriculares na qualidade do sono e nos sinais vitais de doentes em UCI.	Estudo quantitativo. Quasi-experimental do tipo pré-teste e pós-teste com grupo controle	O uso de máscaras oculares e protetores auriculares melhorou significativamente a qualidade do sono dos doentes da UCI; não houve diferenças significativas nos sinais vitais, exceto na frequência cardíaca. Com base nos resultados obtidos, recomenda-se a implementação do uso de máscaras oculares e protetores auriculares como uma intervenção prática para melhorar a qualidade do sono em pacientes críticos.

Estudo 20	**Título**	The effects of ergonomic sleep mask use on sleep quality and comfort in intensive care patients			
	Autores	Sibel Altintas, Sevim Çelik, Elif Karahan			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Turquia	2024	Avaliar os efeitos do uso da máscara de dormir ergonómica na qualidade do sono e no conforto de doentes em UCI.	Estudo quantitativo. Estudo experimental randomizado e controlado	A máscara de dormir ergonómica melhora a qualidade do sono e o conforto em doentes cirúrgicos na UCI, sendo recomendada para uso precoce. Sugere-se a incorporação destas máscaras como parte da prática clínica padrão em UCI.

Estudo 21	**Título**	Based -evidence, an intervention study to improve sleep quality in awake adult ICU patients: a prospective, single-blind, clustered controlled trial			
	Autores	Yanting Zhang, Yihua Yang, Chong Cheng, Gui Hou, Xinbo Ding and Jing Ma			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	China	2024	Analisar a magnitude do efeito das intervenções na qualidade do sono de pacientes adultos acordados em UTI.	Estudo quantitativo. Quase-experimental	Educação do paciente e conscientização sobre higiene do sono podem ajudar a reduzir comportamentos que prejudicam o sono Terapias de suporte (como relaxamento, controle da dor e controlo da ansiedade) são recomendadas para melhorar o sono e a qualidade de vida. Equipe multidisciplinar, incluindo farmacêuticos, pode contribuir para a redução de eventos adversos relacionados a medicamentos e promover melhores resultados terapêuticos, impactando indiretamente o sono Acupuntura demonstrou benefícios na melhora do sono em pacientes com dor crônica, sugerindo potencial como terapia complementar

Estudo 22	**Título**	Environmental Factors Affecting Sleep Quality in Intensive Care Unit Patients in Southern Morocco: An Assessment Study			
	Autores	Abdelmajid Lkoul, Keltouma Oumbarek, Youssef Bouchriti, Asmaa Jniene & Tarek Dendane			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Marrocos	2025	Avaliar a qualidade do sono de doentes em UCI e identificar fatores ambientais e clínicos que influenciam a qualidade do sono	Estudo quantitativo; Observacional, prospetivo, transversal.	328 doentes adultos em UCI. Qualidade do sono significativamente pior na UCI comparada ao sono em casa. Dor e gravidade clínica tiveram efeito significativo na qualidade do sono. Fatores ambientais como ruído, luz, intervenções de enfermagem e alarmes de monitor cardíaco impactaram negativamente o sono. Qualidade do sono melhorou levemente durante a estadia na UCI. Sugestão de estratégias: redução de ruído e luz, otimização das intervenções de enfermagem, gestão adequada de sedação e uso de técnicas de relaxamento.

Estudo 23	**Título**	Different nursing interventions on sleep quality among critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis			
	Autores	Daijin Huang, MDa, Yumei Li, MDb, Jing Ye, MDa, Chang Liu, MDa, Dongyan Shen, MDa, Yunhui Lv, MD			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	China	2023	Avaliar e comparar a eficácia de diferentes intervenções de enfermagem não farmacológicas na melhoria da qualidade do sono de doentes em estado crítico internados em UCI	Revisão sistemática com meta-análise em rede de ensaios clínicos randomizados	As intervenções com melhores resultados na melhoria da qualidade do sono foram: Máscaras para os olhos; Tampões para os ouvidos e máscaras para os olhos. Recomenda-se que os enfermeiros em cuidados intensivos considerem a implementação destas intervenções na prática clínica.

Estudo 24	**Título**	Effect of sleep promotion bundle on prevention of delirium in intensive care units			
	Autores	Asmaa El-Maksouda, Nahla S. Khalil			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Egito	2025	Avaliar o efeito do *sleep promotion bundle* na promoção do sono e na prevenção do delírio em doentes críticos na UCI.	Quase-experimental (pré-teste/pós-teste com grupo controle)	**Total de pacientes:** 100 doentes de UCI, divididos em **dois grupos de 50** (estudo/intervenção e controle). O estudo demonstrou que a implementação do **sleep promotion bundle** em doentes críticos internados na UCI teve um efeito positivo significativo sobre a qualidade do sono e a prevenção do delírio. Antes da intervenção, os grupos estudo e controle apresentavam níveis semelhantes de delírio e qualidade de sono, garantindo a comparabilidade inicial. Após a aplicação do *bundle*, os doentes do grupo intervenção apresentaram melhora significativa na qualidade do sono.

Estudo 25	**Título**	Effects of red light on sleep quality in cardiac intensive care unit patients: A randomized controlled trial			
	Autores	Seyed Mahdi Motahary, Amir Mohammad Barati, Neda Mirbagher Ajorpaz			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Irã	2025	Avaliar o efeito da luz vermelha na qualidade do sono de doentes internados na UCI para melhorar a qualidade do sono.	Ensaio clínico randomizado	80 doentes- 40 em cada grupo Melhora significativa na qualidade do sono, diminuição da gravidade da insônia, latência de despertar menor, efeito persistente no segundo dia após a intervenção.

Estudo 26	**Título**	Environmental Comfort in Promoting Sleep in Critically Ill Patients: A Scoping Review			
	Autores	Derek Moura; Débora Andrade; Carla Silva; Igor Soares-Pinto			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Portugal	2024	Mapear intervenções de enfermagem que promovem conforto ambiental e favorecem o sono em doentes adultos críticos ou internados em UCI.	Scoping review	Foram incluídos 21 artigos. Identificadas 3 categorias de intervenções: centradas na pessoa (ex.: musicoterapia, aromaterapia, massagem), centradas no ambiente (ex.: redução de ruído/luz, uso de tampões de ouvido e máscara para olhos, controle de temperatura), centradas no papel do enfermeiro (ex.: agrupamento de cuidados, avaliação do sono, protocolos de silêncio noturno). Foram descritos também instrumentos de avaliação do sono (objetivos e subjetivos)

Estudo 27	**Título**	Examining the Effect of Earplugs, Eye Mask, and Earplugs + Eye Mask on the Sleep Quality in Intensive Care Patients: a Randomised Controlled Trial			
	Autores	Aysun Kazak Saltı, Hasret Topalı, Erdoğan Yolbaş, Sevilay Hintistan			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Turquia	2024	Investigar o efeito do uso de tampões auriculares (EP), máscara de olhos (EM) e a combinação EP + EM na qualidade do sono de doentes em UCI.	Ensaio clínico randomizado, controlado, monocêntrico	120 doentes na UCI geral distribuídos em 4 grupos: EP (30), EM (30), EP+EM (30), Controle (30). A aplicação de EM isoladamente melhorou significativamente a qualidade do sono (RCSQ) em relação aos outros grupos. EP e EP+EM também melhoraram o sono, mas menos do que EM isoladamente. Grupo controle não apresentou melhora significativa. Fatores que mais prejudicam o sono: ruído (71,6%), luz (60,8%), intervenções de enfermagem (49,1%).

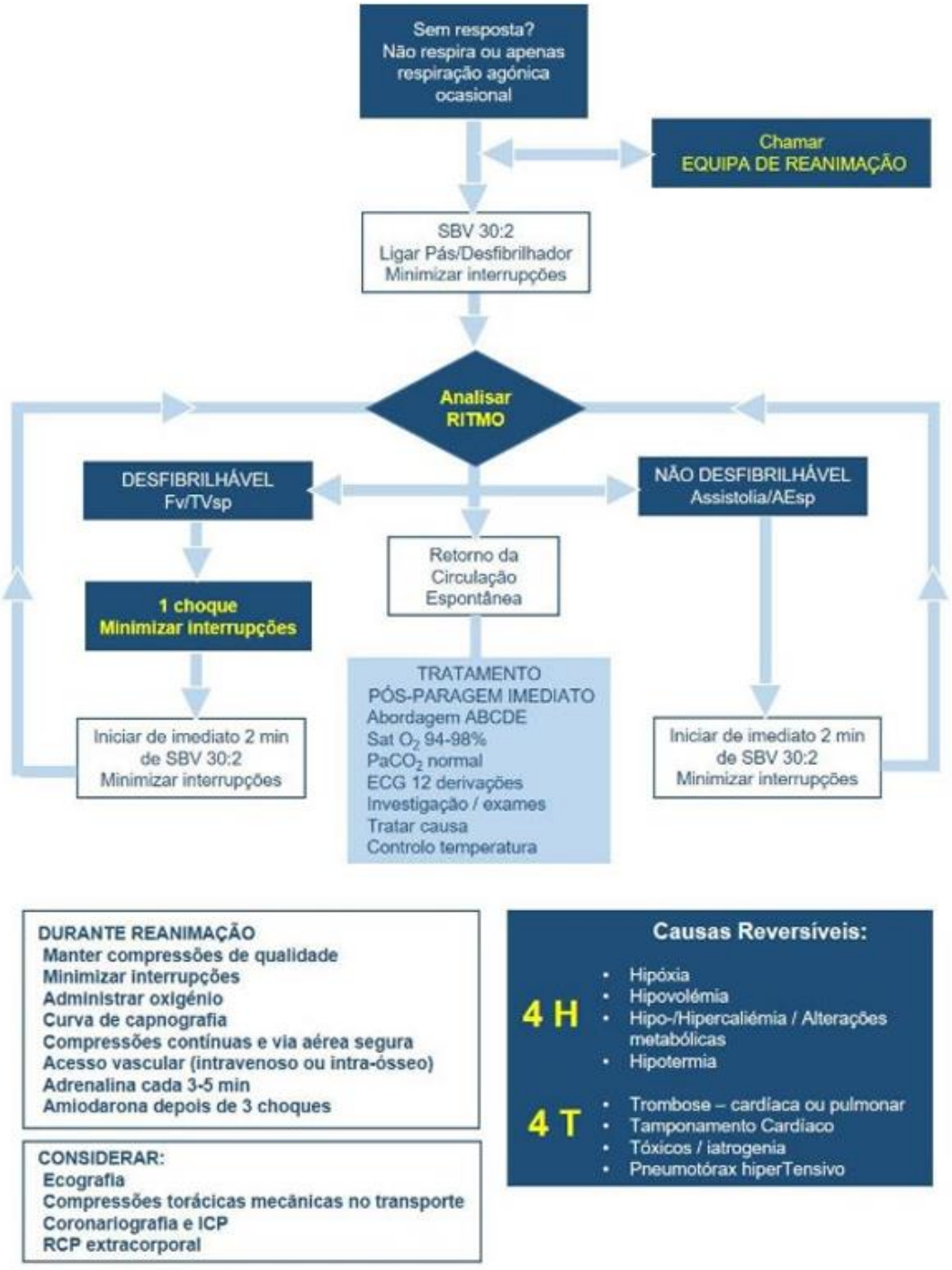
Estudo 28	**Título**	Sleep-disrupting effects of nocturnal nursing interventions in intensive care unit patients: A systematic review			
	Autores	Hana Locihová, Karel Axmann, Katarína Žiaková			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	República Checa	2021	Avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem realizadas durante a noite na qualidade do sono de doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).	Revisão sistemática	As intervenções de enfermagem noturnas são frequentes e variadas, mas não são a principal causa de perturbação do sono em UCI. A intervenção mais comum foi a monitorização dos sinais vitais. Estratégias como clustering de cuidados (agrupamento) e planeamento noturno mostraram-se eficazes. A implementação de protocolos de sono contribui para minimizar as interrupções.

Estudo 29	**Título**	The effects of aromatherapy massage with mint and sweet almond oils on the sleep quality of patients with traumatic brain injury admitted to intensive care unit: a randomized clinical trial			
	Autores	Mehdi Alinejad Motlag, Batool Tirgari, Omsalimeh Roudi Rashtabadi, Mehdi Ahmadinejad, Younes Jahani			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Irão	2025	Investigar o efeito da massagem com aromaterapia, utilizando óleos de hortelã e amêndoas doces, na qualidade do sono de doentes com lesão cerebral traumática (TBI) internados em UCI.	Ensaio clínico randomizado	Massagem nas mãos e pés com 20% óleo de hortelã + 20% óleo de amêndoas doces, 20 min/dia, por 3 dias consecutivos. Melhora significativa na qualidade do sono no grupo de intervenção (média +14,06) vs. controle

Estudo 30	**Título**	The effect of audiobooks on sleep quality and vital signs in intensive care patients			
	Autores	Elmas Mermer, Selda Arslan			
	País	**Ano**	**Objetivo principal**	**Tipo de estudo/ Método**	**Resultados**
	Turquia	2024	Investigar o efeito da prática de ouvir audiolivros na qualidade do sono e nos sinais vitais de pacientes internados em unidade de terapia intensiva	Estudo quase-experimental	Após a intervenção, o grupo de intervenção apresentou aumento de 82% na qualidade do sono, enquanto o grupo controle não apresentou mudanças significativas. Fatores de perturbação do sono (ruído, luz, ambiente desconhecido, cuidados e tratamentos, preocupações com a doença) diminuíram significativamente no grupo de intervenção, mas permaneceram inalterados no grupo controle. Sinais vitais: houve diferenças significativas em pulso e pressão arterial, mas não em temperatura e respiração.

Anexos

Anexo I - Algoritmo De Suporte Avançado De Vida (SAV)



Anexo II - Escala Bps- Behavioral Pain Scale

Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimentação parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

Anexo III - Escala De Coma De Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8