

Promoção do sono na pessoa em situação crítica:

Proposta de intervenção especializada em enfermagem com base num protocolo *Quiet Time*

Diana Filipa Rebelo Teixeira

Relatório de Estágio

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

Vila Nova de Famalicão, 10 de março de 2026

Diana Filipa Rebelo Teixeira

Promoção do sono da pessoa em situação crítica:

Proposta de intervenção especializada em enfermagem com base num protocolo *Quiet Time*

Trabalho realizado sob a Orientação de

Professor João Frias Rosa

Relatório de Estágio

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

Trabalho apresentado ao curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, para obtenção do grau de Mestre, sob orientação de João Frias Rosa (Professor Especialista).

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Diana Filipa Rebelo Teixeira, aluna número a37467, do Curso de **Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave**, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste relatório. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro, que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos as pessoas que, de forma direta ou indireta, partilharam e contribuíram para a realização desta caminhada.

Ao meu orientador, Professor João Frias Rosa, pela constante disponibilidade, pela orientação e preciosas sugestões ao longo de todo o desenvolvimento deste relatório.

A todos os docentes do curso que me proporcionaram a oportunidade de visitar a Enfermagem com um olhar mais maduro e consciente.

Aos enfermeiros gestores das instituições com quem tive o privilégio de contactar, agradeço pelo acolhimento e pela atenção dedicada ao longo do percurso de estágio.

Aos supervisores clínicos e restantes elementos das equipas de enfermagem, com quem partilhei dúvidas e reflexões, agradeço pelo espírito de ajuda e pelos momentos de aprendizagem.

À minha família e amigos, por estarem sempre ao meu lado desde o primeiro momento.

Ao Paulo, pelo apoio incondicional, paciência e pela forma como me motivou e caminhou comigo mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos, o meu sincero obrigado.

RESUMO

O sono desempenha um papel fundamental na recuperação da pessoa em situação crítica. Contudo, nas unidades de cuidados diferenciados, este processo é frequentemente comprometido por fatores ambientais e organizacionais, que afetam significativamente o bem-estar e a estabilidade hemodinâmica da pessoa internada. A ausência de intervenções estruturadas de promoção do sono nestes contextos, representa uma problemática com impacto direto na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde.

Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica assume um papel preponderante na identificação e gestão desta condicionante, dispondo de competências que lhe permitem implementar cuidados diferenciados e sustentados em evidência científica, contribuindo de forma efetiva para a obtenção de ganhos em saúde neste domínio.

Perante esta realidade, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar as principais intervenções de enfermagem direcionadas à promoção do sono na pessoa em situação crítica. Com base na evidência obtida e nas necessidades institucionais e profissionais identificadas, foi delineado um projeto de intervenção em serviço com vista ao desenvolvimento e proposta de um protocolo de promoção do sono, baseado no modelo *Quiet Time* e adaptado às especificidades de distintos contextos clínicos.

O presente relatório reflete o percurso académico e clínico realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, incluindo a análise das experiências adquiridas durante os estágios de natureza profissional, bem como o processo de conceção, desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção em serviço. Visa, paralelamente, evidenciar o trajeto de aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem, numa lógica de translação do conhecimento, melhoria contínua dos *outcomes* em saúde e valorização profissional e pessoal.

Palavra-chave: Cuidados de enfermagem; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Promoção do sono.

ABSTRACT

Sleep is essential for the recovery of individuals in critical condition. However, in specialized care units, this process is frequently hindered by environmental and organizational factors, such as noise, lighting, continuous monitoring, and the frequency of clinical interventions. These factors significantly impact the well-being and hemodynamic stability of hospitalized patients. The absence of systematic strategies to promote sleep in these settings is a significant issue with direct implications for the quality of care and patient health outcomes.

In this context, nurse specialists in medical-surgical nursing, particularly those focusing on patients in critical care, play a pivotal role in identifying and addressing these gaps. They possess the expertise necessary to implement differentiated care based on scientific evidence, thereby effectively contributing to health improvements.

To address this issue, an integrative literature review was conducted to identify the primary nursing interventions aimed at promoting sleep in individuals in critical care. A workplace intervention project was developed based on the evidence collected and the identified institutional and professional needs. This project proposed a sleep promotion protocol based on the *Quiet Time* model, which was adapted to the specificities of various clinical settings.

This report documents the academic and clinical journey undertaken as part of the master's program in medical-surgical nursing, with a focus on critical care. It includes an analysis of the experiences acquired during professional placements and the process of designing, developing, and implementing a workplace intervention project. Additionally, it aims to highlight the journey of acquiring and consolidating both the core and specific competencies of the nurse specialist and master's in nursing, embodying a logic of knowledge translation, fostering health gains, and enhancing both professional and personal values.

Keywords: Nursing; Medical-Surgical Nursing; Critical Care; Sleep Quality

ABREVIATURAS / SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APA - American Psychological Association

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EE - Enfermeiro Especialista

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-PSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSVA -Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

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

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM-Instituto Nacional de Emergência Médica

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC- Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

ÍNDICE GERAL

Declaração de integridade	III
Agradecimentos.....	IV
Resumo	V
Abstract	VI
Abreviaturas / siglas.....	VII
Índice geral	IX
Índice de figuras.....	XII
Índice de tabelas	XIII
Índice de quadros.....	XIV
Introdução.....	15
Parte I – O caminho percorrido para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica	18
1. Enquadramento teórico	19
1.1. A Teoria do Conforto e o cuidado à pessoa em situação crítica.....	20
2. Contextualização da componente clínica.....	23
2.1. Serviço de urgência polivalente ou médico-cirúrgico	23
2.2. Unidade de cuidados intensivos polivalente	26
2.3. Unidade de cuidados intensivos específicas/ Unidades de emergência extra-hospital.....	29
3. Pressupostos teóricos orientadores do desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista	32
3.1. Os domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas.....	33
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	33
3.1.2. Domínio da gestão de cuidados	35
3.1.3. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	37
3.1.4. Domínio da melhoria contínua da qualidade	38

4. Cuidar da pessoa em situação crítica: das atividades desenvolvidas às competências específicas adquiridas.....	42
4.1. Cuidar a pessoa, a família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica.....	43
4.2. Dinamização de respostas em emergências, exceção e catástrofe.....	50
4.3. Prevenção e intervenção de controlo de infeção e resistência a antimicrobianos na pessoa em situação crítica e falência orgânica	52
4.4. Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica	55
Parte II – Prática Baseada na Evidência.....	57
1. Revisão integrativa da literatura	60
2. Projeto de Intervenção em Serviço	71
2.1. Diagnostico de situação	71
2.2. Definição de objetivos.....	75
2.3. Planeamento	75
2.4. Execução.....	77
2.5. Avaliação	85
2.6. Divulgação dos resultados	86
3. Contributo do trabalho de investigação para o desenvolvimento das competências associadas ao grau de mestre.....	87
Conclusão	91
Referências bibliográficas.....	93
Apêndices.....	CVI
Apêndice I - Cronograma de atividades.....	CVII
Apêndice II - Poster “Intervenções de enfermagem na promoção do sono em doentes críticos: revisão integrativa”	CVIII

Apêndice III - Protocolo <i>Quiet Time</i> SU.....	CIX
Apêndice IV - Protocolo <i>Quiet Time</i> SMI.....	CXI
Apêndice V - Protocolo <i>Quiet Time</i> UCIC.....	CXIII
Apêndice VI - Plano de sessão formativa SU.....	CXV
Apêndice VII - Plano de sessão formativa SMI.....	CXV
Apêndice VIII - Plano de sessão formativa UCIC.....	CXVII
Apêndice IX - PowerPoint atividade formativa SU.....	CXVIII
Apêndice X - PowerPoint atividade formativa SMI.....	CXXIII
Apêndice XI - PowerPoint atividade formativa UCIC	CXXVIII
Apêndice XII - Formulário de avaliação da sessão de formação	CXXXIV
Apêndice XIII - Tabela de distribuição amostral e percentual das respostas por indicador e por serviço.....	CXXXVII
Anexos.....	CXXXVIII
Anexo I - Certificado de realização do curso de ventilação mecânica não invasiva	CXXXIX
Anexo II - Certificado de realização do curso de ventilação invasiva.....	CXL
Anexo III - Certificado de apresentação de poster – IV Congresso Internacional Critical Care CESPU 24	CXLI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos que integram a Revisão Integrativa da Literatura.....	63
Figura 2. Gráfico de distribuição percentual agregada por indicador e categoria.....	84
Figura 3. Justificação do impacto da sessão ao nível do seu desempenho profissional.....	85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Compilação das principais estratégias e intervenções descritas nos estudos analisados.....	67
Tabela 2.	<i>Check-list</i> de intervenções / estratégias evidenciadas.....	77
Tabela 3.	Distribuição percentual agregada por categoria e indicador.....	82
Tabela 4.	Estatística descritiva por indicador.....	83

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.	Critérios de inclusão e exclusão.....	62
Quadro 2.	Síntese dos estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura.....	64
Quadro 3.	Análise SWOT.....	74

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio de natureza profissional enquadra-se na primeira edição do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA), no ano letivo 2023/2025. Este documento visa dar cumprimento aos requisitos académicos e profissionais conducentes à atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem e do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC), pela Ordem dos Enfermeiros.

Este relatório tem como objetivo documentar as atividades desenvolvidas no âmbito dos estágios de natureza profissional, evidenciando o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), as específicas do EEEMC-PSC, bem como, as inerentes ao grau de Mestre. Adicionalmente, propõe-se a análise da intervenção do EEEMC na promoção do sono da Pessoa em Situação Crítica (PSC), suportada por uma revisão da literatura e pela implementação de intervenções especializadas dirigidas ao contexto clínico.

O sono constitui um requisito diário e essencial ao desenvolvimento e manutenção da saúde física e psicológica. De acordo com Burger et al. (2023), o sono desempenha funções importantes, como o processamento e a consolidação da memória, a reparação celular, o desenvolvimento cerebral e a regulação hormonal. A perturbação do sono e dos ritmos circadianos é um fenómeno amplamente documentado na PSC, sendo considerada uma preocupação clínica relevante, dada a sua associação a impactos negativos, como o *delirium*, a recuperação prolongada e o aumento da mortalidade (Eschbach, & Wang, 2023; Hu et al. 2015; Knauert et al., 2023). Adicionalmente, a evidência científica sugere que a dificuldade em dormir é considerada como uma das experiências mais adversas no decurso dos internamentos em serviços de medicina intensiva (SMI), afetando cerca de 50% dos doentes (Bani Younis & Hayajneh, 2018; Castro et al., 2011; Silveira et al., 2012).

A presença de distúrbios do sono neste contexto resulta de múltiplos fatores, como o ruído, a iluminação inadequada, o constante desenvolvimento de procedimentos, bem como, a condição clínica da pessoa *per si* (Perry, Alight & Wilcox, 2024). A literatura aponta para a eficácia de intervenções não farmacológicas, nomeadamente o controlo de estímulos ambientais, como o ajuste do volume dos alarmes, a utilização de protetores auriculares e máscaras, a redução da luminosidade, e a reorganização dos cuidados durante o período noturno (Hu et al., 2015; Lee & Wilcox, 2022).

Face a esta realidade, sugere-se a adoção de protocolos que reconheçam o sono como um componente elementar na recuperação da PSC. Neste âmbito, o EEEMC-PSC desempenha um papel fundamental na promoção e implementação de intervenções sistematizadas, baseadas na melhor evidência científica disponível, promovendo ambientes que favoreçam e contribuam para a humanização da prestação de cuidados. No cumprimento do seu papel, o EE deve orientar-se pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, que incluem, entre outros, a promoção da saúde, o bem-estar, a prevenção de complicações e a organização eficiente dos cuidados (Regulamento n.º 361/2015). A promoção do sono, neste sentido, deve ser entendida não apenas como uma ação complementar, mas como uma intervenção estratégica, com impacto de largo espectro nos resultados em saúde.

De modo a assegurar o cumprimento dos objetivos definidos e garantir a coerência metodológica, o relatório organiza-se em duas partes, estruturadas em capítulos e subcapítulos. A primeira parte, denominada “O caminho percorrido para o desenvolvimento de competências do EE em EEEMC-PSC” inicia-se com uma breve descrição da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2001), enquanto modelo teórico de referência para a compreensão e fundamentação da prestação de cuidados à PSC, no âmbito das atividades desenvolvidas no percurso formativo. Consecutivamente será apresentada a contextualização da componente clínica onde decorreram os três estágios de natureza profissional, pela descrição dos locais de estágio. Por fim, será explanado o percurso efetuado para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE, desenvolvidas no decurso da prática clínica. Já na segunda parte deste documento - sob o título “Prática Baseada na Evidência” - apresenta-se o trajeto desenvolvido na construção de uma prática de cuidados sustentada na evidência científica. Esta integra uma revisão integrativa da literatura, nomeada “Intervenções de enfermagem na promoção do sono em doentes críticos” e um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) baseado nos construtos obtidos e nos diagnósticos de situação relacionados a cada campo de estágio. Adicionalmente, é também abordado o contributo do trabalho de investigação para o desenvolvimento das competências associadas ao grau de Mestre, evidenciando a articulação entre o conhecimento científico, a prática clínica e a tomada de decisão fundamentada. A conclusão sintetiza os aspetos mais relevantes do relatório e apresenta o balanço do trabalho desenvolvido tendo em consideração os objetivos inicialmente delineados. Por último, encontram-se as referências bibliográficas, seguidas dos apêndices e anexos que sustentam os conteúdos abordados ao longo do documento.

Relativamente à metodologia adotada para a elaboração do presente relatório, privilegiou-se uma abordagem crítico-reflexiva, sustentada em literatura científica disponível nos motores de busca

EBSCOhost, Pubmed e Google Scholar; em repositórios, como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; nas bases de dados SciELO e MEDLINE; e consulta física de livros disponíveis na biblioteca da EESVA. Por fim, a estrutura e redação deste documento seguiram as orientações descritas no Guia de Normalização Técnico-Científica em vigor na ESSVA. As citações em texto e referências bibliográficas utilizadas obedecem aos critérios da American Psychological Association (APA), 7ª edição (APA, 2020).

**PARTE I – O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Enfermagem afirma-se como uma disciplina científica, sustentada por um corpo de conhecimento próprio, desenvolvido a partir de teorias e modelos conceptuais que pretendem responder às complexidades inerentes à *práxis* profissional. Estes referenciais, consolidados ao longo das últimas décadas, constituem a base epistemológica que orienta a prática clínica, o ensino e a investigação, promovendo o pensamento crítico, a tomada de decisão informada e a prestação de cuidados centrados na pessoa (Lacerda et al., 2024). Para além de nortear a ação profissional, as teorias de enfermagem reforçam a identidade disciplinar e garantem que os cuidados prestados sejam baseados em princípios científicos, pretendendo responder de forma holística às necessidades dos indivíduos, famílias e sociedade (Costa et al., 2025; Lacerda et al., 2024).

Neste enquadramento, as teorias de enfermagem constituem um dos alicerces fundamentais para a prática do EEEMC-PSC, guiando a tomada de decisão clínica, a organização dos cuidados e a resposta às necessidades complexas associadas às condições agudas de saúde. Ainda neste âmbito, a aplicação destes referenciais permite uma abordagem sistematizada, na qual o enfermeiro avalia e intervém considerando as dimensões físicas, psicológicas e emocionais dos indivíduos alvo de cuidados, adotando assim uma lógica holística e pluridimensional (Vieira et al., 2021).

Entre os diversos referenciais disponíveis, destacam-se as teorias de médio alcance, que representam um nível menos abstrato do conhecimento teórico. São direcionadas a situações complexas, mas delimitadas, revelando-se particularmente úteis na abordagem de fenómenos específicos da prática profissional (Alligood, 2014; Leandro et al., 2020).

Deste modo, o presente capítulo aborda a aplicação da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2001). Esta teoria conceptualiza o conforto como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, reconhecendo-o como um indicador da qualidade dos cuidados prestados (Alharbi, 2025; Gonzalez-Baz et al., 2024). A seleção deste referencial justifica-se pela sua relevância no contexto da prática especializada do EEEMC-PSC, uma vez que oferece uma base conceptual sólida que orienta intervenções individualizadas, centradas na pessoa e sustentadas na evidência científica (Gonzalez-Baz et al., 2024). Em ambientes caracterizados por elevada complexidade clínica, instabilidade hemodinâmica e sofrimento associado à condição crítica, a Teoria do Conforto assume particular relevância ao enfatizar intervenções dirigidas ao alívio do sofrimento, à promoção do bem-estar global e à humanização dos cuidados, enquadrando a resposta às necessidades multidimensionais da pessoa neste contexto (Gonzalez-Baz et al., 2024; Kaplan & Ozakgöl, 2025).

Complementarmente, a abordagem a estes construtos teóricos, constitui um contributo fundamental para a consolidação do trajeto de desenvolvimento de competências especializadas de âmbito pessoal em EEEMC-PSC, promovendo a autorreflexão, maturidade e afirmação da identidade profissional própria.

Consecutivamente efetuaremos uma descrição dos conteúdos fundamentais que caracterizam a opção teórica, desenvolvendo um paralelismo entre a sua aplicabilidade no âmbito do estudo e no enquadramento funcional do EEEMC-PSC.

1.1. A TEORIA DO CONFORTO E O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Teoria do Conforto, desenvolvida por Katharine Kolcaba na década de 1990, é uma teoria de médio alcance, caracterizada por uma abordagem holística dos cuidados de enfermagem e centrada na promoção do bem-estar da pessoa nas dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2001).

Nesta, o conforto é conceptualizado como um resultado desejável e mensurável dos cuidados de enfermagem, alcançado através de intervenções deliberadas que visam responder às necessidades de conforto da pessoa (Kolcaba, 2003). Sustenta ainda, que o conforto vai além da mera ausência de dor ou desconforto físico, assumindo um papel mais abrangente e significativo no processo de cuidar (Kolcaba, 2001).

Neste contínuo, a experiência de conforto pode manifestar-se em quatro domínios: o físico, relacionado com sensações corporais e funcionamento fisiológico; o psicoespiritual, que abrange a perceção de si, a espiritualidade, autoestima e autoconceito; o sociocultural, associado às interações sociais, familiares e aos valores culturais; e o ambiental, que engloba fatores externos como a luminosidade, o ruído e a temperatura - os quais podem influenciar significativamente o bem-estar da pessoa (Kolcaba, 2003). Paralelamente, a estes domínios são associados três estados: alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio refere-se à satisfação de uma necessidade específica, permitindo ao doente recuperar o equilíbrio e facilitar o processo de restabelecimento do seu estado de saúde. A tranquilidade encontra-se associada ao estado de serenidade e calma, essencial para que o indivíduo participe ativamente na sua recuperação. Por último, a transcendência, corresponde à perceção individual, relativa aos recursos internos necessários para enfrentar adversidades e encontrar soluções face às preponderantes de saúde vivenciadas (Kolcaba, 2003).

Este modelo organiza-se segundo um ciclo contínuo que se inicia com a avaliação das necessidades de conforto do doente, passando pela implementação de intervenções de enfermagem específicas

e terminando na avaliação de resultados, com benefícios para o indivíduo (ex.: bem-estar, adesão ao tratamento) e para o sistema de saúde (ex.: qualidade da prestação de cuidados, satisfação, eficiência) (Martins et al., 2022). A teoria tem demonstrado grande versatilidade, sendo amplamente implementada em múltiplos contextos clínicos e populacionais, o que confirma a universalidade das necessidades humanas neste domínio (Lin et al., 2024).

A sua relevância é especialmente enfatizada nos contextos de cuidados diferenciados, como nas unidades de cuidados intensivos e urgência, onde os processos vivenciados pela PSC são frequentemente marcados por sofrimento multidimensional e por um ambiente altamente tecnológico, potenciador de ansiedade, despersonalização e instabilidade emocional (Gonzalez-Baz. et al., 2024; Luckhardt et al., 2022). Neste contexto, são vivenciados simultaneamente desconfortos de natureza física (ex.: dor, imobilidade, procedimentos invasivos), psicoespiritual (ex.: medo, ansiedade, delírio), ambiental (ex.: ruído contínuo, luz intensa) e sociocultural (ex.: isolamento familiar, interrupção de rotinas). Contudo, esta evidência tende a ser negligenciada, quando não constitui um objetivo clínico intencional e estruturado por parte da equipa de enfermagem.

Face a este paradigma, o papel do EEMC-PSC é central, assumindo a responsabilidade de reconhecer, de forma sensível e precisa, as necessidades globais de conforto da pessoa. A partir dessa avaliação, devem ser planeadas e implementadas intervenções, com o objetivo de otimizar as respostas humanas e facilitar o processo de recuperação (Kolcaba, 2003; Martins et al., 2022).

Para além das intervenções farmacológicas, as medidas promotoras de conforto assumem um papel relevante na promoção do restabelecimento funcional, da resiliência e adaptação às condições de saúde. A evidência científica demonstra que níveis elevados de conforto encontram-se associados à redução do tempo de internamento, à diminuição do risco de readmissão e à melhoria da experiência terapêutica (Kolcaba & Steiner, 2000; Kolcaba, 2003).

Neste enquadramento, a Teoria do Conforto de Kolcaba é reconhecida como um referencial promotor do bem-estar integral, sendo especialmente valorizada em contextos de cuidados intensivos, onde contribui para a melhoria da qualidade do sono, a satisfação do doente e a humanização da prestação de cuidados (Kaplan & Ozakgül, 2025).

A pertinência deste referencial no exercício clínico do EEMC-PSC é patente, na medida em que este profissional “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19363). Tal competência exige o domínio de estratégias não farmacológicas dirigidas ao conforto, integrando intervenções alinhadas com os princípios da teoria em análise.

A operacionalização destas intervenções, tem ainda maior relevância em cenários clínicos, onde o doente se encontra sob ventilação mecânica, sedação ou alteração do seu estado de consciência, exigindo do enfermeiro uma elevada perícia na interpretação de sinais não verbais de desconforto e assim agir proactivamente (Oyama, et al., 2025).

O papel do EEEMC-PSC configura deste modo uma abordagem integrada, que contempla os quatro domínios do conforto, especificamente: o físico - através do controlo da dor, da higiene e do alívio de sintomas; o psicoespiritual - através da escuta ativa, presença terapêutica e respeito pelas crenças; o sociocultural - garantindo a comunicação com a família e respeitando os valores culturais; e por último, o ambiental - criando um espaço seguro e confortável com controlo do ruído, luz e temperatura (Gonzalez-Baz, et al., 2023; Oyama, et al., 2025; Pal et al., 2022; Silva e Nascimento, 2023).

Concluindo, a Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003) constitui um referencial aplicável e relevante no contexto profissional do EEEMC-PSC, ao consagrar uma abordagem holística que guia intervenções individualizadas, centradas em múltiplas dimensões. A sua assimilação permite assim potenciar os ganhos e resultados em saúde nos contextos de cuidados diferenciados à PSC.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMPONENTE CLÍNICA

A formação avançada visa expandir o leque de conhecimentos, aptidões e competências dos profissionais, promovendo a sua aplicação eficaz em diferentes contextos clínicos, com o objetivo de assegurar cuidados de excelência fundamentados na mais recente evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste enquadramento, espera-se que o EE atue como um profissional qualificado, capaz de integrar saberes técnicos, científicos e relacionais, assumindo um papel de referência na equipa e contribuindo ativamente para a melhoria contínua dos cuidados implementando mudanças, especialmente em contextos que exigem competências diferenciadas (Serrano et al., 2011).

Neste percurso formativo, os estágios de natureza profissional desenvolveram-se em três períodos e contextos distintos: o primeiro, decorreu de 25 de novembro de 2024 a 24 de janeiro de 2025 num Serviço de Urgência (SU); o segundo, de 10 de fevereiro a 28 de março de 2025 num SMI e o terceiro, entre 31 de março e 23 de maio de 2025 numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC). A totalidade destes elementos funcionais, encontra-se integrado em diferentes unidades hospitalares no Norte de Portugal. Relativamente à carga horária efetivamente desenvolvida por local, estimou-se em 250h, perfazendo aproximadamente 750 horas o conjunto global das atividades executadas.

A multiplicidade dos contextos permitiu a imersão em diferentes realidades institucionais, culturas organizacionais e abordagens clínicas profissionais, enriquecendo a compreensão sobre a diversidade da prática clínica em enfermagem. Esta vivência em distintos cenários possibilitou a adaptação a equipas multidisciplinares e perfis de PSC variados, o que favoreceu o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e de tomada de decisão em ambientes complexos.

De forma a contextualizar o trajeto formativo realizado, apresenta-se de seguida a caracterização de cada local de estágio, iniciando-se pela descrição geral do contexto institucional, seguida pela análise da estrutura física e do fluxo de doentes, e, por fim, da constituição e formação da equipa de enfermagem.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE OU MÉDICO-CIRÚRGICO

Os SU são locais compostos por equipas multidisciplinares e multiprofissionais que proporcionam cuidados de saúde a todas situações de urgência e emergência médica (Despacho nº11/2002, de 6 de março).

Partindo da reorganização proposta pelo Despacho n.º 10319/2014, efetuou-se a estratificação das unidades de urgência no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, definindo os níveis de responsabilidade dos SU e a sua articulação com o pré-hospitalar. Assim, a rede de SU passou a integrar três níveis de resposta diferenciados, por ordem crescente de recursos técnicos, humanos e capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Em Portugal Continental, existem cerca de 25 SUMC (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2022), intentando garantir que qualquer cidadão se encontre a menos de 60 minutos de um SUMC ou SUP. Estas unidades funcionam 24h/dia, com equipas multidisciplinares e especialidades primárias (nomeadamente Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria e Anestesiologia), dispoendo ainda de bloco operatório, imagiologia e laboratório de patologia clínica. Acresce ainda, a existência de uma sala de emergência, com uma equipa dedicada, e de uma área de cuidados intermédios para monitorização contínua da PSC - reforçando a capacidade de estabilização inicial no próprio serviço. Por fim, os SUMC asseguram a formação contínua em suporte avançado de vida, colaboram com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no transporte de doentes críticos e integram uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação, ativada exclusivamente pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), para resposta pré-hospitalar e apoio ao doente crítico (Despacho n.º 10319/2014, Diário da República, 2.ª série, n.º 153, 11 de agosto).

No âmbito do estágio, o percurso de aprendizagem decorreu num SUMC de uma unidade hospitalar da região norte de Portugal, que é caracterizada pela abrangência a diversos concelhos e dispersão geográfica, cobrindo uma população residente superior a 500 mil habitantes.

Esta população é caracterizada por um elevado índice de envelhecimento, refletindo as tendências demográficas nacionais, com particular destaque para o acentuado índice de dependência das pessoas idosas. Em vários dos concelhos abrangidos pela área de influência da unidade, estes valores ultrapassam significativamente a média nacional, traduzindo-se numa maior complexidade clínica e social dos doentes atendidos. Face a este enquadramento demográfico e epidemiológico, o SUMC deste hospital regista um fluxo médio de cerca de 350 doentes por dia, número que se situa ligeiramente superior à média nacional de atendimentos diários nos SUMC, evidenciando a elevada procura e pressão profissional a que esta unidade está sujeita.

A sua infraestrutura, encontra-se situada no 4º piso, contíguo ao SMI (Nível II e III), Bloco Operatório e Serviço de Imagiologia, com porta de entrada direta ao exterior, organizado segundo cinco áreas funcionais distintas, nomeadamente: Triagem, Sala de Emergência, Sala de Trauma, Área Médica e

Área Cirúrgica. A triagem dispõe de dois gabinetes de enfermagem exclusivos. A sala de emergência é composta por três áreas individuais de prestação de cuidados (*boxes*), equipadas com material de monitorização, vigilância, ventiladores, carrinhos de medicação e de apoio. A área médica está dividida em três espaços: a Área Médica 1, com 10 cadeirões e 17 boxes para macas com monitorização; a Área Médica 2, com cerca de 16 macas; e a Área Médica 3, que dispõe de 16 cadeirões, gabinetes médicos, um gabinete de ECG e um quarto de isolamento. Na Área Cirúrgica há uma Sala de Trauma equipada com duas *boxes*, dois gabinetes médicos de cirurgia e dois de ortopedia, uma sala de vigilância e duas salas de pequena cirurgia. Também dispõe de um gabinete de acompanhamento de familiares, um gabinete para apoio à equipa de emergência intra-hospitalar e uma sala de reuniões. Esta organização encontra-se em conformidade com o estipulado no Despacho n.º 10319/2014 (Despacho n.º 10319/2014).

Relativamente ao fluxo de atendimento, depois do acolhimento na área de admissão, fase durante a qual os doentes podem chegar encaminhados pelo CODU, transferidos de outra unidade hospitalar ou então referenciados pela Linha SNS 24 (Despacho n.º 10319/2014). Após a realização da triagem, conforme o protocolo da triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2010) estes são encaminhados para as respetivas áreas de espera de acordo com a sua prioridade e/ou especialidade associada à queixa clínica - garantindo que sejam observados no espaço temporal definido e pela equipa mais indicada para a sua condição (Despacho n.º 4835/2016). Os doentes triados com prioridade de atendimento associada à cor vermelha são encaminhados para a Sala de Emergência. Os identificados com cor laranja e para a área médica são direcionados para a Área Médica 1, onde permanecem monitorizados. Na Área Médica 2, encontram-se os doentes em maca com pulseira amarela, enquanto na Área Médica 3 encontram-se triados com pulseira amarela que aguardam em cadeirão. Os doentes cirúrgicos são encaminhados para a Área Cirúrgica, aguardando na sala de espera até serem observados pela equipa médica. São conduzidos para a Sala de Trauma quando triados com prioridade associada à pulseira laranja ou amarela, e conforme os critérios de ativação. A ativação da Sala de Trauma é comunicada internamente por meio de sistemas de alarme sonoro e visual, alertando de forma imediata a equipa responsável. Por último, os doentes triados com prioridade de azul e verde, são reencaminhados para a Sala de Espera da entrada onde ficam a aguardar a chamada para serem observados (Direção-Geral da Saúde, 2022a).

Quanto à equipa de enfermagem, esta é constituída por 86 profissionais, organizados segundo 1 elemento em cargo de gestão e 6 em gestão intermédia de coordenação. Quanto à organização funcional e metodologia de trabalho, a distribuição dos profissionais é sistematizada em cinco equipas com 16 enfermeiros por turno, incluindo o coordenador de equipa, sendo distribuídos

funcionalmente em: 2 enfermeiros na Triagem, 4 enfermeiros na Área Médica 1, 3 enfermeiros na Área Médica 2, 2 enfermeiros na Área Médica 3, 3 enfermeiros na Área Cirúrgica, 1 enfermeiro na Sala de Emergência e 1 enfermeiro na Equipa de Emergência Intra-Hospitalar. Os EE são preferencialmente alocados à Triagem, Sala de Emergência e Equipa de Emergência Intra-Hospitalar. O método de trabalho adotado é em equipa, não existindo uma atribuição fixa de enfermeiros a doentes específicos.

Em relação à formação pós-graduada e especializada, o serviço conta com 25 elementos EEMC-PSC, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e 4 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária (EEEC). Tendo em consideração o que estabelece o Regulamento n.º 743/2019, que contempla a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019), podemos verificar que a recomendação da existência de 50% de EE em EEMC-PSC, para a equipa de enfermagem do SU é inferior ao que existe neste serviço. No entanto, segundo a informação reportada pelos enfermeiros gestores, existe um número elevado de enfermeiros em fase de formação especializada. Por outro lado, esta diversidade de especializações permite uma abordagem mais abrangente dos cuidados prestados à PSC, abordando diferentes condições de saúde e a singularidade de cada situação.

Considerando a elevada afluência de doentes ao SU e a inexistência de vagas disponíveis nos serviços de internamento, verifica-se a permanência prolongada de doentes no espaço físico da urgência, particularmente em vigilância na Área Médica 1. Esta realidade traduz-se num aumento expressivo do número de doentes a necessitar de cuidados neste contexto, contribuindo para a sobrecarga assistencial e sobrelocação funcional.

Quanto aos projetos do serviço a equipa desenvolve, maioritariamente projetos na área da prevenção e controlo de infeção, com destaque para iniciativas relacionadas com a higienização das mãos e a prevenção de infeção associada ao cateter vesical. Estão, ainda, em curso iniciativas sobre medidas de isolamento e conhecimento sobre os agentes infecciosos através de uma aplicação móvel. Paralelamente, existem grupos de formação internos e é realizada uma reunião mensal com toda a equipa, com o objetivo de partilhar conhecimentos, divulgar projetos em desenvolvimento e promover a atualização contínua.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Os SMI destinam-se à observação e tratamento de doentes em estado crítico, com condição potencialmente reversível. Estes doentes requerem monitorização contínua e suporte avançado às

funções vitais, devido à presença, ou risco iminente, de falência de um ou mais sistemas orgânicos. A conduta nestes serviços centra-se na prevenção da disfunção iminente, no suporte e recuperação das funções vitais, no tratamento da doença subjacente e na promoção de condições que permitam uma recuperação com qualidade de vida (ACSS, 2024).

Estas unidades caracterizam-se, assim, pela prestação de cuidados diferenciados, recorrendo a uma abordagem abrangente e sustentada na colaboração multidisciplinar, adequada à elevada complexidade e gravidade das situações clínicas que cobrem (Backes et al., 2012).

Nas últimas décadas, os avanços técnicos e científicos provocaram transformações significativas na prestação de cuidados de saúde, influenciando diretamente a organização dos serviços hospitalares. A gestão da PSC passou a ser mais abrangente, indo além dos SMI para incluir também as salas de emergência e enfermarias, com o apoio de equipas de emergência intra-hospitalar. Estas equipas desempenham funções de orientação e colaboram em sistemas de referência e vias preferenciais, como as vias verdes, promovendo uma resposta mais eficiente e integrada (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva, 2020).

O internamento em SMI é entendido como uma etapa de um processo contínuo de cuidados, iniciado no local do evento agudo e prolongado após a alta, ajustando-se às necessidades individuais do doente (ACSS, 2024). Os SMI assumem responsabilidade integral pela gestão do doente crítico, independentemente da sua localização hospitalar, incluindo decisões sobre admissão, alta, o planeamento e priorização de intervenções terapêuticas e limites éticos da atuação. Estas decisões devem ser articuladas com a equipa médica envolvida e contar com a participação ativa do doente e da família na definição da abordagem terapêutica (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva, 2020).

Neste âmbito, o trajeto formativo, decorreu num SMI integrado num hospital central do norte de Portugal, com uma área de afluência de 1.2 milhões de habitantes. Trata-se de uma instituição de referência, caracterizada por uma unidade polivalente com elevada diferenciação, cuja capacidade de resposta se associa a patologias complexas e especialidades clínicas de elevada exigência técnico-científica.

Quanto à infraestrutura, este serviço encontra-se situado no quarto piso, constituído por duas unidades fisicamente autónomas - a Unidade I e a Unidade II – ambas caracterizadas por serem polivalentes, multidisciplinares e orientadas para doentes adultos. O acesso às mesmas é realizado de forma controlada e em horários definidos, que requerem permissão de entrada a profissionais externos ao serviço ou familiares/ acompanhantes dos doentes internados.

A Unidade I é constituída por 14 camas, incluindo 4 quartos de isolamento equipados com sistema de pressão negativa. Esta acolhe maioritariamente doentes de nível III, de acordo com a classificação proposta pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (ACSS, 2024). Por sua vez a Unidade II, totaliza 18 camas, com 2 quartos de isolamento e recebe principalmente doentes de nível II. As referidas unidades estão dispostas em *open space* com área de trabalho e telemetria central, o que permite a observação direta de todas as unidades individuais de internamento.

Os outros espaços deste serviço incluem pequenos armazéns onde são acondicionados materiais de consumo clínico e materiais esterilizados organizados pela abordagem primária ABCDE, salas com reserva de equipamentos médicos, uma sala com stock de produtos da farmácia, uma sala de sujos, uma rouparia, uma sala de espera para os familiares/ visitas, um gabinete de consulta *follow-up* e uma pequena sala de apoio aos familiares/ visitas.

As diferentes unidades individuais estão equipadas com a infraestrutura tecnológica e dispositivos médicos próprios deste nível de prestação de cuidados, onde se destacam bombas e seringas perfusoras, aspiradores de secreções, fontes de ar e oxigénio, monitor de parâmetros hemodinâmicos, equipamento de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, bomba de nutrição entérica, mesa e carro de apoio equipado com material perecível.

A utilização individualizada de material constitui uma medida preventiva fundamental na redução das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), as quais estão frequentemente associadas ao aumento da mortalidade, ao prolongamento do internamento e a um maior consumo de recursos económicos e assistenciais (Cavaleiro, 2011). Por último, esta organização encontra-se em conformidade com o estipulado nas Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos (ACSS, 2024).

Relativamente ao fluxo, a unidade admite doentes provenientes do SU, dos serviços de internamento (após ocorrências de emergência médica interna) ou diretamente do bloco operatório, sobretudo após cirurgias major ou em situações de instabilidade clínica. Paralelamente, o SMI acolhe doentes transferidos de outras instituições hospitalares, sendo a sua alocação definida com base no nível de cuidados requeridos e nas vagas de internamento disponíveis no território nacional.

No que concerne aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 90 elementos organizados em 6 equipas. Este grupo integra cerca de 26 EEEMC e 7 EEER.

Relativamente à organização funcional é assegurado por cerca de 6 enfermeiros por turno em cada unidade. No entanto, apesar do recomendado pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que determina o rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes nas

unidades de nível II e de 1 enfermeiro para cada doente, nas unidades de nível III (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro) não é o que acontece nestas unidades regularmente. A distribuição na Unidade I, que recebe doentes nível III, é de 1 enfermeiro para no máximo 2 doentes; e na Unidade II, que acolhe doentes de nível II, a proporção é de 1 enfermeiro para até 3 doentes.

A metodologia de trabalho preconizada baseia-se no modelo de responsabilidade individual, promovendo simultaneamente o trabalho em equipa e o espírito de interajuda. Diariamente é elaborado pelo responsável de turno o plano de trabalho da equipa de enfermagem, privilegiando-se a distribuição dos doentes pelo enfermeiro de referência, que é atribuído aquando da sua admissão.

A transição de cuidados adotada na passagem de turno segue a estrutura comunicacional ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações), conforme recomendado pela Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde. Esta metodologia visa reforçar a segurança do doente, promovendo uma comunicação eficaz e sistematizada entre as equipas envolvidas na prestação de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Para além da prestação de cuidados diretos à PSC, a equipa encontra-se ainda organizada em diversos grupos de trabalho, nomeadamente nas áreas da ventilação, das técnicas de substituição renal, da família e consulta de *follow-up*, do *delírium* e do controlo de infeção. Estes grupos asseguram a implementação de um plano de formação contínua, bem como, o treino de competências específicas nas diferentes áreas de atuação.

2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ESPECÍFICAS / UNIDADES DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITAL

As UCIC têm vindo a evoluir significativamente em Portugal, expandindo o seu âmbito de atuação para a gestão integrada de múltiplas patologias cardiovasculares agudas, mediante uma abordagem multidisciplinar de elevada complexidade (Monteiro et al., 2020).

Esta evolução decorre, em grande medida, do peso epidemiológico das doenças cardiovasculares, principal causa de morte na Europa, responsáveis por cerca de metade dos óbitos - ultrapassando 2 milhões por ano na União Europeia (Organização Mundial da Saúde, 2024). Em Portugal, estas patologias representam cerca de 26% da mortalidade, com tendência crescente desde 2021, sobretudo devido a doenças do aparelho circulatório (Instituto Nacional de Estatística, 2023). Tal cenário consolida o papel determinante destes serviços na resposta hospitalar, face às necessidades populacionais nas respetivas áreas de referência.

O percurso de estágio decorreu numa UCIC de um hospital localizado na região Norte de Portugal, com uma área de abrangência de aproximadamente 350.000 habitantes. Nesta instituição, o Serviço de Cardiologia divide-se em 6 unidades funcionais sob liderança comum de um Enfermeiro Gestor: Internamento de Cardiologia, UCIC; Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular, Unidade de Diagnóstico e Consulta Externa, Clínica Insuficiência Cardíaca e Unidade de Reabilitação Cardiovascular. A UCIC, localiza-se no oitavo piso, estando integrada funcional e hierarquicamente no referido serviço.

Esta unidade dispõe de 8 camas em *open space* com capacidade para monitorização hemodinâmica contínua e eletrocardiográfica de cinco derivações, suporte ventilatório não invasivo e aplicação de técnicas de suporte cardíaco avançado. A sala de trabalho de enfermagem encontra-se neste local, onde existe uma central de monitorização de parâmetros vitais e um monitor dedicado à vigilância por telemetria. Existe também um gabinete de enfermagem, onde ocorrem os momentos de transição de informação de turno, um gabinete médico, sala de tratamento médico e uma arrecadação com material clínico.

São habitualmente admitidos nesta valência doentes com diagnóstico clínico de síndrome coronário agudo ou insuficiência cardíaca em estadios avançados, sendo estas as condições clínicas predominantes no perfil clínico dos indivíduos internados. A maioria das admissões têm origem no SU, da Unidade de Hemodinâmica ou do Bloco Operatório, podendo também resultar do agravamento clínico de doentes internados no Serviço de Cardiologia ou por transferências inter-hospitalares.

A UCIC é classificada como uma unidade de nível II, conforme o Regulamento n.º 743/2019. Esta classificação deve-se à sua capacidade para assegurar monitorização contínua, diagnóstico e terapêutica diferenciados, bem como, pela implementação de medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos - para os doentes com necessidade de suporte de apenas uma função orgânica (cardiovascular) (Regulamento n.º 743/2019).

A equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia é constituída por 44 elementos, dos quais 14 são EEEMC, 5 EEER e 2 EEEC.

Quanto à organização funcional, esta contempla a presença de 3 enfermeiros no turno da manhã, com o reforço de um enfermeiro afeto à reabilitação, enquanto os turnos da tarde e da noite são assegurados por dois enfermeiros em cada período.

A metodologia de trabalho baseia-se no modelo de responsabilidade individual, com distribuição dos profissionais em função carga de trabalho prevista. Na UCIC, a atribuição dos cuidados pelos EEEMC-PSC é orientada pelo grau de criticidade da pessoa internada e pela complexidade dos cuidados requeridos, utilizando-se a escala National Early Warning Score (Royal College of Physicians, 2017) disponibilizada pela aplicação informática “Mapa Global de Camas”.

Os contributos da enfermagem especializada refletem-se no facto de mais de 48% dos profissionais da equipa possuírem o título de especialista. Estes asseguram cuidados diferenciados em diversas dimensões da prática profissional, nomeadamente na prestação direta de cuidados, investigação, docência, formação, assessoria, gestão, atividades assistenciais e cooperação institucional. Em consonância com o Regulamento n.º 743/2019, recomenda-se que a composição das equipas das UCI deve integrar, idealmente, pelo menos 50% de EEEMC, preferencialmente com diferenciação na área da PSC. Desse modo, a distribuição diária do plano de trabalho é organizada de forma a assegurar as recomendações, assegurando a presença contínua de EE em cada turno.

A análise crítico-reflexiva das oportunidades de aprendizagem e do desenvolvimento de competências efetuado nos contextos supramencionados será explanado no capítulo consecutivo.

3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O avanço das tecnologias aplicadas ao diagnóstico, tratamento e monitorização das condições clínicas, aliado à melhoria das condições de vida das populações, tem contribuído significativamente para o aumento da esperança média de vida. No entanto, esse progresso acarreta também um acréscimo na incidência de situações clínicas agudas e complexas, exigindo respostas cada vez mais diferenciadas por parte dos profissionais de saúde (Nowak & Berry, 2021; Olsen et al., 2024). Neste contexto, destaca-se o papel dos enfermeiros, sobretudo em ambientes de elevada complexidade, como aqueles inerentes aos cuidados à PSC.

Neste paradigma os cuidados de enfermagem assumem uma função central, não apenas pela complexidade prática intrínseca às intervenções, mas também pela necessidade de garantir uma abordagem segura, humanizada e tecnicamente competente (Secunda & Kruser, 2022).

A crescente inovação dos cuidados de saúde, aliada às exigências sociais e éticas da profissão, evidencia a necessidade de um perfil profissional robusto, diferenciado e em constante atualização. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, que define o regime jurídico do título de EE, torna-se essencial assegurar práticas profissionais de elevada qualidade nos diferentes contextos profissionais, reforçando a importância da especialização e da formação contínua como resposta às exigências atuais da profissão. Este regulamento reconhece que as competências específicas e comuns dos EE são fundamentais para garantir cuidados diferenciados, centrados na pessoa e sustentados por evidência científica atualizada.

No domínio específico da PSC, as competências comuns revelam-se estruturantes. A prestação de cuidados neste domínio, exige uma ação fundamentada na integração de conhecimento técnico-científico, julgamento clínico fundamentado e sensibilidade ética e relacional. Esta conjugação de conhecimentos, valores e atitudes, reconhecida como parte integrante das competências comuns do EE, sustenta uma prática profissional segura, orientada para o indivíduo/família e objetiva a qualidade de vida. Por último, o EE emerge como figura-chave na articulação com equipas multidisciplinares, na liderança de intervenções clínicas e na conceção de estratégias promotoras da recuperação da PSC (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro; Duffy, 2022).

Face ao exposto, este capítulo pretende refletir sobre o percurso desenvolvido durante a formação em EE, evidenciando as oportunidades e experiências em contexto de estágio que contribuiram para a consolidação das competências gerais de EE, com ênfase na sua operacionalização nos cuidados à PSC.

3.1. OS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns dos enfermeiros especialistas correspondem a um conjunto de capacidades aplicáveis a todas as áreas de especialização. Estas competências manifestam-se na capacidade de planear, coordenar e supervisionar cuidados de enfermagem de elevada complexidade, bem como no apoio qualificado ao exercício profissional especializado, através das dimensões como a formação, a investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

A Ordem dos Enfermeiros define estas competências em quatro grandes domínios: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Nos subcapítulos que se seguem, procede-se à apresentação de cada domínio de competência, integrando a respetiva evidência, a descrição das atividades desenvolvidas em contexto de estágio e uma reflexão crítica que permita sustentar o percurso formativo, bem como, demonstrar a progressiva consolidação das aptidões adquiridas.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O Regulamento n.º 140/2019 define duas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A primeira estabelece que o EE deve demonstrar uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, atuando em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A segunda competência refere-se à garantia de práticas de cuidados que assegurem o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades inerentes ao exercício profissional (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

No âmbito da primeira competência, o EE deve revelar capacidade de tomada de decisão sustentada em princípios, valores e normas deontológicas, apoiada no conhecimento científico e na experiência adquirida. Paralelamente, assume um papel de liderança ativa nos processos de decisão ética na sua área de especialidade, desempenhando funções de consultoria junto da equipa (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Para a consolidação desta competência, é fundamental a análise contínua dos principais documentos que regulam a prática da enfermagem, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros. O REPE define os princípios legais e técnicos que orientam o exercício da profissão, garantindo a qualidade

dos cuidados prestados e o respeito pelas normas ético-deontológicas (Ordem dos enfermeiros, 1996). Por sua vez, o Código Deontológico, aprovado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, estabelece os direitos e deveres dos profissionais de enfermagem, sendo um instrumento legal e vinculativo no desempenho da função. Neste *continuum*, cabe ao EE assegurar que a sua prática se mantém congruente com estes princípios, exercendo a sua atividade com responsabilidade, ética e respeito pela dignidade e pelos direitos da pessoa humana. Cumulativamente, este código orienta a atuação do profissional tanto de forma autónoma como em colaboração com outros elementos das equipas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Na tomada de decisão clínica, o EE, enquanto um dos principais mediadores entre o doente, a família e a equipa de saúde, deve fundamentar a sua prática pelos princípios da bioética: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (Santos & Magri, 2024). Estes revelaram-se fundamentais no planeamento e conceção de cuidados delineado nos momentos de estágio, orientando decisões conscientes e eticamente responsáveis. A autonomia foi respeitada mediante a obtenção do consentimento informado, a justiça assegurou a equidade na distribuição de recursos e intervenções, a beneficência guiou as ações para a promoção do bem-estar e, por último, a não maleficência traduziu-se no compromisso de prevenir qualquer forma de dano. Esta abordagem garantiu que a decisão da pessoa fosse livre e esclarecida, sustentada na compreensão e na liberdade de escolha (Direção-Geral da Saúde, 2015). Reconheceu-se igualmente que, em cenários emergentes, nas quais não foi possível obter o consentimento dos indivíduos e não existiram indícios prévios de recusa, este foi eticamente e legalmente presumido (Diário da República, 2016).

A segunda competência do Regulamento n.º 140/2019 sublinha a importância de práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Esta competência mostrou-se crucial em contextos clínicos complexos, como no cuidado a PSC com alteração do estado de consciência ou prognóstico reservado. A experiência permitiu ultrapassar a perceção inicial de um ambiente exclusivamente técnico nos cuidados intensivos, evidenciando o papel do EE na humanização dos cuidados e na abordagem holística ao doente (Kvande et al., 2021; Guamuse Pilatasig & Cambizaca Mora, 2025).

Durante o estágio, o dever de sigilo profissional foi rigorosamente cumprido, partilhando-se informações apenas com os intervenientes do plano terapêutico, nos termos do artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redação da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (Lei n.º 156/2015). A confidencialidade foi cuidadosamente salvaguardada tanto nos registos clínicos como na comunicação em equipa. Os contextos de prática, realizados em ambientes de tipo *open space*, favoreceram a vigilância e a resposta rápida, mas colocaram desafios à privacidade e

confidencialidade. Para mitigar esses riscos, adotaram-se estratégias comunicacionais discretas, como a utilização de tom de voz baixo, especialmente nos momentos de transição de cuidados, evitando a divulgação involuntária de informações.

A prática profissional de enfermagem rege-se também pelos padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001), que incluem a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o incentivo ao autocuidado, a readaptação funcional e a adequada organização dos cuidados prestados. O desenvolvimento futuro da enfermagem deverá centrar-se na prossecução da excelência, configurando-se como um desafio que exige níveis elevados de responsabilidade, credibilidade e dignidade profissional, bem como competência para assegurar a humanização dos cuidados (Simões et al., 2020).

Neste contexto, a experiência de estágio, revelou-se como uma oportunidade de concretização destes princípios. Assim a prossecução de cuidados foi orientada por valores como solidariedade e a competência, respeitando os direitos da pessoa e os princípios do Código Deontológico. Em síntese, a globalidade do exercício profissional baseou-se no rigor técnico-científico, na ética e na deontologia, garantindo a confidencialidade e salvaguarda dos direitos da pessoa/família alvo de cuidados.

3.1.2. Domínio da gestão de cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o Regulamento n.º 140/2019 estabelece duas competências fundamentais para o EE. A primeira relaciona-se com a capacidade de organizar e gerir os cuidados de enfermagem, garantindo uma resposta eficaz da equipa e assegurando a qualidade e segurança das tarefas delegadas. A segunda centra-se na utilização eficiente dos recursos disponíveis, ajustando-os às necessidades identificadas, bem como na aplicação de um estilo de liderança adequado que promova a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Relativamente à primeira competência, o EE assume um papel ativo na otimização e orientação dos cuidados, participando nos processos de tomada de decisão, colaborando com a equipa e fornecendo orientações aos pares (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

A gestão dos cuidados de enfermagem envolve o planeamento, organização e supervisão da prática clínica, com foco na segurança, continuidade e excelência. Deve estar sustentada em evidência científica e alinhada com as orientações institucionais, requerendo pensamento crítico, liderança e tomada de decisão. Heinen et al. (2019) destacam ainda a sua importância para o desempenho

eficaz do enfermeiro, bem como, para a consolidação da governação clínica, afirmando-se como elemento basilar na garantia de cuidados confiáveis e eficientes.

Ao longo dos estágios, foi possível acompanhar o enfermeiro supervisor no desempenho de funções de gestão e coordenação como responsável de turno. Para além da gestão global das unidades, os EE têm como funções supervisionar os cuidados prestados, apoiar a sua conceção e promover momentos de reflexão no final dos processos. Assume ainda o papel de elo entre a equipa multidisciplinar e os restantes elementos de enfermagem, promovendo a interajuda e a tomada de decisão partilhada.

O SMI e a UCIC privilegiam o método de trabalho individual, que implica a existência de uma distribuição prévia do plano de trabalho da equipa de enfermagem, que está a cargo do enfermeiro responsável de turno. No contexto da prestação de cuidados à PSC, a avaliação da carga de trabalho é fundamental para assegurar uma resposta adequada às necessidades da pessoa doente e assegurar intervenções oportunas e tempo-eficazes. Neste âmbito, procedeu-se à aquisição de conhecimento e aplicação do *Nursing Activities Score* - instrumento que classifica a carga de trabalho necessária com base no tempo despendido na execução de diferentes intervenções de enfermagem junto da PSC – relevando-se como ferramenta essencial para a gestão minuciosa e baseada em evidência dos recursos afetos à prestação de cuidados (Sardo, 2023).

Quanto à segunda competência, é esperado que o EE promova a eficácia do trabalho em equipa, ajustando os recursos disponíveis às exigências assistenciais identificadas. Para tal, deve adotar um estilo de liderança flexível, alinhado com o ambiente organizacional e as especificidades da equipa, de modo a proporcionar uma resposta adequada às necessidades em contexto clínico (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). É essencial o EE deter um vasto conjunto de competências para a gestão eficaz dos cuidados. Segundo Mrayyan et al. (2023), o desenvolvimento de competências e atitudes de liderança permitem aos enfermeiros influenciar a formulação de políticas e promover mudanças significativas nos contextos em que atuam. A presença de atributos de liderança promove a autonomia na tomada de decisão, potenciando uma atuação mais ativa e eficaz do enfermeiro enquanto líder clínico (Lourenço et al., 2022). A liderança é uma competência essencial, permitindo ao enfermeiro motivar a equipa e garantir cuidados de qualidade, através da gestão eficaz de recursos humanos, materiais e financeiros (Silva et al., 2021).

Em situações críticas, como episódios de peri-paragem cardiorrespiratória, constatou-se que o enfermeiro responsável assumiu uma liderança clínica segura e assertiva, assegurando a resposta da equipa de forma coordenada e eficiente. Esta atuação integrou a avaliação rápida do contexto,

a definição de prioridades, a delegação criteriosa de tarefas de acordo com as competências de cada elemento e a supervisão constante da execução, garantindo uma comunicação clara e tomada de decisão célere. Tal desempenho revelou-se determinante para a manutenção da estabilidade hemodinâmica e para a obtenção de desfechos clínicos favoráveis, corroborando a evidência que associa práticas de liderança efetiva à melhoria dos resultados clínicos e da segurança do doente em contextos de emergência (Wong et al., 2013; Cummings et al., 2021)

3.1.3. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No que concerne ao domínio das aprendizagens profissionais, o EE deve evidenciar duas competências fundamentais. A primeira competência diz respeito ao autoconhecimento e assertividade, reconhecendo o seu impacto no estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais. Por sua vez, a segunda competência engloba a prática clínica e processo de tomada de decisão, baseadas em conhecimento válido, atual e pertinente (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Especificamente, o autoconhecimento é essencial na prática do EE, na medida em que promove a consciência crítica sobre si próprio e diligência respostas adaptativas. Facilita a gestão de emoções, a construção de relações terapêuticas eficazes e o reconhecimento de limites e potencialidades pessoais, sendo crucial para a atuação profissional em contextos complexos (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O desenvolvimento desta competência tem origem na prática clínica enquanto enfermeira de cuidados gerais, aprofundando-se ao longo dos estágios através da interação terapêutica com os indivíduos/família e da integração ativa em equipas multidisciplinares. Esta trajetória encontra-se em consonância com o modelo de aquisição de competências de Benner (2001), que conceptualiza a progressão do enfermeiro através de níveis de desenvolvimento de competência, desde uma categoria inicial até à de perito, processo suportado no acervo de experiência clínica e no aperfeiçoamento contínuo do raciocínio clínico. À luz deste enquadramento, a decisão de materializar este percurso de especialização resultou da consciência de necessidades de desenvolvimento profissional supramencionadas, bem como, da consolidação de conhecimentos e competências para adotar uma prática clínica mais fundamentada, reflexiva e tecnicamente qualificada.

Relativamente ao segundo domínio das aprendizagens profissionais, o EE “baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745). Para tal, é fundamental que mantenha uma avaliação contínua das suas necessidades formativas, assumindo

um compromisso com o desenvolvimento profissional. Este investimento promove uma prática mais segura, reflexiva e assertiva, favorecendo a tomada de decisões informadas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Mlambo et al., 2021).

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), o exercício da profissão deve pautar-se pela busca da excelência, exigindo ao enfermeiro a aplicação de conhecimentos técnico-científicos atualizados. Para tal, é essencial o compromisso com a formação contínua, como estratégia garante desse processo.

Neste âmbito, foi adotada uma postura sistematicamente reflexiva e autocrítica, que permitiu identificar lacunas de conhecimento e colmatar défices formativos, através da participação ativa em experiências diversificadas e aquisição de novas competências. Entre estas, destaca-se o aprofundamento da temática de monitorização invasiva, a atualização do curso de Suporte Avançado de Vida e a aplicação concreta dos conhecimentos adquiridos em cursos de ventilação invasiva e não invasiva (Anexos I e II).

Salienta-se igualmente a participação nos momentos de *debriefing* realizados no SU que, tal como mencionado por Phillips et al. (2024), proporcionaram oportunidades para refletir sobre os acontecimentos, compreender as decisões tomadas e definir estratégias para situações futuras, constituindo uma prática relevante para a aprendizagem e o desenvolvimento profissional.

De forma complementar, durante o estágio, foi dinamizada uma sessão de formação transversal aos diferentes contextos clínicos, com o objetivo de uniformizar práticas relacionadas com a promoção do sono nos doentes, cumprindo assim os critérios da unidade de competência “suporta a prática clínica em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Em síntese, o EE deve articular autoconhecimento e prática baseada em evidência, garantindo decisões clínicas seguras e eficazes. A reflexão contínua e a atualização de competências permitem uma atuação mais fundamentada e qualificada. Deste modo, promove-se a excelência dos cuidados e a segurança do doente.

3.1.4. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade encontra-se estruturado em três competências. A primeira refere-se à participação na conceção, implementação e dinamização de projetos institucionais na área da qualidade, contribuindo igualmente para a sua divulgação e aplicação prática. Por sua vez, a segunda competência é referente ao desenvolvimento de práticas de qualidade, através da colaboração em programas de melhoria contínua e reconhecendo que a

avaliação sistemática de intervenções constitui um requisito indispensável para a melhoria da qualidade. Por fim, a terceira competência identifica que o EE assegura a prestação de cuidados num ambiente seguro, terapêutico e centrado na pessoa, respeitando as suas necessidades e promovendo o seu bem-estar (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

No âmbito da primeira competência, o EE mobiliza conhecimentos e competências técnicas e relacionais para assegurar a melhoria contínua da qualidade, participando no desenvolvimento e implementação de projetos institucionais nessa área (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Neste âmbito, identificou-se que os serviços de acolhimento encontram-se estruturados com um vasto conjunto de normas e protocolos que visam reforçar a qualidade dos cuidados e promover práticas sustentadas na evidência científica. Paralelamente, as informações relevantes sobre o funcionamento dos serviços e os projetos em desenvolvimento são regularmente partilhados nas reuniões de equipa. Nestes momentos, foi percecionado que os EE assumem um papel ativo na implementação de estratégias orientadas para a melhoria contínua da qualidade, em consonância com as conclusões apresentadas por Schmitz et al. (2021) que evidenciam a relevância dos enfermeiros em posições de liderança estratégica na dinamização de iniciativas de gestão clínica, na definição de prioridades assistenciais e na promoção de práticas inovadoras que asseguram maior eficiência organizacional e melhores resultados em saúde.

Relativamente à segunda competência, o EE integra e contribui para a avaliação da qualidade das práticas clínicas, colaborando em auditorias, analisando os seus resultados e promovendo programas de melhoria contínua, identificando áreas de intervenção e elaborando orientações baseadas na evidência (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Nesta perspetiva constatou-se que as instituições recetoras dispõem de planos estruturados de auditorias internas, que englobam desde a análise de processos clínicos até à avaliação da qualidade da prestação de cuidados, com vista a cumprir os critérios do Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março, que exige a realização periódica de auditorias internas de qualidade e segurança, a implementação de planos de melhoria contínua da qualidade e a monitorização regular de indicadores de desempenho. Concretamente, foi possível acompanhar auditorias promovidas pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), particularmente em contextos que envolviam doentes com necessidade de isolamento protetor ou de contenção (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

Percecionou-se que a totalidade dos serviços dispõe de um elemento de ligação ao GCL-PPCIRA, responsável pela realização de auditorias periódicas no âmbito do controlo de infeção. Entre estas,

destacam-se as auditorias aos momentos de higienização das mãos, prática essencial na prevenção das IACS, conforme preconizado na Norma n.º 007/2019 da Direção-Geral da Saúde.

Paralelamente, nos serviços em causa, verificou-se o processo de certificação conduzido pela Ordem dos Enfermeiros no âmbito da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, conforme estabelecido no Regulamento n.º 167/2011. Neste enquadramento, estão constituídas equipas de trabalho focadas em áreas estratégicas como a gestão do risco, o controlo da dor aguda, a garantia da qualidade, a prevenção de infeções, a formação contínua e a utilização dos sistemas de informação. Estas equipas, compostas por EE, desempenham um papel primordial na promoção da segurança e qualidade dos cuidados, enquanto contribuem para ambientes formativos enriquecedores, adequados ao ensino pré-graduado ou profissionalizante de cariz especializado.

Ainda neste contexto, tivemos também a oportunidade de colaborar em auditorias relacionadas com a identificação do doente, com a verificação dos critérios de ativação da equipa de emergência, com a avaliação do carro de emergência e com a separação adequada dos resíduos hospitalares. Similarmente, participámos na gestão de estupefacientes, onde a evidência científica e as orientações nacionais estabelecem que a sua administração e controlo sejam efetuados de forma rigorosa, assegurando o armazenamento seguro, a rastreabilidade em todas as etapas do circuito, o registo detalhado de entradas e saídas, de modo a prevenir desvios e garantir a utilização adequada em contexto clínico (Gonçalves et al., 2012; Despacho n.º 9390/2021).

Por fim, no que respeita à terceira competência, esta estabelece que o EE é responsável por garantir a prestação de cuidados num ambiente seguro e terapêutico, criando condições físicas, emocionais, espirituais e culturais adequadas à pessoa cuidada, assumindo igualmente um papel ativo na gestão do risco, tanto a nível institucional como das unidades funcionais, assegurando recursos ajustados e cuidados de excelência (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

A segurança do doente constitui uma prioridade transversal nas instituições de saúde, refletida em diversas práticas organizacionais e evidenciada também nas unidades onde decorreu o estágio. Destaca-se, neste âmbito, o papel do Gabinete de Gestão do Risco e da Qualidade que, para além da realização de auditorias regulares, disponibiliza uma plataforma digital para notificação de incidentes, acessível a todos os profissionais de saúde, promovendo uma cultura de transparência, responsabilidade e melhoria contínua. Este modelo encontra-se em consonância com a Norma n.º 017/2022 da Direção-Geral da Saúde, que preconiza a existência de sistemas estruturados de notificação de incidentes, a constituição de equipas especializadas na sua análise e a implementação de ações corretivas para prevenir a repetição de eventos adversos (Direção-Geral

da Saúde, 2022b). Neste contexto, o EE assume um papel central, não apenas na identificação e comunicação atempada de situações de risco, mas também na análise crítica dos eventos, no delineamento de estratégias de melhoria e na capacitação das equipas para práticas seguras, contribuindo assim de forma decisiva para a consolidação de uma cultura de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde.

Tendo em consideração a análise supradescrita e o percurso de desenvolvimento de competências empreendido, consideramos terem sido alcançadas as competências gerais de EE, tal como estabelecidas nos objetivos delineados para este trajeto académico e em conformidade com os referenciais normativos e profissionais vigentes.

4. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS

A PSC encontra-se numa condição de saúde particularmente vulnerável, caracterizada por instabilidade hemodinâmica, risco iminente de falência orgânica, necessidade de vigilância contínua, bem como pela exigência de intervenções imediatas, multidimensionais e de elevada complexidade. Esta condição clínica decorre frequentemente de episódios agudos, complexos e potencialmente fatais, que exigem cuidados intensivos e diferenciados para preservar a vida, recuperar funções vitais e minimizar sequelas incapacitantes (Regulamento nº429/2018, de 16 de julho, p. 19362; Vincent et al., 2019).

A prestação de cuidados à PSC requer não apenas uma abordagem tecnicamente rigorosa, mas também uma compreensão profunda da individualidade de cada pessoa. O planeamento e conceção de cuidados desenvolve-se numa relação interpessoal significativa entre o enfermeiro, a PSC e a família, reconhecendo as crenças, valores e experiências únicas que moldam a resposta de cada indivíduo à condição clínica em curso. Assim, os cuidados devem ser sensíveis, humanizados e sustentados por conhecimento técnico-científico avançado. Esta perspetiva é reforçada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 361/2015), nos quais se estabelece que o EE deve assegurar a máxima eficácia na organização e prestação de cuidados, visando a excelência no exercício profissional.

No contexto regulamentar, o EEEMC-PSC distingue-se pela posse de competências específicas, enunciadas no artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, que o habilitam a prestar cuidados diferenciados, ajustados à complexidade das situações clínicas que caracterizam este contexto, com capacidade de intervenção célere, fundamentada na melhor evidência científica e orientada para os princípios da segurança, da humanização e da personalização dos cuidados. Estas competências incluem ainda a gestão integrada do processo de cuidados, a supervisão clínica, a articulação com a equipa multidisciplinar e a dinamização da formação contínua em serviço (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Os estágios de natureza profissional relevaram-se como um espaço privilegiado para a aplicação real destas competências, através do envolvimento direto em atividades de elevada exigência técnica e relacional. Este contacto direto promoveu o desenvolvimento pessoal e profissional e contribuiu para a consolidação de um perfil de especialista apto a prestar cuidados de excelência à PSC, integrando conhecimentos, experiência e reflexão fundamentada.

4.1. CUIDAR A PESSOA, A FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA OU FALÊNCIA ORGÂNICA

De acordo com o artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o EEEMC-PSC detém a competência para prestar cuidados especializados à PSC e respetiva família/cuidador em situações de doença grave ou falência orgânica. Esta competência integra uma intervenção diferenciada e ajustada à complexidade clínica, compreendendo a prevenção da instabilidade, a evicção da falência orgânica e a implementação de intervenções terapêuticas avançadas (Regulamento nº429/2018, de 16 de julho).

O percurso de estágio desenvolvido no SU, SMI e UCIC possibilitou uma vivência progressiva e integrada desta competência, favorecendo a aplicação e consolidação de saberes técnicos e relacionais, em cenários de complexidade crescente. A experiência adquirida permitiu aproximar o desempenho profissional conforme o perfil do EEEMC-PSC, de acordo com as unidades de competência de K.1.1 a K.1.6 do Regulamento nº429/2018, uma vez que implicaram a participação ativa na avaliação clínica especializada, na identificação precoce de sinais de instabilidade, na implementação e monitorização de intervenções complexas e na gestão da relação terapêutica com a pessoa e família em situações de maior vulnerabilidade (Regulamento nº429/2018, de 16 de julho). Neste processo, assumiram particular relevância a segurança do doente, a prevenção de eventos adversos, a adequação das decisões terapêuticas e a comunicação terapêutica, enquanto elementos fundamentais para a qualidade e humanização dos cuidados. (Regulamento nº429/2018, de 16 de julho).

No contexto do SU, colaborámos num ambiente marcado pela elevada exigência clínica e organizacional, imprevisibilidade da procura e pressão profissional associada a tomadas de decisão tempo-dependentes (Gholipour et al., 2025; Souza et al., 2017). Estas circunstâncias determinaram a mobilização contínua de competências avançadas de avaliação, antecipação da instabilidade e gestão do risco (Gorick et al., 2023; Silva et al., 2019).

Na etapa inicial da cadeia de cuidados, concorremos para a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester, permitindo a operacionalização de um instrumento clínico de priorização alicerçado na identificação de discriminadores associados a risco de deterioração fisiológica. Compreendemos que a eficácia do processo depende da deteção atempada de sinais de risco, para além da simples categorização sintomática (Direção-Geral da Saúde, 2018; Zachariasse et al., 2017). Constatámos ainda que a não valorização de determinados indicadores clínicos, como alterações dos sinais vitais, dor persistente ou dispneia, bem como de sinais indiretos, nomeadamente alterações

comportamentais, manifestações de ansiedade ou dados transmitidos por familiares, pode comprometer o processo de estratificação. Esta situação exige ao EE a mobilização de competências diferenciadas em comunicação e de avaliação clínica sistemática (Ferreira & Baptista, 2024; Gheri et al., 2025).

Posteriormente, procedeu-se à avaliação primária segundo a metodologia ABCDE, com vista à identificação precoce de focos de instabilidade e a implementação imediata de intervenções direcionadas à estabilização fisiológica (Linders et al., 2021; Thim et al., 2012). Desenvolvemos a capacidade de reconhecer precocemente sinais de risco e/ou comprometimento da via aérea, indícios de ventilação inadequada e alterações do estado de consciência, compreendendo que a obstrução ou perda de permeabilidade da via aérea é um evento de evolução rápida, com repercussões vitais imediatas (Linders et al., 2021; Russotto & Sorbello, 2025). Neste sentido, colaborámos na preparação e apoio a procedimentos de via aérea avançada, identificando que a entubação oro/nasotraqueal em contexto de emergência está associada a um risco aumentado de hipoxemia e instabilidade hemodinâmica (Downing et al., 2023; Higgs et al., 2018). Ainda no domínio do sistema respiratório, articulámos a avaliação do padrão ventilatório, a auscultação pulmonar, a avaliação da saturação periférica de oxigénio e capnografia sob forma de onda, bem como, os resultados de gasometria arterial. Integrámos estes dados numa apreciação global do equilíbrio ventilação-perfusão, de modo a identificar precocemente sinais de insuficiência respiratória e desenvolver intervenções promotoras dos processos de trocas gasosas, adequadas às necessidades metabólicas e às condições clínicas vigentes (British Thoracic Society, 2017; Zaboli et al., 2025).

No domínio da monitorização hemodinâmica, desenvolvemos a capacidade de identificar padrões sugestivos de choque hipovolémico, cardiogénico, obstrutivo ou distributivo, através da integração de parâmetros fisiológicos e da sistematização da avaliação clínica baseada na melhor evidência (Lisboa et al., 2025; Noitz et al., 2025). Esta atuação implicou medidas de vigilância contínua e reconhecimento atempado de sinais de deterioração, permitindo a implementação de intervenções destinadas a restabelecer a homeostasia e a prevenir complicações (Kashani et al., 2022; Noitz et al., 2025). Em situações de trauma major, colaborámos na abordagem baseada nos princípios de controlo de dano, priorizando a identificação da hemorragia ativa, a manutenção da perfusão e a prevenção da tríade letal do trauma (coagulopatia, acidose e hipotermia) (American College of Surgeons, 2018; Suzuki et al., 2025).

Após a estabilização clínica inicial, participámos na abordagem secundária, através de uma avaliação sistematizada e orientada para a identificação de lesões ou condições subjacentes suscetíveis de direcionar o plano terapêutico. Neste âmbito, desenvolvemos intervenções associadas

à anamnese, exame físico e consolidação de informação clínica disponível, de modo a garantir uma ação segura, completa e promotora da continuidade de cuidados (American College of Surgeons, 2018).

Particularmente, na Sala de Emergência, colaborámos na estabilização da PSC com instabilidade hemodinâmica grave, falência orgânica iminente ou paragem cardiorrespiratória, integrando equipas orientadas de acordo com princípios de Crisis Resource Management (CRM) (Lei & Palm, 2023). Neste domínio ampliamos competências de liderança, consciência situacional, tomada de decisão, trabalho em equipa, gestão da carga de trabalho, utilização eficiente de recursos e debriefing (Greif et al., 2025; Lei & Palm, 2023; Thim et al., 2012). Mobilizámos ainda competências de suporte avançado de vida e de suporte avançado de vida em trauma, reconhecendo que a eficácia das intervenções depende da adequada coordenação da equipa multidisciplinar, da monitorização contínua e da aplicação de algoritmos clínicos baseados nas recomendações internacionais mais recentes (American College of Surgeons, 2018; American Heart Association, 2020; Greif et al., 2025).

A prestação de cuidados em contexto de condições clínicas tempo-dependentes, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, Síndrome Coronário Agudo e Sepsis, evidenciou a relevância das Vias Verdes enquanto modelo estruturado e protocolado de atuação e referência. Este modelo permite assegurar intervenções em tempo útil e promover a continuidade e articulação dos cuidados entre os diferentes níveis de ação, nomeadamente nas fases pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar (Marques & Lino, 2021; Direção-Geral da Saúde, 2017b, 2022a). Relevamos o caso de uma pessoa com disartria e hemiparesia direita, em que compreendemos a importância de recolher com exatidão a hora de início dos sintomas, dado o impacto direto na decisão terapêutica para trombólise ou trombectomia. Apesar de já ultrapassado o limite temporal de 4,5 horas para trombólise e de não preencher critérios para trombectomia, a intervenção manteve-se centrada no tratamento conservador, de acordo com as orientações científicas mais recentes (Berge et al., 2021; Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Ainda neste contexto, destacou-se também a gestão adequada da dor e do bem-estar, dada a elevada prevalência de condições clínicas associadas a dor aguda e à necessidade de intervenção precoce (European Society for Emergency Medicine, 2025). Neste sentido, recorreu-se à Numeric Rating Scale (NRS) sempre que a pessoa alvo de cuidados apresentava capacidade de comunicação preservada, conforme orientações da Direção-Geral da Saúde (2003) e da European Society for Emergency Medicine (2025). Já, perante a incapacidade de comunicação, nomeadamente por alteração do estado de consciência ou sedação, recorreu-se à Behavioral Pain Scale (BPS), instrumento que compreende a observação de expressões faciais, tónus e movimentos corporais,

bem como da adaptação ao ventilador (Ahlers et al., 2010; Batalha et al., 2013; European Society for Emergency Medicine, 2025).

No plano organizacional, integramos a ativação de equipas de emergência médica intra-hospitalar e na articulação da transferência segura da PSC, reconhecendo que a transição de cuidados representa um momento risco clínico potencial (Bergman et al., 2019; Direção-Geral da Saúde, 2010). Assim, consolidámos competências de *handover* estruturado, através da mobilização e aplicação da ferramenta ISBAR, em conformidade com recomendações nacionais e internacionais de segurança do doente (Bukoh & Siah, 2019; Direção-Geral da Saúde, 2017).

Concomitantemente, procurámos incorporar princípios de humanização como componente fundamental do nosso exercício neste contexto, garantindo o respeito pela dignidade, privacidade e comunicação clara com a PSC e sua família. Esta abordagem foi desenvolvida em alinhamento com os princípios dos cuidados centrados na pessoa e na promoção do exercício profissional eticamente responsável (Kim et al., 2022; Nunes & Amaral, 2022). Paralelamente e sempre que clinicamente possível, promovemos a inclusão da família, reconhecendo o seu papel no suporte emocional e na contextualização das situações clínicas em curso (Cabete et al., 2019; Naef et al., 2025).

A transição para o SMI implicou o contacto com um ambiente de elevada complexidade tecnológica e clínica, exigindo a integração de competências técnicas avançadas com capacidades relacionais especializadas (Bueno et al., 2019; Teixeira & Vieira, 2020).

Neste contexto, desenvolvemos uma abordagem orientada para a monitorização dinâmica enquanto processo contínuo de integração de dados respiratórios, hemodinâmicos, neurológicos e metabólicos em paralelismo com a trajetória clínica da PSC. A monitorização foi assim assumida como um instrumento de suporte à tomada de decisão clínica e não apenas como recolha isolada de dados (Bostan et al., 2024 ; Braga et al., 2024).

Adicionalmente, integrámos a gestão de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, com foco na identificação precoce de sinais de assincronia, intolerância ou agravamento do compromisso respiratório, assegurando simultaneamente a verificação sistemática dos ventiladores e a vigilância dos padrões de alarme (Guilhermino et al., 2018; Pazout et al., 2025). Reconheceu-se, ainda a relevância de protocolos de manutenção de interfaces respiratórios, bem como, de intervenções preventivas à extubação acidental e desmame ventilatório (StatPearls, 2024).

Participámos na monitorização de terapias de suporte avançado, designadamente terapias de substituição renal contínuas e estratégias de suporte nutricional entérico e parentérico. Colaborámos igualmente na realização de procedimentos invasivos diferenciados, nomeadamente

na colocação, manutenção e remoção de cateteres venosos centrais, cateteres arteriais e drenos torácicos. Simultaneamente, desenvolvemos competências na interpretação e utilização de tecnologias avançadas de monitorização e suporte, tais como oximetria cerebral regional (Ghosh et al., 2012), monitorização do índice biespectral (Mathur et al., 2023) e o suporte extracorporeal por oxigenação por membrana extracorporeal (Ramsey et al., 2025).

No âmbito da gestão de protocolos terapêuticos complexos, intervimos na implementação e monitorização de atitudes terapêuticas que requerem titulação frequente e vigilância contínua, assegurando a identificação precoce de complicações e o ajustamento ações em articulação com a equipa multidisciplinar. Percebemos que a cultura de segurança no SMI depende da conjugação de competências técnico-científicas, comunicação eficaz, protocolos de gestão de risco e de processos organizacionais institucionais, baseados em recomendações e guidelines internacionalmente reconhecidas (Dresser et al., 2023; Patil et al., 2023).

A gestão da dor manteve-se como prioridade, sendo a utilização criteriosa da BPS fundamental para a identificação de sinais de dor não verbalizada e ajustar intervenções terapêuticas (Batalha, et al., 2013; Devlin et al., 2018; European Society for Emergency Medicine, 2025). Neste sentido integrámos medidas farmacológicas, tais como a administração e ajuste da sedoanalgesia segundo prescrição médica, e estratégias não farmacológicas, incluindo posicionamento terapêutico, crioterapia, massagem, utilização de dispositivos de alívio de pressão e suporte emocional (Devlin et al., 2018; Sandvik et al., 2020). Destacou-se ainda a importância da analgesia preventiva antes da realização de procedimentos potencialmente dolorosos, como colocação de cateteres arteriais ou venosos centrais, aspiração de vias aéreas, remoção de tubo endotraqueal e tratamento de feridas. Esta ação pretendeu contribuir para a redução do sofrimento e prevenção de respostas fisiológicas adversas (Devlin et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Identificámos o *delirium* como uma alteração neurocognitiva aguda frequentemente associada a maior morbidade, aumento do tempo de internamento e piores desfechos clínicos (Devlin et al., 2018; Stollings et al., 2021). Assim, realizámos a vigilância de alterações cognitivas e comportamentais, reconhecemos fatores predisponentes e colaborámos na implementação de estratégias preventivas. Destas, relevamos a otimização da sedação e analgesia, a promoção de ciclo de sono-vigília, mobilização precoce e correção de fatores desencadeantes (Devlin et al., 2018; Sousa et al., 2019; Stollings et al., 2021).

Relativamente à manutenção hemodinâmica do potencial dador em situação de morte cerebral, não se verificou a oportunidade de prestação direta de cuidados. Contudo, no âmbito da supervisão

clínica e da reflexão partilhada com o enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar, foram aprofundados os conhecimentos adquiridos na consulta das guidelines nacionais e internacionais quanto à identificação de potenciais dadores, critérios diagnósticos e procedimentos associados à sua manutenção, bem como, à preparação para a colheita de órgãos (Diário da República, 1993; Greer et al., 2023).

No domínio da comunicação, asseguramos a transmissão de informação clínica à família de forma clara, estruturada e eticamente orientada, recorrendo ainda aos princípios do modelo SPIKES na transmissão de más notícias (Baile et al., 2000). Neste processo, procurámos estabelecer uma relação terapêutica sustentada na empatia, na validação das emoções, numa presença profissional disponível, consciente e promotora de clarificação de dúvidas e suporte à tomada de decisão informada (Ramos et al., 2018; Reifarh et al., 2024). Compreendemos que a comunicação neste contexto, representa uma intervenção clínica relevante, com influência direta na experiência da família e na confiança estabelecida com a equipa de saúde (Rodríguez-Nogueira et al., 2022).

Por último, apropriámo-nos do conceito de Síndrome Pós-Cuidados Intensivos, frequentemente identificado em sobreviventes que, depois da alta hospitalar, mantêm limitações físicas, cognitivas e psicológicas persistentes (Hiser et al., 2023). Compreendemos que a sobrevivência após fase crítica pode associar-se à fraqueza muscular adquirida, alterações cognitivas e perturbações emocionais, fatores que podem comprometer significativamente a qualidade de vida (Hiser et al., 2023; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Neste âmbito, acompanhamos consultas de *follow-up* após o internamento, como forma de assegurar a continuidade dos cuidados e de avaliar o impacto da experiência de hospitalização, não apenas na pessoa, mas também no seu contexto familiar e social (Jensen et al., 2015; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024).

No contexto da UCIC, diligenciámos a prestação de cuidados à PSC com compromisso cardiovascular, inseridos num contexto orientado para a vigilância hemodinâmica contínua, monitorização eletrocardiográfica permanente e intervenção imediata perante sinais de instabilidade elétrica ou circulatória (Greif et al., 2025; European Society of Cardiology, 2025). Identificámos precocemente sinais de agravamento clínico, como alterações hemodinâmicas, dor torácica persistente, arritmias ou sobrecarga pulmonar (European Society of Cardiology, 2025; Sinha et al., 2025). A avaliação integrou dados clínicos, eletrocardiográficos e laboratoriais de forma diligente, reconhecendo a necessidade de reavaliação contínua (European Society of Cardiology, 2025; Ibanez et al., 2018). Após intervenção coronária percutânea, mantivemos vigilância contínua para a deteção precoce de

complicações e intervenção perante sinais de instabilidade (European Society of Cardiology, 2025 ; Vieira et al., 2024).

No domínio das arritmias, garantimos vigilância contínua do ritmo cardíaco, considerando que alterações eletrocardiográficas podem preceder deterioração hemodinâmica (Costa et al., 2024; European Society of Cardiology, 2025). Reconhecemos precocemente arritmias potencialmente fatais e intervimos de acordo com protocolos baseados em evidência como a cardioversão elétrica ou farmacológica, mantemos vigilância estruturada da estabilidade subsequente, identificando que a reavaliação contínua constitui dimensão central da segurança clínica (Greif et al., 2025).

Relativamente ao domínio do conforto, avaliamos sistematicamente a dor torácica e desconforto associado à condição cardíaca aguda, verificando que a dor desencadeia mecanismos de ativação neuro-hormonal com repercussões na estabilidade hemodinâmica (Greif et al., 2025). Integramos intervenções farmacológicas e não farmacológicas, preservando a dignidade e a intimidade da pessoa num ambiente altamente monitorizado, promovendo comunicação clara que favorecesse a compreensão e a adesão aos cuidados (Barbosa et al., 2024).

No momento de preparação para a alta hospitalar, colaborámos na transmissão e validação de ensinamentos dirigidos à prevenção de novos eventos cardiovasculares e à gestão da nova condição de saúde. Foram abordadas medidas de controlo de fatores de risco modificáveis e reconhecimento de sinais de alerta. Estas intervenções foram realizadas de forma individualizada, tendo por intensão a promoção da literacia em saúde, a capacitação para o autocuidado e a adesão ao plano terapêutico (Homem et al., 2022).

O percurso sequencial empreendido - iniciado no SU, prosseguido no SMI e concluído numa UCIC – possibilitou a consolidação da competência de “Cuidar a pessoa, a família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica” numa lógica de adaptação progressiva do sistema hospitalar às necessidades clínicas do indivíduo (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Este percurso clínico favoreceu uma compreensão aprofundada dos processos que estruturam a cadeia de segurança e os resultados em saúde neste contexto. Ficando, contudo, em aberta a integração da dimensão de reabilitação, etapa essencial para a continuidade deste percurso de prestação de cuidados.

Julgamos que a consolidação desta competência se alcança pela articulação dinâmica de três grandes dimensões: a aplicação técnico-científica sustentada na melhor evidência, a construção de uma relação terapêutica significativa com a pessoa e família/cuidador em momentos de elevada vulnerabilidade e a integração efetiva do trabalho multidisciplinar assegurando a segurança e a

continuidade do planeamento e conceção de cuidados. O percurso formativo permitiu compreender que a prática especializada do EEEMC-PSC transcende a estabilização clínica imediata projetando-se para a continuidade e para a reabilitação enquanto etapas essenciais uma prática de cuidados integral, humanizada e centrada na pessoa e sua família/cuidador.

4.2. DINAMIZAÇÃO DE RESPOSTAS EM EMERGÊNCIAS, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE

A segunda competência definida pela Ordem dos Enfermeiros, que consiste em “dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção e ação” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19364), teve como principais contributos para o seu desenvolvimento a experiência adquirida na área de Triagem, na Sala de Trauma e na Sala de Emergência do SU, não obstante não ter sido vivenciada qualquer situação real de catástrofe durante o estágio. Estas experiências permitiram-nos compreender a relevância de contextos de instabilidade clínica e consolidar competências transferíveis para eventuais cenários de prestação de cuidados neste âmbito.

Em contextos marcados por instabilidade, nos quais possam ocorrer catástrofes naturais, epidemias, acidentes tecnológicos ou incidentes de natureza nuclear, radiológica, biológica ou química de grande escala ou impacto significativo, torna-se essencial que as instituições integradas no Sistema Nacional de Saúde estejam preparadas para dar uma resposta eficaz. Esta capacidade de ação deve estender-se a qualquer situação que, pela sua gravidade ou dimensão, provoque um desequilíbrio entre as necessidades em saúde e os recursos disponíveis, quer de forma temporária, quer prolongada (Direção-Geral da Saúde, 2010). Neste domínio, as experiências de estágio, reforçaram a necessidade de enquadrar a prática clínica numa lógica de antecipação e preparação para possíveis cenários desta natureza.

O agravamento das alterações climáticas, o aumento dos conflitos armados e o surgimento de novas doenças infecciosas têm contribuído para a ocorrência crescente de situações de exceção e catástrofes com impacto significativo na saúde pública. Neste contexto, torna-se imperativo que o EEEMC-PSC detenha conhecimentos sólidos e competências específicas que lhe permitam atuar de forma coordenada, atempada e eficaz, em conformidade com os planos de emergência institucionais e assegurando uma resposta estruturada, segura e eficiente, como ficou demonstrado durante a pandemia da COVID-19 (Shafiei et al., 2024).

Para tal, procedeu-se à análise dos Planos de Emergência e Catástrofe de cada serviço, com especial atenção à Planta de Emergência, com as respetivas rotas de evacuação e pontos de encontro. Adicionalmente, foi consultado o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, que estabelece

orientações para a atuação coordenada dos organismos e serviços, visando minimizar o impacto de acidentes graves ou catástrofes sobre as pessoas, a economia, o património e o ambiente (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2013).

Foi ainda possível acompanhar a ativação inicial do plano de contingência sazonal (módulo inverno) no SU, bem como a ativação do plano de contingência da UCIC aquando de uma falha elétrica de grande dimensão na Península Ibérica. Estas experiências evidenciaram a relevância do planeamento prévio, da coordenação e da capacidade de reorganização das diferentes equipas profissionais e estruturas institucionais perante situações disruptivas (Ministério da Saúde, 2023).

De acordo com o International Council of Nurses (2019), a resposta dos sistemas de saúde em contextos de emergência ou catástrofe depende da mobilização de competências diferenciadas que permitem suportar uma atuação rápida e adequada. Neste contexto, procurámos desenvolver competências relacionadas com a preparação e planeamento da resposta, acompanhando a ativação dos planos de contingência e colaborando na reorganização da prestação de cuidados em função das prioridades identificadas; de comunicação e gestão da informação, contribuindo para a transmissão de decisões e informação entre equipas, particularmente nos momentos de transição de cuidados; de avaliação da situação, mediante a monitorização operacional central dos serviços - nomeadamente do número de doentes triados, em avaliação e em espera - de modo a contribuir para a priorização e alocação de recursos; e da implementação de intervenções orientadas para a segurança, através da adaptação da prestação de cuidados às condições funcionais existentes e priorização das situações clinicamente emergentes de acordo como os princípios éticos e legais da prática profissional (International Council of Nurses, 2019).

Complementarmente, ao longo do estágio, presenciamos diversas situações clínicas em que o EEEMC-PSC “salvaguardou as condições de segurança” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19363), nomeadamente as condições de segurança pré desfibrilhação ou a utilização de equipamento de proteção individual adequado. Em todas essas circunstâncias, a avaliação da PSC passou pela abordagem do algoritmo de avaliação ABCDE, no qual tivemos a oportunidade de realizar “triagem primária e secundária” e pautámos a nossa atuação segundo a melhor evidência científica disponível (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19363).

Por fim, colaborámos em contextos que exigiram intervenções no sentido de “preservar indícios da prática de crime” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19363), sobretudo através da realização de colheitas de sangue para doseamento de etanol em casos de acidentes de viação e de trabalho. Estes procedimentos obedeceram a protocolos institucionais específicos, assegurando

conjuntamente a validade legal das provas e a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Deste modo, consideramos que a competência de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe requer do EEEMC-PSC a integração de três dimensões essenciais: a preparação prévia, a capacidade de intervenção estruturada e a atuação sustentada na melhor evidência científica. Este enquadramento posiciona o EE não apenas como prestador direto de cuidados, mas como agente estratégico de resiliência organizacional, apto a garantir a continuidade assistencial e a reduzir riscos em contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade. Assim, a consolidação desta competência implica alinhar permanentemente a prática clínica com os princípios de segurança, eficácia e eficiência, em consonância com os referenciais normativos e científicos vigentes.

4.3. PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FALÊNCIA ORGÂNICA

A terceira competência do EEEMCE-PSC, transversal a todas as áreas de prestação de cuidados, consiste em “maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante o doente em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19364).

As IACS representam um dos principais desafios para os sistemas de saúde, dado o seu impacto clínico, económico e social. Estas são adquiridas no contexto da prestação de cuidados em ambiente hospitalar ou noutras unidades de saúde, resultando frequentemente em custos acrescidos e em maior dependência funcional após a alta hospitalar (Gonçalves & Carmo, 2022). Definem-se como IACS todas as doenças infecciosas identificadas clinicamente, microbiologicamente ou epidemiologicamente durante o internamento ou intervenção clínica, ainda que os sintomas não se manifestem nesse período (Guevara Patino, 2024). Neste enquadramento, o risco de infeção é particularmente acrescido na PSC, associando-se ao envelhecimento, à presença de comorbilidades e estados de imunossupressão, ao internamento prolongado, à ventilação mecânica, à realização de procedimentos invasivos, à presença de dispositivos médicos invasivos e à antibioterapia por via endovenosa (Monegro et al., 2024). Estes pressupostos, relevam a necessidade de uma intervenção diferenciada do EEEMC-PSC, norteada para a prevenção, vigilância e atuação precoce.

O Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (Diário da República, 2021) estabelece como prioridade estratégica a prevenção e o controlo das infeções e da resistência aos

antimicrobianos, operacionalizando este objetivo através do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Este programa integra linhas estratégicas que se articulam diretamente com esta competência: vigilância epidemiológica, monitorização do consumo de antimicrobianos e das resistências; promoção da adesão e cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) e das precauções baseadas na via de transmissão; implementação de feixes de intervenções baseadas em evidência; desenvolvimento de programas de apoio à prescrição antimicrobiana - com produção de normas e orientações; bem como, a formulação de metodologias de capacitação comportamental e a promoção da literacia em saúde dos cidadãos sobre esta temática (Diário da República, 2021). No estágio, percecionou-se a articulação real destas orientações, através do acompanhamento dos enfermeiros de ligação ao GCL- PPCIRA, responsáveis por garantir o cumprimento dos procedimentos e circuitos de prevenção e controlo de infeção, em particular os relacionados com as vias de transmissão (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

As PBCI correspondem a um conjunto de práticas destinadas a prevenir a transmissão cruzada de infeções, devendo ser aplicadas a todos os doentes (Lacerda et al., 2014) . Deste modo, com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas e de garantir a segurança do doente, dos profissionais de saúde e de todos os que contactam com os serviços de saúde, foram consideradas durante o estágio diversas medidas, designadamente: a colocação adequada dos utentes com risco acrescido de transmissão cruzada; a higienização das mãos nos cinco momentos recomendados; a adoção de etiqueta respiratória para minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou por gotículas; a utilização adequada de Equipamento de Proteção Individual, incluindo luvas, aventais, batas, máscaras e proteção ocular ou facial; a descontaminação do equipamento clínico potencialmente contaminado; o controlo ambiental através da limpeza e organização dos espaços; o manuseamento seguro da roupa hospitalar; a recolha segura de resíduos; a adoção de práticas seguras na preparação e administração de injetáveis com recurso a técnica asséptica; e a prevenção da exposição ocupacional a microrganismos no local de trabalho (Direção-Geral da Saúde, 2022c).

Atualmente, segundo o Despacho n.º 10901/2022, o PPCIRA estabelece metas e objetivos orientados para a redução da ocorrência de IACS com maior impacto clínico, através da implementação de quatro feixes de intervenções: prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, da infeção do local cirúrgico e da infeção urinária associada a cateter vesical (Ministério da Saúde, 2022).

Neste âmbito, consultamos e integramos as orientações propostas pelo GCL-PPCIRA, bem como as diretrizes das Comissões de Controlo de Infeção. Relativamente à PAI, participou-se na

implementação do respetivo *bundle* de prevenção, que inclui a realização de higiene oral regular, a elevação da cabeceira da cama $\geq 30^\circ$, a manutenção dos circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionais, a titulação mínima de sedação, a avaliação diária da possibilidade de extubação e a monitorização da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (Direção-Geral da Saúde, 2022d).

Em relação à prevenção da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, foram desenvolvidas intervenções recomendadas quanto à sua manutenção e manuseamento, tais como o uso de equipamento de proteção individual (touca, máscara, bata e luvas estéreis), a preparação do material com técnica asséptica, a desinfeção das conexões e antisepsia da pele com cloro-hexidina a 2% em álcool, a higiene das mãos, a troca do penso com técnica asséptica, e a vigilância do local de inserção (Direção-Geral da Saúde, 2022e).

Já quanto à prevenção da infeção associada ao cateter vesical efetuou-se a avaliação diária da necessidade da PSC ser portadora do mesmo, evitando a sua utilização sempre que possível (Direção-Geral da Saúde, 2022f). Consentaneamente foram desenvolvidas intervenções, utilizando técnica asséptica na inserção do cateter e realizando técnica limpa na manipulação do mesmo. Foi também assegurada a higiene diária do meato uretral, a manutenção do sistema de drenagem fechado e corretamente posicionado, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (Direção-Geral da Saúde, 2022f).

No que se refere à prevenção da infeção do local cirúrgico procedeu-se à implementação de intervenções como a realização de banho com cloro-hexidina antes da cirurgia (no dia anterior e pelo menos 2 horas antes), a administração de profilaxia antibiótica até 60 minutos antes da incisão, quando indicada, e a evicção da tricotomia, utilizando máquina de corte apenas quando necessário. Integrámos ainda o controlo da glicemia, mantendo valores ≤ 180 mg/dl nas primeiras 24 horas após a cirurgia (Direção-Geral da Saúde, 2022g).

Por último, colaborámos na operacionalização de protocolos de rastreio microbiológico - em consonância com as diretrizes nacionais - incluindo testes sistemáticos a doentes transferidos ou recentemente internados, com especial realce para a deteção de Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos e *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina. Esta metodologia traduz, de forma aplicada, o papel do EEEMC-PSC na vigilância ativa e na prevenção da disseminação intra-hospitalar (Direção-Geral da Saúde, 2022c).

Neste sentido, tornou-se claro que a competência em análise não se esgota na aplicação de normas ou protocolos, mas exige do EEEMC-PSC uma postura crítica capaz de interpretar orientações,

liderar processos de prevenção, monitorizar indicadores e ajustar intervenções à especificidade de cada PSC. Assim, a articulação entre regulamentação, políticas nacionais e práticas clínicas observadas contribuiu de forma decisiva para a consolidação desta competência, afirmando o EE como elemento central na prevenção e controlo da infeção em cenários de elevada complexidade.

4.4. CONTRIBUTO DA COMPONENTE CLÍNICA PARA O DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL ENQUANTO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros, no preâmbulo do Regulamento n.º 140/2019, sublinha que os cuidados de saúde e, em particular, os cuidados de enfermagem assumem uma relevância acrescida, exigindo um nível elevado de especialização e rigor técnico-científico. A diferenciação e especialização tornaram-se, assim, elementos indispensáveis no percurso dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

Neste enquadramento, o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à PSC não se limita à aquisição de conhecimentos técnicos, mas implica um processo contínuo de reflexão crítica, integração contextual e reconstrução do pensamento clínico (Jiménez-Gómez et al., 2019). Esta dinâmica de maturação profissional constitui a base para a estruturação de saberes concretos e para a produção de ganhos efetivos em saúde (Benner, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A prática clínica em contextos de elevada complexidade promoveu a consolidação de competências técnicas e de tomada de decisão em situações de instabilidade clínica, exigindo pensamento crítico sustentado em evidência (Canga-Armayor, 2024). Simultaneamente, favoreceu o aperfeiçoamento de competências relacionais e comunicacionais, nomeadamente na articulação com equipas multidisciplinares e no apoio a famílias em sofrimento, dimensões reconhecidamente centrais na humanização dos cuidados neste domínio da prestação de cuidados (Krimshstein et al., 2011).

A reflexão crítica sobre a experiência prática constituiu um eixo estruturante deste percurso, permitindo integrar conhecimento teórico e vivência clínica, fundamentar decisões e transformar situações complexas em recursos formativos para contextos futuros (Liu et al., 2022). Exemplos concretos, como a gestão de doentes em instabilidade hemodinâmica, mostraram como a análise pós-ação consolidou aprendizagens e potenciou a autonomia profissional.

A componente clínica contribuiu ainda para o desenvolvimento pessoal, potenciando a resiliência, a gestão do stress e a inteligência emocional. Em cenários de urgência/emergência, a capacidade de manter a calma, agir com clareza e lidar com emoções intensas — próprias e das pessoas

envolvidas — revelou-se essencial para assegurar cuidados de qualidade e para sustentar a tomada de decisão em ambiente de elevada cadência e pressão (Shahmari et al., 2025).

Em síntese, a prática em contexto clínico constituiu um contributo determinante para o crescimento pessoal e profissional, permitindo consolidar competências diferenciadas no domínio da monitorização contínua, prevenção e controlo de complicações, suporte orgânico e liderança de cuidados em contextos críticos. Apenas a competência relativa à gestão em cenários de emergência e catástrofe não pôde ser experienciada em situação real, dada a inexistência destes contextos durante o estágio. Ainda assim, a análise de planos de emergência e a preparação teórica garantiram uma base conceptual sólida para o exercício futuro enquanto EEEMC-PSC.

Com o término da descrição e reflexão das competências propostas, e à luz das oportunidades mencionadas, dos referenciais normativos abordados e da evidência científica mobilizada, considerámos alcançar, de forma global, as competências integradas no Regulamento de Competências Específicas do EEEMC-PSC passíveis de desenvolvimento neste percurso, indo ao encontro dos objetivos inicialmente traçados.

PARTE II – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática baseada na evidência constitui uma abordagem fundamental para a tomada de decisão clínica, articulando a melhor evidência científica disponível, a experiência profissional e as preferências e valores individuais. Este modelo permite melhorar a eficácia dos cuidados, garantindo simultaneamente maior segurança e melhores resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE da Ordem dos Enfermeiros (2019), estes profissionais devem basear a sua prática clínica na investigação e no conhecimento na área de especialidade. No que concerne ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, das competências do EEEMC-PSC, este fundamenta as suas decisões e intervenções em conhecimento atual, rigoroso e relevante, desempenhando um papel ativo tanto na promoção da aprendizagem como no desenvolvimento da investigação em Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Paralelamente, ao EEEMC-PSC compete mobilizar competências específicas que lhe permitam responder de forma diferenciada às necessidades complexas da PSC e da sua família, nomeadamente na gestão da instabilidade clínica, na vigilância contínua e na tomada de decisões rápidas e fundamentadas. Segundo o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, é da sua responsabilidade assegurar intervenções avançadas centradas na pessoa, integrando o raciocínio clínico com os dados provenientes da evidência científica. Assim, a prática baseada na evidência constitui um dos pilares essenciais para a prestação de cuidados de elevada qualidade em contextos de alta complexidade e risco. Neste âmbito, o EEEMC-PSC, sustenta a sua intervenção numa abordagem centrada na pessoa, promovendo cuidados individualizados que visam o bem-estar global (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Entre os domínios do bem-estar físico, destaca-se a promoção do sono. O sono reparador contribui para a estabilidade hemodinâmica, a regulação imunitária e o equilíbrio emocional, sendo essencial que o enfermeiro identifique precocemente os fatores que interferem com o repouso e implemente estratégias baseadas na evidência para promover um ambiente terapêutico adequado (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Adicionalmente, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) reconhece o sono como um foco prioritário de atenção dos enfermeiros, refletindo a sua importância para a saúde e o bem-estar (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). Simultaneamente, a promoção do sono pode enquadrar-se nos Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, na medida em que contribui para os níveis de satisfação do doente e para a sua recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Com a implementação de estratégias neste domínio, o EEEMC-PSC pode

minimizar o impacto negativo no doente, provocado por mudanças de ambiente forçadas por necessidades no processo de prestação de cuidados, através de intervenções autónomas e interdependentes, assim como referenciar situações problemáticas para outros profissionais envolvidos nos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Neste sentido, com objetivo de alcançar as competências acometidas a este âmbito, desenvolvemos um conjunto de tarefas organizadas em duas etapas.

Num primeiro momento, com base na unidade curricular de “Investigação em Enfermagem”, foram desenvolvidas competências relevantes na pesquisa, análise e aplicação da evidência científica. Durante a componente teórica do mestrado, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem na promoção do sono na PSC. Este processo culminou na elaboração e divulgação de um artigo científico intitulado *“Intervenções de enfermagem na promoção do sono em doentes críticos”* (Anexo III). Com base nos resultados obtidos, procedeu-se à transposição dos principais construtos teóricos para a prática clínica nos contextos de estágio, visando alinhar os cuidados prestados com a melhor evidência disponível.

Num segundo momento, na prossecução da mesma, foi construído e implementado um PIS, fundamentado na evidência científica produzida e no diagnóstico situacional de cada local, com o objetivo de sensibilizar as equipas de enfermagem para a importância do sono de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados à PSC. Todos os contextos em análise, inseriam-se em estruturas tipo *open space*, com elevada rotatividade de doentes e presença contínua de profissionais, o que compromete a criação de um ambiente propício ao descanso. Esta realidade foi identificada como transversal aos SMI e UCIC, sendo também observada em SU que disponham de salas dedicadas, com características organizacionais semelhantes às das unidades de cuidados intensivos intermédios.

Nos subcapítulos consecutivos procede-se à descrição das tarefas desenvolvidas nos momentos anteriormente identificados.

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A Medicina Intensiva configura-se como um domínio clínico altamente especializado e transdisciplinar, centrado na abordagem de situações clínicas agudas e graves, potencialmente reversíveis, em doentes com disfunção vital iminente ou já instalada. Esta tem vindo a assumir um papel crescente na estrutura hospitalar, representando uma proporção significativa dos recursos de cuidados agudos, e contribuindo de forma decisiva para a avaliação e tratamento do doente crítico, tanto nas unidades de cuidados intensivos como noutras áreas hospitalares (Ministério da Saúde, 2013).

Os SMI são locais especializados para prestação de cuidados a doentes em estado crítico, exigindo monitorização contínua e intervenções rápidas em ambientes de elevada complexidade (ACSS, 2024). Sustenta-se que os SMI devem assumir a responsabilidade pela vigilância e tratamento do doente crítico em qualquer ponto do hospital, nomeadamente nas salas de emergência, nas unidades intensivas ou intermédias, e no internamento geral, através da atuação das equipas de emergência interna e da consultadoria especializada (Ministério da Saúde, 2017).

A PSC é conceptualizada como aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Neste enquadramento, o ambiente e as dinâmicas da prestação de cuidados nos SMI, podem interferir na satisfação das necessidades básicas, nomeadamente o sono. A este respeito, Bani Younis & Hayajneh (2018) referem que cerca de 50% dos doentes internados neste contexto apresentam distúrbios neste domínio.

O sono é um estado neurofisiológico caracterizado pela redução da atividade corporal e da consciência - associado à diminuição do metabolismo, da sensibilidade e à manutenção de uma postura imóvel. Trata-se, contudo, de um estado reversível mediante estímulos externos (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Este processo é essencial para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo, sendo que a sua privação resulta na alteração do ciclo circadiano e afeta negativamente funções cognitivas como a concentração e a orientação. (Elliot et al, 2011). A disfunção do sono encontra-se ainda associada a alterações fisiológicas, associadas ao sistema imunológico, distúrbios psicológicos, alterações na termorregulação, perturbações metabólicas e diminuição da qualidade de vida (Pulak & Jensen, 2016). Apesar da sua relevância, é frequentemente subvalorizado em contexto de cuidados intensivos, onde os profissionais tendem a priorizar intervenções técnicas orientadas para a manutenção das funções vitais (Elliott et al., 2013). Esta realidade evidencia a necessidade de integrar estratégias de promoção do sono como parte integrante dos cuidados de

enfermagem, numa perspetiva centrada na pessoa e sustentada na melhor evidência científica (Pulak & Jensen, 2016).

Face ao exposto, a promoção de um período contínuo de 4 a 8 horas de sono noturno deve ser privilegiada nas PSC (Souza et al., 2018). Para tal, devem ser implementadas estratégias, tendo em conta a exposição a múltiplos fatores internos, comportamentais e ambientais que interferem neste processo. A modificação de fatores - como o controlo do ambiente e a minimização do ruído durante a noite - tem sido um dos principais focos de investigação, percecionando-se não só a sua eficácia na promoção do sono, como na prevenção de episódios de confusão aguda e *delirium* (Singleterry & Caulfield, 2021; Sousa et al., 2019). Segundo Armayones Ruiz et al. (2023), em contexto hospitalar, as interrupções do sono resultam de uma combinação de fatores ambientais e biocognitivos, como a dor, a luz intensa, a ansiedade e stress, o ruído (proveniente de equipamentos médicos ou da comunicação entre doentes e profissionais de saúde), bem como, os procedimentos de prestação de cuidados *per sí*.

Neste enquadramento o enfermeiro pode minimizar o impacto negativo, decorrente das mudanças de ambiente forçadas pelo processo de prestação de cuidados, através de intervenções autónomas e interdependentes (Ordem dos Enfermeiros, 2001). A adoção de estratégias não farmacológicas para a promoção do sono pode contribuir significativamente para a melhoria dos resultados clínicos e da experiência da PSC, proporcionando um ambiente propício ao descanso e recuperação.

Tendo em conta os pressupostos apresentados, definimos como questão de investigação: "Quais as intervenções de enfermagem na promoção do sono em doentes críticos nas UCI?". O presente estudo tem como objetivo identificar e descrever a evidência científica relativa às intervenções de enfermagem promotoras do sono em doentes internados em UCI.

1.1 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido com recurso à metodologia de revisão integrativa da literatura. Esta estratégia permite compilar e analisar criticamente estudos já publicados, possibilitando a formulação de conclusões abrangentes sobre uma área específica do conhecimento. Deste modo potencia-se a tomada de decisão informada, bem como, a melhoria contínua da prática clínica (Sousa et al., 2017).

Este processo foi conduzido de forma sequencial, segundo as orientações de Sousa et al. (2017), que compreendem: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos/amostragem ou pesquisa da literatura; 3) determinação das informações a serem extraídas

dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados e, 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

A questão de investigação foi elaborada com base na metodologia PICO, conforme proposta por Santos et al. (2007) sendo que o participante (P) corresponde ao doente internado em UCI; a intervenção (I) remete para as intervenções de enfermagem; e o resultado (O) compreende a promoção do sono. O parâmetro de comparação (C), não foi considerado aplicável ao presente estudo. Os critérios de inclusão e exclusão definidos encontram-se apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos publicados entre 2018-2024; • Texto integral de acesso livre; • Idioma: inglês ou espanhol; • Contexto: UCI; • PSC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes com menos de 18 anos; • Abordagens medicamentosas; • Estudos que não respondem ao objetivo.

A pesquisa foi realizada entre maio e junho de 2024, nas bases de dados: Pubmed, CINAHL Complete e Medline Complete, através da plataforma EBSCOhost. Foram utilizados descritores em língua inglesa validados na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Sleep AND Nurs* AND Intensive care AND Intervention NOT Pediatric.*

1.2 RESULTADOS

O processo de triagem dos artigos, esquematizado no fluxograma (Figura 1), baseou-se numa adaptação do modelo PRISMA proposto por Page et al. (2021). Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos 169 estudos inicialmente identificados, selecionaram-se quatro para análise final.

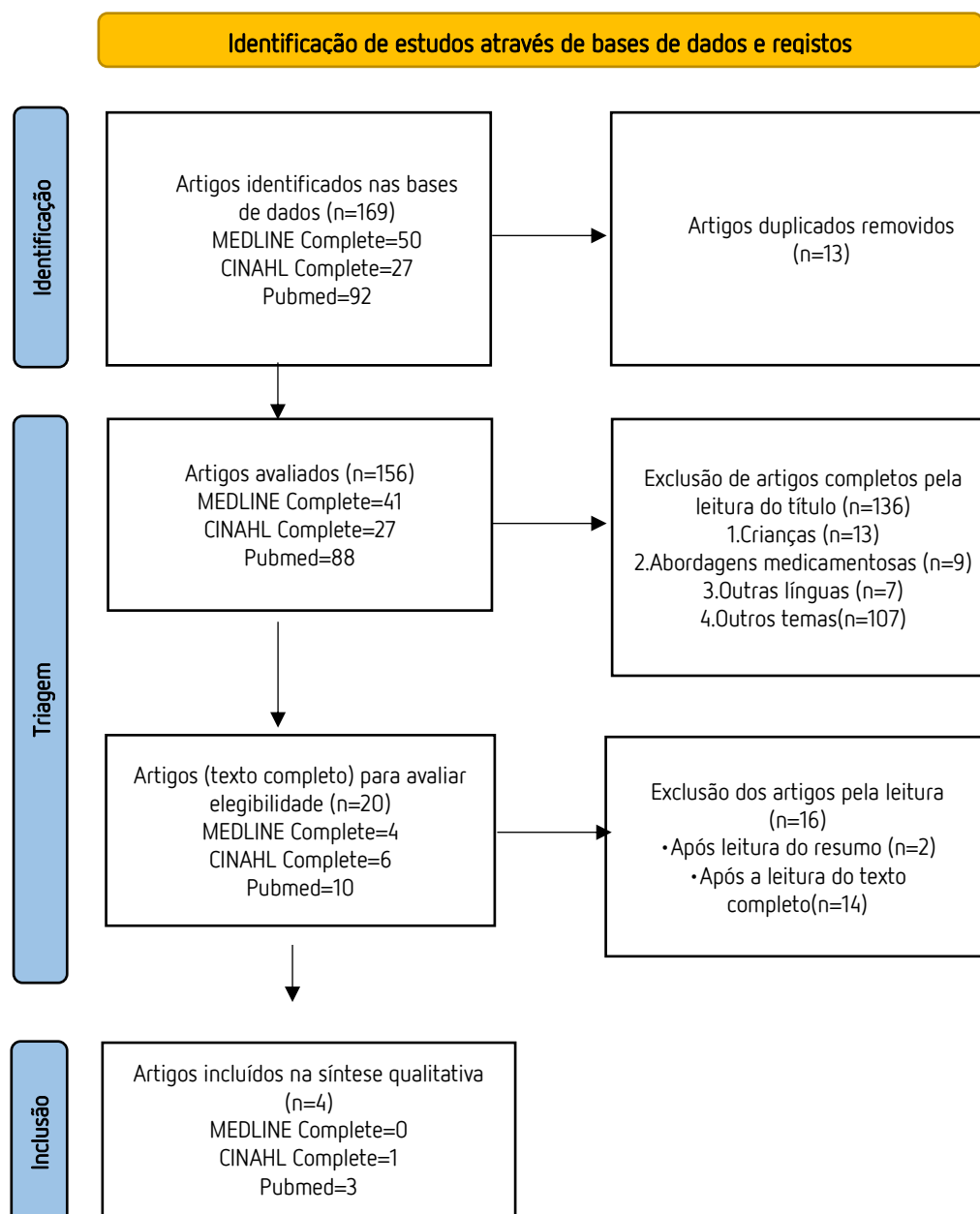


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos que integram a Revisão Integrativa da Literatura

De forma a simplificar a análise dos dados, foi desenvolvida uma ferramenta para organizar os estudos selecionados segundo os seguintes critérios: a) identificação do estudo (autores, ano de publicação, título e país); b) tipo de estudo e instrumento de colheita de dados; c) caracterização da amostra/participantes; d) objetivo geral e e) principais conclusões (Quadro 2).

Quadro 2 – Síntese dos estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

	<u>Identificação do estudo</u>	<u>Tipos de estudo</u> <u>Instrumento de colheita</u> <u>de dados</u>	<u>Participantes/Amostra</u>
<u>Artigo 1</u>	Knauert, M. P., Redeker, N. S., Yaggi, H. K., Bennick, M., & Pisani, M. A. 2018 "Creating Naptime: An Overnight, Nonpharmacologic Intensive Care Unit Sleep Promotion Protocol" Estados Unidos da América	Ensaio clínico. Foi utilizada uma revisão da literatura, a análise de registos e a realização de entrevistas para desenvolver um protocolo clínico.	40 doentes internados em UCI
<u>Objetivo geral</u>	Desenvolver com base na revisão da literatura um protocolo chamado " <i>Naptime</i> ", destinado à implementação de estratégias não farmacológicas para promoção do sono do doente em UCI.		
<u>Principais conclusões</u>	Para a criação do protocolo " <i>Naptime</i> ", foi definido um período entre as 00h00 e as 04h00 durante o qual se procurou minimizar todas as interrupções não essenciais, promovendo um ambiente favorável ao sono dos doentes. As intervenções implementadas incluíram: 1) gestão e redução do ruído ambiental; 2) consolidação dos cuidados para evitar múltiplas interrupções; 3) realização apenas de procedimentos urgentes durante esse período; 4) gestão dos alarmes; e 5) diminuição da intensidade luminosa. As infrações ao protocolo ocorreram sobretudo devido à necessidade de procedimentos médicos e de enfermagem, tanto urgentes como não urgentes como à realização de colheitas laboratoriais e a aspiração de secreções. Assim, apesar das intervenções implementadas, os principais fatores identificados que continuaram a comprometer a qualidade do sono noturno foram o ruído persistente, a prestação contínua de cuidados durante a noite e fatores psicológicos, como a ansiedade.		

Artigo 2	Edvardsen, J. B., & Hetmann, F.	Revisão de literatura	22 artigos
	2020		
	"Promoting Sleep in the Intensive Care Unit"		
	Noruega		
<u>Objetivo geral</u>	Elaborar um conjunto de recomendações direcionadas aos cuidados de enfermagem que promovam a qualidade do sono de doentes em UCI.		
<u>Principais conclusões</u>	Para promover um sono reparador nestes doentes, recomenda-se: 1) a redução do ruído ambiental, nomeadamente através da diminuição do tom de voz e da personalização dos níveis dos equipamentos e alarmes; 2) uso de tampões auriculares e máscara ocular; 3) a musicoterapia, através de música suave; 4) o controlo da dor; 5) a implementação de períodos de silêncio ou <i>quiet time</i> ; 6) a promoção do ritmo circadiano, através do acesso à luz natural e diminuição dos estímulos noturnos; 7) a agregação dos cuidados de enfermagem no período noturno; e por último, 8) a otimização dos parâmetros ventilatórios.		
Artigo 3	Pal, J., Taywade, M., Pal, R., & Sethi, D.	Revisão de literatura	10 artigos
	2022		
	"Noise Pollution in Intensive Care Unit: A Hidden Enemy affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers."		
	Índia		
<u>Objetivo geral</u>	Analisar a origem e os efeitos do ruído em UCI, bem como identificar estratégias eficazes para a sua redução, com vista à melhoria do conforto e da qualidade do sono dos doentes internados.		
<u>Principais conclusões</u>	Os resultados demonstram que o ruído aumenta o consumo de oxigénio, intensifica a necessidade de analgesia e sedação, perturba o ritmo circadiano e agrava os distúrbios do sono. Embora o limite máximo recomendado para o som em ambientes de cuidados intensivos seja de 35 dB, diversos estudos relataram que a medição foi sempre mais elevada, mesmo com a implementação de intervenções destinadas à sua redução. A gestão do ruído assume um papel relevante na promoção do sono, uma vez que é um dos fatores predominante associados à sua perturbação. Apenas a combinação de estratégias se mostrou eficaz na redução sustentada dos níveis de ruído. Este estudo evidenciou uma parte significativa do ruído é proveniente da		

	comunicação entre os profissionais ou com os doentes, alarmes de equipamentos, abertura e fecho de portas, circulação de pessoas e prestação direta de cuidados de enfermagem.		
Artigo 4	Huang, D., Li, Y., Ye, J., Liu, C., Shen, D., & Lv, Y.	Revisão sistemática e meta-análise	31 artigos
	2023		
	"Different nursing interventions on sleep quality among critically ill patient: A systematic review and network meta-analysis"		
	China		
Objetivo geral	Avaliar o impacto de diferentes intervenções de enfermagem não farmacológicas na qualidade do sono de doentes críticos internados em UCI.		
Principais conclusões	<p>Foram analisadas as seguintes intervenções /estratégias: 1) prestação de cuidados adaptada, 2) aromaterapia, 3) uso de protetores auriculares, 4) máscara ocular, 5) musicoterapia, 6) massagem relaxamento e 7) meditação com recurso a realidade virtual.</p> <p>Entre estas, as máscaras oculares e os protetores auriculares – isoladamente ou em conjunto - destacam-se como as intervenções mais eficazes na melhoria da qualidade do sono em doentes críticos. A implementação de um pacote de cuidados integrando música, máscaras oculares e protetores auriculares demonstrou ser eficaz na redução das perturbações do sono em ambiente de cuidados intensivos.</p>		

A pesquisa desenvolvida resultou na análise de quatro estudos publicados em diferentes países - Estados Unidos, Noruega, China e Índia - o que evidencia que a promoção do sono na PSC constitui uma preocupação transversal à prática de enfermagem a nível internacional. Nos estudos identificados foram utilizadas diferentes metodologias de investigação, incluindo um ensaio clínico e três revisões da literatura. No total, foram analisados 62 artigos provenientes das revisões, evidenciando uma base alargada de contributos científicos sobre a temática.

No âmbito da resposta à questão de revisão, procedeu-se à identificação das estratégias e intervenções de promoção do sono reportadas nos estudos selecionados, sintetizados na Tabela 1.

Tabela 1. Compilação das principais estratégias e intervenções descritas nos estudos analisados

Identificação do artigo	Estratégias e intervenções para promoção do sono em UCI
Artigo 1	<p>Criação de um protocolo <i>Quiet Time</i>; Gestão e redução do ruído ambiental; Coordenação de intervenções para evitar múltiplas interrupções; Prestação de cuidados de higiene e conforto antes do período noturno (higiene oral, aspiração de secreções, posicionamento e decúbitos); Realização noturna de apenas procedimentos urgentes; Gestão dos alarmes de monitorização; Diminuição da intensidade da luz ambiente; Uso de protetores auriculares e máscaras oculares.</p>
Artigo 2	<p>Redução do ruído ambiental (diminuição do tom de voz, e volume dos equipamentos); Gestão dos alarmes de monitorização; Uso de tampões auriculares e máscara ocular; Musicoterapia, através de música suave; Controlo da dor; Implementação de protocolo <i>Quiet Time</i>; Promoção do ritmo circadiano, através do acesso há luz natural e diminuição dos estímulos noturnos; Agregação dos cuidados de enfermagem no período noturno; Gestão dos horários da medicação; Otimização dos parâmetros ventilatórios.</p>
Artigo 3	<p>Gestão do ruído; Redução do ruído ambiental; Evitar interrupções do período de sono; Uso de protetores auriculares e máscaras oculares.</p>
Artigo 4	<p>Coordenação de intervenções; Aromaterapia; Uso de protetores auriculares e máscara oculares; Musicoterapia; Massagem relaxamento; Meditação com recurso a realidade virtual.</p>

1.3 DISCUSSÃO

Relativamente aos fatores preponderantes associados às alterações do sono identificados em UCI, estes podem ser organizados em três dimensões: ambiental, organizacional e centrada na pessoa. Com base nos estudos analisados, observa-se que as intervenções mais eficazes incidem principalmente sobre a modificação do ambiente, a reorganização dos cuidados e a resposta individualizada às necessidades fisiológicas e emocionais da PSC. Os resultados sugerem que a implementação de estratégias interligadas e adaptadas contextualmente contribui para a promoção do sono em UCI, evidenciando impactos positivos no bem-estar global da PSC (Edvardsen & Hetmann, 2020; Huang et al., 2023; Knauert et al., 2018; Pal et al., 2022).

No âmbito da dimensão ambiental, as estratégias mais evidenciadas incluem a redução do ruído, tanto através da gestão dos alarmes e equipamentos médicos, como pela moderação do volume de voz dos profissionais, doentes e visitas (Edvardsen & Hetmann, 2020; Knauert et al., 2018; Pal et al., 2022). Estes resultados corroboram o estudo de Pedreirinho et al. (2016) que descreve que o elevado número de alarmes e equipamentos predispõem à fadiga, intensificam a perceção de stress, prejudicam o repouso, e predispõem ao aumento do uso de analgésicos e ansiolíticos.

A criação de períodos de silêncio - resultantes de iniciativas organizacionais estruturadas - designadas como *Quiet Time* ou *Naptime*, foi amplamente evidenciada como uma medida eficaz na minimização dos estímulos sonoros e visuais durante a noite (Edvardsen & Hetmann, 2020; Knauert et al., 2018). A gestão da luminosidade das infraestruturas, com a promoção do acesso à luz natural durante o dia e a redução da luz artificial no período noturno, foi igualmente reconhecida como uma estratégia benéfica para a regulação do ciclo circadiano (Edvardsen & Hetmann, 2020).

Quanto à prossecução de tarefas clínicas, destacaram-se intervenções como a coordenação dos cuidados de enfermagem, que visam evitar interrupções sucessivas e desnecessárias durante a noite (Edvardsen & Hetmann, 2020; Huang et al., 2023; Knauert et al., 2018; Pal et al., 2022). A agregação dos procedimentos, incluindo higiene oral, o posicionamento e a prevenção de úlceras de pressão - antes do início do período de repouso - demonstrou ser uma prática recomendada para minimizar perturbações (Knauert et al., 2018; Pal et al., 2022). Paralelamente, a gestão dos horários de medicação e a realização exclusiva de procedimentos urgentes, constituem medidas relevantes para promover a continuidade dos períodos de sono (Edvardsen & Hetmann, 2020).

No contexto das intervenções centradas na PSC, sublinha-se a gestão da dor - com foco na avaliação, monitorização e administração de analgesia - e o ajuste dos parâmetros ventilatórios -

de modo a reduzir o desconforto e possíveis distúrbios respiratórios durante o sono (Edvardsen & Hetmann, 2020).

Adicionalmente, algumas estratégias apresentam potencial terapêutico, sendo evidenciada a eficácia da utilização de interfaces físicos - nomeadamente máscaras oculares e protetores auriculares - empregues isoladamente ou em combinação (Edvardsen & Hetmann, 2020; Huang et al., 2023; Knauert et al., 2018; Pal et al., 2022). Este resultado corrobora a meta-análise de Beswick et al. (2023), que identifica as máscaras oculares como o interface físico mais eficaz para promover o sono, seja isoladamente ou em combinação com protetores auriculares. Contudo, os autores não atestam o facto de os protetores auriculares serem utilizados isoladamente uma vez que não demonstrou melhorias significativas.

Intervenções como a musicoterapia, com recurso a música calma, foram referidas por Edvardsen & Hetmann (2020) e Huang et al. (2023), como estratégias eficazes na promoção do sono em ambiente hospitalar. Estes achados são corroborados por Beswick et al. (2023), que destaca a eficácia deste tipo de intervenções, através da utilização de música instrumental, sons da natureza e composições especificamente criadas para induzir o sono.

Embora menos evidenciadas, intervenções como a aromoterapia, a massagem de relaxamento, e a meditação – enquadradas nas terapias complementares - foram referidas por Huang et al., (2023) e Knauert et al. (2018). Estas intervenções não farmacológicas demonstraram impacto positivo na qualidade do sono, promovendo uma experiência de internamento mais humanizada e menos disruptiva.

Em suma, os estudos analisados reforçam a importância da atuação estruturada dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, na identificação dos fatores que comprometem o sono e na implementação de estratégias centradas na pessoa, de modo a favorecer o descanso, a recuperação e o bem-estar geral das PSC em UCI. Não obstante, destaca-se como principal limitação deste estudo, o número reduzido de ensaios clínicos randomizados, que avaliem, com rigor metodológico, os efeitos da implementação de intervenções não farmacológicas nos distúrbios do sono neste contexto particular.

1.4 CONCLUSÃO

A elaboração desta revisão da literatura evidencia estratégias e intervenções não farmacológicas para a promoção do sono das PSC em UCI, demonstrando a viabilidade da sua implementação na prática clínica. A maioria destas intervenções revela-se segura, não invasiva e passível de ser aplicada autonomamente pelos enfermeiros, constituindo assim, um recurso valioso para orientar a

sua prática profissional. É, portanto, essencial que os enfermeiros reconheçam o papel fundamental do sono no processo de recuperação destes doentes e adotem estratégias que promovam um ambiente propício ao descanso.

A análise dos estudos revela que as intervenções mais eficazes são multifatoriais e abrangem três dimensões: a ambiental, a organizacional e a centrada no doente. Destacam-se medidas como a gestão do ruído e da luminosidade, a implementação de períodos de *Quiet Time*, o uso de auxiliares físicos como protetores auriculares e máscaras oculares, a coordenação da prestação de cuidados noturnos e o controlo eficaz da dor. Estas intervenções demonstram impacto positivo na melhoria da qualidade do sono e, conseqüentemente, na recuperação clínica, emocional e funcional das PSC. Embora com menor destaque, foram também identificadas intervenções como, o ajuste dos parâmetros ventilatórios, a musicoterapia e terapias complementares com potencial terapêutico relevante.

Contudo, esta revisão evidenciou lacunas na literatura, nomeadamente a escassez de estudos primários, que avaliem a eficácia destas intervenções de forma sistemática. Adicionalmente, a evidencia atual não permite estabelecer um consenso quanto ao tempo de sono ideal a ser promovido nestes contextos, nem quais as estratégias - isoladas ou combinadas - mais eficazes na sua promoção. Assim, recomenda-se o desenvolvimento de investigação futura que permita consolidar estas intervenções e padronizar protocolos, contribuindo para cuidados mais humanizados e centrados na PSC.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O PIS fundamenta-se na identificação de um problema específico no contexto da prática clínica, seguindo-se a implementação de estratégias orientadas para a sua resolução. Esta metodologia constitui uma mais-valia para as organizações e para os profissionais, ao promover a melhoria contínua dos cuidados prestados e dos contextos de trabalho. Simultaneamente, permite investigar o impacto das intervenções realizadas, favorecendo uma prática sustentada na evidência científica (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Para além de fomentar a transformação da realidade clínica, esta abordagem investigativa contribui para o desenvolvimento de competências na conceção e operacionalização de projetos, articulando o conhecimento teórico com a prática profissional. Neste âmbito, após a análise da situação-problema, são delineados métodos e técnicas que visam implementar mudanças sustentadas e eficazes, reforçando a ligação entre reflexão científica e intervenção prática (Ruivo et al., 2010).

Dando continuidade à revisão integrativa da literatura apresentada anteriormente, este capítulo pretende descrever o projeto que desenvolvemos, centrado numa proposta de implementação de um protocolo de promoção do sono dirigida à PSC. Esta iniciativa contempla as necessidades identificadas no contexto dos estágios de natureza profissional, bem como, os objetivos de desenvolvimento de competências associadas ao EEEMS-PSC previamente definidos.

Para o efeito, adotou-se a metodologia de trabalho de projeto sugerida por Ruivo et al. (2010), que estrutura a intervenção em fases sequenciais e interdependentes, respetivamente: 1) Diagnóstico da situação, 2) Definição dos objetivos, 3) Planeamento, 4) Execução, 5) Avaliação e 6) Divulgação dos resultados alcançados.

2.1. DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação constitui a etapa inicial do PIS e é fundamental para a compreensão estruturada da realidade em análise. Esta fase tem como finalidade identificar e caracterizar o problema ou necessidade existente, através da investigação integrada e aprofundada das necessidades da população-alvo. A informação obtida permite delinear intervenções orientadas para a qualidade e sustentadas na evidência científica. Trata-se de um processo dinâmico, que exige uma atualização contínua da caracterização do contexto, assegurando a pertinência das estratégias a implementar (Ruivo et al., 2010).

A evidência científica demonstra que o sono inadequado nas PSC compromete a saúde física, o bem-estar psicológico e a recuperação física (van den Ende et al., 2022), podendo prolongar o

internamento e influenciar negativamente a perceção dos cuidados prestados (Morse & Bender, 2019). Neste enquadramento, cabe ao EEEMC-PSC implementar estratégias fundamentadas na evidência que promovam o conforto e a convalescença da PSC, integrando esta dimensão nos cuidados especializados e centrados na pessoa.

A observação das condições físicas, práticas e dinâmicas dos contextos de estágio evidenciou a necessidade de intervir perante a temática. As intervenções identificadas na revisão da literatura revelaram-se passíveis de aplicação não apenas no contexto do SMI, mas também na UCIC, uma vez que ambas partilham semelhanças ao nível da sua estrutura organizacional e metodologia de trabalho. De igual forma, no SU onde decorreu o estágio profissional – especificamente na Unidade da Área Médica 1 – observam-se características funcionais análogas, o que justifica a pertinência da implementação destas estratégias também neste contexto.

Todos os locais de estágio observados inserem-se em estruturas do tipo *open space*, nas quais coexistem um elevado número de doentes e profissionais de equipas multidisciplinares, inclusive durante o período noturno. Esta configuração compromete as condições necessárias ao repouso, devido à permanência de estímulos contínuos, tais como o ruído, a luz e os procedimentos clínicos constantes.

A observação dos diferentes contextos confirmou a relevância particular da problemática da privação do sono em unidades destinadas à PSC. No SMI, a elevada densidade de profissionais e doentes, aliada à complexidade dos casos, contribui para um ambiente permanentemente ativo, marcado por procedimentos noturnos frequentes, ruído constante e exposição contínua à luz. Na UCIC, embora com menor número de camas, a proximidade entre estas e o espaço físico reduzido comprometem a privacidade e dificultam a gestão eficaz dos estímulos ambientais, nomeadamente ruído e luminosidade. Já no SU, apesar de não estar vocacionado para internamentos prolongados, muitos doentes críticos permanecem durante a noite em áreas como a Unidade Médica 1 ou a Sala de Emergência, aguardando transferência. Esta permanência prolongada em ambientes ruidosos, iluminados e com condições de conforto limitadas compromete seriamente o repouso e evidencia a necessidade de reorganização estrutural e assistencial para mitigar os impactos negativos na qualidade do sono.

Neste enquadramento, no início de cada estágio, foi realizado um contacto informal com os enfermeiros gestores, coordenadores e supervisores de cada serviço, com o intuito de identificar as necessidades no âmbito do desenvolvimento do PIS, bem como, compreender os trâmites associados à sua passível assimilação institucional e funcional. Esta abordagem preliminar permitiu

recolher informações sobre o contexto, práticas institucionais e desafios enfrentados pela equipa de enfermagem, contribuindo para uma compreensão mais clara da realidade profissional. Através desta interação, foi possível alinhar a proposta de intervenção com as necessidades identificadas, promovendo a pertinência e aplicabilidade do PIS a desenvolver.

Tendo por base a informação obtida, nas diferentes unidades, identificou-se a ausência de protocolos, estratégias ou intervenções estruturadas que visassem a prevenção das perturbações do sono e a sua promoção. Todavia, verificou-se sumariamente que, no SMI, existem grupos de trabalho dedicados a distintas temáticas, alguns dos quais atentos à necessidade de discutir o sono. Concretamente, o grupo afeto ao *delírium*, tem procurado encontrar estratégias para o controlo do ruído, reconhecendo o seu impacto. Por sua vez, o grupo da consulta de *follow-up*, tem identificado a dificuldade em dormir como um dos aspetos negativos relatados no período de hospitalização - no entanto não existem dados concretos para caracterizar esta evidência, uma vez que esta consulta foi recentemente implementada. Cumulativamente, e de forma transversal, todos os elementos inquiridos demonstraram interesse, reconheceram a relevância do tema no seu contexto profissional e manifestaram abertura à sua adaptação aos cenários específicos da sua prática clínica.

Face a este quadro - caracterizado pela identificação de problemáticas ambientais e organizacionais, pela ausência de estratégias planificadas e democratizadas, bem como, pelo interesse crescente demonstrado pelas equipas localmente – e tendo em conta a necessidade determinante de promover o bem estar global da PSC, torna-se fundamental que os profissionais de enfermagem desenvolvam competências cada vez mais amplas, diferenciadas e contextualmente integradas, capazes de responder às múltiplas dimensões do cuidar (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Neste enquadramento, o EEEMC- PSC, no seu papel de agente estratégico na promoção da qualidade dos cuidados prestados, assume uma ação central na sensibilização das equipas para a importância da promoção do sono, nos contextos apresentados.

Por último, com o objetivo de consubstanciar o diagnóstico supradescrito, foi considerada a utilização do sistema de análise SWOT (Verboncu & Condurache, 2016) – ferramenta que permite a organização da informação através de quatro quadrantes de análise: forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Esta abordagem possibilita uma avaliação aprofundada dos aspetos favoráveis e desfavoráveis associados à realidade observada, auxiliando e mediando a tomada de decisão em cenários organizacionais complexos (Ruivo et al., 2010).

Quadro 3. Análise SWOT

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> • Interesse da temática por parte das equipas de enfermagem; • Benefício percebido pelos profissionais, no que respeita aos resultados em saúde; • Possibilidade de diminuir as complicações associadas à diminuição da qualidade do sono; • Inexistência de protocolos ou iniciativas sobre a promoção do sono; • Evidência científica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais não sensibilizados para a diminuição do ruído/ promoção do sono durante o período noturno; • Número elevado de doentes com agitação psicomotora; • Relutância da equipe multidisciplinar em modificar comportamentos e rotinas consolidadas.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de ganhos e resultados em saúde globalmente; <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminuição do uso de medidas farmacológicas; ○ Melhor gestão da dor e da agitação psicomotora; • Aumento do indicador de qualidade hospitalar relativo à "satisfação do doente"; • Orientação da prática profissional segundo os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência de autorização para a aquisição de dispositivos/ materiais auxiliares (protetores auriculares, máscaras oculares, gotas para aromaterapia); • Dependência da equipa multidisciplinar para a implementação das medidas necessárias; • Processos de transferência/admissão de doentes provenientes de outros serviços/ unidades. • Aprovação do protocolo pela Direção de Enfermagem.

Deste modo, a análise permitiu uma reflexão crítica global, possibilitando a definição de estratégias que visassem mitigar fragilidades e ameaças, enquanto se valorizaram as forças e se aproveitaram as oportunidades existentes. Deste processo resultou a formulação de ações concretas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, proporcionando um enquadramento sólido para o desenvolvimento do PIS. Seguidamente, apresentamos os objetivos que orientaram a sua implementação.

2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Na sequência do diagnóstico de situação, delineou-se a definição de objetivos que traduzissem os resultados a alcançar. Para tal, planeou-se a sua construção de forma hierarquizada, desde um objetivo geral até objetivos específicos, de modo a orientar o planeamento da intervenção (Ruivo et al., 2010).

Assim, dado o impacto desta problemática na qualidade dos cuidados prestados, definiu-se como objetivo geral:

1. Promover a qualidade de sono em unidades de cuidados dedicadas à PSC;

Para alcançar o objetivo geral definido, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

1. Sistematizar a evidência científica relativa à promoção do sono em unidades de cuidados dedicadas à PSC;
2. Diagnosticar os fatores que interferem na qualidade do sono nas unidades envolvidas;
3. Desenvolver um protocolo de promoção do sono baseado no modelo *Quiet Time*;
4. Propor um protocolo de promoção do sono às equipas de enfermagem das unidades envolvidas;

2.3. PLANEAMENTO

Na fase de planeamento são delineadas as estratégias e ações a serem implementadas para atingir os objetivos propostos. Esta etapa inclui ainda a identificação dos recursos necessários e a definição do cronograma das atividades a desenvolver (Ruivo et al., 2010). Neste enquadramento, em consonância com os objetivos definidos, planearam-se as seguintes atividades:

1. Sistematizar a evidência científica relativa à promoção do sono em unidades de cuidados dedicadas à PSC;
 - a) Mobilizar a revisão da literatura previamente realizada como base teórica do PIS;
 - b) Selecionar os conteúdos da revisão mais relevantes para os objetivos e estrutura da intervenção proposta;
 - c) Elaborar um poster científico com os principais achados da revisão;
 - d) Efetuar a comunicação de um poster num congresso;
2. Diagnosticar os fatores que interferem na qualidade do sono nas unidades envolvidas;
 - e) Reunir com os enfermeiros gestores e coordenadores dos serviços;
 - f) Realizar observação direta das componentes ambientais e funcionais;
 - g) Identificar os fatores disruptivos do sono;

- h) Realizar reuniões informais com profissionais de enfermagem para auscultação qualitativa;
- i) Sistematizar os dados recolhidos num diagnóstico situacional;
- 3. Desenvolver um protocolo de promoção do sono baseado num modelo *Quiet Time*;
 - j) Adaptar as recomendações de um modelo *Quiet Time* à realidade de cada contexto;
 - k) Integrar medidas ambientais e organizacionais contextualizadas;
 - l) Estruturar tecnicamente o protocolo com orientações por horários e sugestões práticas para a equipa de enfermagem;
 - m) Validar informalmente o protocolo junto dos enfermeiros gestores, coordenadores e supervisores de estágio;
- 4. Propor o protocolo de promoção do sono baseado num modelo *Quiet Time*, às equipas de enfermagem das unidades envolvidas;
 - n) Planear sessões de formação síncronas e assíncronas, por unidade, com recurso a metodologia expositiva-dialogada;
 - o) Realizar sessões de formação síncronas e assíncronas, por unidade, com recurso a metodologia expositiva-dialogada;
 - Disponibilizar o protocolo às equipas de enfermagem;
 - p) Avaliar as sessões de formação síncronas e assíncronas, por unidade;
 - Aplicar um questionário de avaliação das sessões quanto aos conteúdos, utilidade e formador;
 - Interpretar os resultados da avaliação e sintetizar recomendações para a implementação do protocolo.

Consecutivamente, foi elaborado um cronograma de atividades (Apêndice I) no qual se organizaram as tarefas do PIS entre maio de 2024 e julho de 2025. Este pretendeu contemplar as diferentes fases de execução, desde a redação da revisão da literatura até à apresentação de resultados e proposta de implementação do protocolo. As atividades foram distribuídas de forma sequencial e articulada com os três contextos de estágio (SU, SMI e UCIC), permitindo uma gestão eficiente do tempo, alinhada com os objetivos definidos e com a realidade contextual de cada unidade.

Por último foram identificados os recursos essenciais à execução. Entre os meios materiais e técnicos requeridos incluíram-se um computador e um projetor. No que diz respeito aos recursos humanos, considerou-se fundamental o envolvimento ativo dos enfermeiros dos diferentes serviços.

Finalmente, nesta fase de proposta, não se previu a necessidade de investimento financeiro adicional para a prossecução das tarefas.

2.4. EXECUÇÃO

A execução das atividades delineadas representa a concretização do projeto *per se*, traduzindo em ação o que foi anteriormente estruturado. Esta etapa exige a recolha de dados, informações e documentos relevantes que possam apoiar a resolução do problema identificado (Ruivo et al., 2010).

Relativamente às tarefas associadas ao Objetivo 1, "*Sistematizar a evidência científica relativa à promoção do sono em unidades de cuidados dedicadas à PSC*", nos pontos a) e b), com base na revisão da literatura previamente realizada, foi possível identificar um conjunto de intervenções que sustentam a construção do plano de intervenção. Neste sentido, procedeu-se à mobilização destes construtos, sob a forma de uma *check-list* (Tabela 2), para análise e confrontação observacional nos diferentes cenários de estágio.

Tabela 2. *Check-list* de Intervenções/ estratégias evidenciadas

✓	INTERVENÇÃO / ESTRATÉGIA
<input type="checkbox"/>	Protocolo implementado (<i>Quiet time; Nap time</i> , outro)
<input type="checkbox"/>	Gestão e redução do ruído ambiental
<input type="checkbox"/>	Diminuição do tom de voz e volume dos equipamentos
<input type="checkbox"/>	Gestão dos alarmes
<input type="checkbox"/>	Coordenação das intervenções para evitar múltiplas interrupções
<input type="checkbox"/>	Realização apenas de procedimentos urgentes durante o período noturno
<input type="checkbox"/>	Prestar cuidados de higiene e conforto antes do período noturno (higiene oral, aspiração de secreções, posicionamento, prevenção de úlceras de pressão)
<input type="checkbox"/>	Diminuição da intensidade luminosa
<input type="checkbox"/>	Uso de tampões auriculares e máscaras oculares
<input type="checkbox"/>	Controlo da dor
<input type="checkbox"/>	Uso de terapias complementares (exemplo: musicoterapia)

Relativamente ao ponto c), foi elaborado um póster (Apêndice II) com o objetivo de divulgar os principais resultados da revisão da literatura e fomentar a partilha de conhecimento científico. Este

instrumento foi desenhado para apresentar, de forma concisa e visual, as intervenções identificadas como mais relevantes e o seu potencial impacto na qualidade do sono das PSC. A elaboração do póster contribuiu também para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para o reforço da fundamentação teórica do PIS.

Em relação ao ponto d), associada à divulgação científica do póster, este foi submetido e apresentado no Congresso *Critical Care 2025*, um evento científico organizado pela CESPU e direcionado para profissionais de saúde que atuam em contextos dedicados à PSC. A apresentação permitiu a divulgação do trabalho realizado junto da comunidade científica e de enfermagem, promovendo a discussão de práticas clínicas inovadoras e a sensibilização para a importância do sono em doentes críticos (Anexo I).

No que concerne ao Objetivo 2 – *“Diagnosticar os fatores que interferem na qualidade do sono nas unidades envolvidas”*, foram implementadas várias fases com o propósito de identificar as principais barreiras à promoção do sono nos contextos clínicos observados. Iniciou-se por reuniões com os enfermeiros gestores, coordenadores e supervisores dos serviços (SMI, UCIC e SU), com o objetivo de recolher informações sobre as dinâmicas das unidades e perceções quanto aos fatores que comprometem o descanso noturno dos doentes. Esta fase foi complementada com observação direta dos contextos, incidindo especialmente nas componentes ambientais (ruído, luminosidade, disposição dos espaços) e funcionais (organização de cuidados, frequência de intervenções, planeamento de trabalho). Por último foi efetuado o preenchimento da *check-list* previamente construída.

Concomitantemente, realizaram-se conversas informais com os profissionais de enfermagem, que permitiram auscultar qualitativamente a sua experiência, identificando práticas atuais, limitações e oportunidades de melhoria. A triangulação entre as reuniões, observações e auscultação informal resultou na sistematização de um diagnóstico situacional, que evidenciou uma ausência generalizada de estratégias estruturadas para a promoção do sono nas unidades em análise, apesar de todas apresentarem condições clínicas e organizacionais que justificam uma abordagem focada neste domínio.

Com base neste diagnóstico, avançaram-se para as tarefas associadas ao Objetivo 3 – *“Desenvolver um protocolo de promoção do sono baseado no modelo Quiet Time”*. Este foi tecnicamente estruturado com orientações práticas organizadas por horários no período noturno, integrando ações a desenvolver antes, durante e após o período denominado *Quiet Time*. Inclui, ainda, sugestões viáveis e exequíveis orientadas para a equipa de enfermagem, com vista à construção de

um ambiente mais propício ao descanso. A versão preliminar do protocolo foi validada informalmente junto dos enfermeiros gestores, coordenadores e supervisores de estágio, assegurando a sua pertinência, clareza e aplicabilidade real. Os conteúdos do protocolo encontram-se detalhados nos Apêndices III, IV e V.

No âmbito do Objetivo 4, procedeu-se à apresentação da proposta de implementação do protocolo às equipas de enfermagem das três unidades clínicas envolvidas. Esta etapa consistiu no planeamento e realização de ações de formação síncronas e assíncronas, adaptadas às especificidades de cada serviço, com recurso a uma metodologia expositiva-dialogada, tal como sistematizado nos planos de sessão (Apêndice VI, VII e VIII).

Foram desenvolvidas três sessões de formação, uma por cada local de estágio, previamente agendadas em articulação com os enfermeiros gestores, coordenadores das respetivas unidades e responsáveis pela formação em serviço. Esta articulação pretendeu assegurar a adequação das ações à dinâmica formativa já em curso e à disponibilidade percecionada como a mais adequada pelos elementos das equipas.

As formações intitularam-se *"Adaptação do Protocolo Quiet Time no (Serviço de Urgência/SMI/UCIC): Promover o Sono dos Doentes"*, com uma estrutura pedagógica comum, composta por uma componente expositiva e um momento de interação. No SU, a sessão foi integrada na reunião mensal da equipa de enfermagem, permitindo a integração da formação nas dinâmicas habituais da equipa (Apêndice IX). No SMI, a formação decorreu em formato de *webinar*, garantindo a participação dos profissionais de forma alargada e flexível. Já na UCIC a sessão desenvolveu-se presencialmente na sala de reuniões de enfermagem (Apêndice X e XI).

Cada momento formativo teve a duração aproximada de 30 minutos, tendo sido afetos cerca de 15 min para a componente expositiva e restante período para discussão e partilha interpares. Relativamente aos conteúdos apresentados, inicialmente foi exposta a evidência que releva a importância do sono no contexto clínico, prossequindo com a identificação dos principais fatores que comprometem negativamente a sua qualidade. Foram discutidos os impactos da privação do sono na saúde e na recuperação da PSC, com destaque para as repercussões fisiológicas, cognitivas e emocionais. Seguidamente, foi apresentado o programa *Quiet Time*, incluindo os seus objetivos, benefícios e a sua aplicabilidade na prática clínica. Foram igualmente exploradas estratégias viáveis para a implementação deste modelo nos serviços, bem como o protocolo desenvolvido com esse propósito. Por fim, abordou-se uma proposta de avaliação do impacto do programa, com a

apresentação do *Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)* como instrumento de medição da percepção da qualidade do sono pela PSC.

A sessão incluiu ainda um resumo dos principais aspetos teóricos e práticos discutidos, culminando com uma reflexão conjunta com a equipa de enfermagem, promovendo o debate e o envolvimento dos profissionais.

Com o objetivo de avaliar a sessão de formação, foi disponibilizado aos participantes um questionário em formato digital, através da plataforma Google Forms®, com o objetivo de recolher informações e percepções relativamente à ação desenvolvida. Este instrumento compreendeu 12 questões - das quais 10 de resposta fechada e enquadradas numa escala de avaliação tipo Likert de cinco pontos (1=Discordo totalmente; 2=Discordo parcialmente; 3= Indiferente; 4=Concordo parcialmente; 5=Concordo totalmente) -, de modo a aferir o grau de concordância relativamente a diferentes dimensões da sessão. Foi igualmente incluída uma questão associada à autoavaliação do impacto potencial da formação no desempenho profissional, tal como uma resposta facultativa, com o intuito de recolher justificações ou comentários adicionais.

O questionário foi estruturado em três secções de análise. A primeira secção integra quatro questões destinadas à avaliação dos conteúdos programáticos, onde os formados foram questionados acerca de itens gerais da formação como o conteúdo da formação, adequação dos métodos utilizados, interesse/utilidade dos conteúdos, bem como a duração da sessão. A segunda secção refere-se à apreciação do desempenho do formador, contemplando aspetos como o domínio dos conteúdos, a clareza da linguagem, esclarecimento de dúvidas, capacidade de motivação e adequação do modelo pedagógico. Por último, a terceira secção visou aferir a percepção dos formandos relativamente ao impacto da ação formativa no seu desempenho profissional (Apêndice XII).

Com base nos resultados dos questionários de avaliação da formação, todos os participantes manifestaram concordância em participar de forma voluntária, mediante aceitação da declaração de consentimento informado. As respostas foram recolhidas de forma anónima e tratadas com absoluta confidencialidade, não sendo recolhida qualquer informação adicional que pudesse permitir a identificação dos participantes. Os dados obtidos foram analisados exclusivamente de forma agregada, sem individualização, assegurando-se o integral cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (European Parliament & Council of the European Union, 2016) e dos princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013).

Participaram nas sessões de formação 83 profissionais de saúde, distribuídos pelos três contextos clínicos envolvidos: 41 no SU, 32 no SMI e 10 na UCIC. A adesão ao questionário de avaliação, de preenchimento facultativo, resultou em 31 respostas válidas (taxa de resposta global de 37,3%), das quais 10 foram provenientes do SU, 13 do SMI e 8 da UCIC. A análise inicial centrou-se na distribuição amostral e percentual das respostas por categoria da escala de Likert, decomposta por serviço (Apêndice XIII) permitindo captar variações contextuais nas apreciações emitidas.

A distribuição das respostas revela um padrão de avaliação globalmente positivo, com predominância da categoria “Concordo totalmente” em todos os serviços. A UCIC destacou-se pela homogeneidade, registando 100% de respostas na categoria máxima em todos os indicadores relativos a conteúdos, métodos, duração e impacto profissional, e entre 87,5% e 100% na avaliação do formador.

O SMI apresentou igualmente um perfil favorável, com taxas de concordância total entre 76,9% e 92,3%, embora se tenham verificado algumas respostas em “Concordo parcialmente” (15,4%) e “Discordo parcialmente” (7,7%) em indicadores pontuais. Já o SU revelou maior dispersão, com presença de respostas em “Concordo parcialmente” e “Discordo parcialmente” (20%), sobretudo nos domínios “Conteúdo da Formação” e “Domínio dos Conteúdos”, ainda que a maioria das respostas se tenha concentrado em “Concordo totalmente” ($\geq 70\%$).

Relativamente ao desempenho do formador, as avaliações foram maioritariamente positivas. Em critérios como domínio dos conteúdos, clareza da linguagem, capacidade de esclarecer dúvidas, motivação transmitida e adequação do modelo pedagógico, as percentagens de concordância total são de 85% no SU, 82,3% no SMI e 93,8% na UCIC, sendo as restantes respostas maioritariamente de concordância parcial e, de forma residual, de discordância parcial.

Importa ainda destacar que a totalidade dos 31 participantes (100%) considerou que a ação formativa terá um impacto positivo no seu desempenho profissional, reforçando a pertinência dos conteúdos e a eficácia pedagógica. A ausência de respostas neutras ou de discordância total evidencia não apenas a qualidade da formação, mas também a capacidade do formador para promover motivação e envolvimento dos formandos.

De modo a consolidar os resultados e assegurar uma representatividade proporcional à distribuição da amostra, procedeu-se à agregação ponderada das contagens de respostas por categoria (Escala Likert 1-5) e por indicador, utilizando como fator de ponderação o número de respostas obtidas em cada serviço (SU = 10, SMI = 13, UCIC = 8). A partir desta agregação foram calculadas as distribuições percentuais apresentadas na Tabela 3. Este procedimento permitiu integrar os dados de forma

equitativa, respeitando a valor relativo de cada subgrupo. Complementarmente, realizou-se uma análise estatística descritiva por indicador (Tabela 4), com o cálculo de medidas de tendência central, dispersão e de síntese adicionais, permitindo uma leitura comparativa entre os diferentes itens do questionário. Para a síntese visual do padrão de respostas, construiu-se um gráfico radar (Figura 2) com base na distribuição percentual agregada por indicador e categoria.

Tabela 3. Distribuição percentual agregada por categoria e indicador

Indicador	Discordo totalmente (%)	Discordo parcialmente (%)	Indiferente (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo totalmente (%)
Conteúdo da formação	0,0	10,3	0,0	0,0	89,7
Adequação dos métodos utilizados	0,0	7,7	0,0	11,1	81,2
Interesse/utilidade dos conteúdos	0,0	10,3	0,0	0,0	89,7
Duração da sessão	0,0	7,7	0,0	11,1	81,2
Domínio dos conteúdos	0,0	9,7	0,0	12,9	77,4
Clareza da linguagem	0,0	3,2	0,0	12,9	83,9
Esclarecimento de dúvidas	0,0	3,2	0,0	12,9	83,9
Capacidade de motivação	0,0	3,2	0,0	12,9	83,9
Adequação do modelo pedagógico	0,0	3,2	0,0	12,9	83,9
Impacto no desempenho profissional	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0

Notas: Percentagens agregadas, ponderadas pelo número de respostas recolhidas em cada serviço.

A Tabela 3 sugere a concentração de respostas nas categorias mais altas (“Concordo parcialmente” e “Concordo totalmente”), sem registos nas categorias “Discordo totalmente” e “Indiferente”. O “Impacto no desempenho profissional” é unânime (100% em “Concordo totalmente”). O “Domínio dos conteúdos” revela menor consenso (77,4% “Concordo totalmente”; 12,9% “Concordo parcialmente”; 9,7% em “Discordo parcialmente”), enquanto os restantes indicadores mantêm

proporções elevadas em “Concordo totalmente” ($\approx 81,2-89,7\%$ nos conteúdos programáticos; $\approx 83,9\%$ nos itens do desempenho do formador).

Tabela 4. Estatística descritiva por indicador

Indicador	Média (1–5)	SD	Mediana	Max	Min	Índice (0–100)	Top-2 (4–5) %
Conteúdo da formação	4,66	0,90	5	5	2	91,48	90,8
Adequação dos métodos utilizados	4,66	0,84	5	5	2	91,45	92,3
Interesse/utilidade dos conteúdos	4,66	0,90	5	5	2	91,48	90,8
Duração da sessão	4,66	0,84	5	5	2	91,45	92,3
Domínio dos conteúdos	4,48	1,03	5	5	2	87,10	87,1
Clareza da linguagem	4,77	0,62	5	5	2	94,40	96,8
Esclarecimento de dúvidas	4,77	0,62	5	5	2	94,40	96,8
Capacidade de motivação	4,77	0,62	5	5	2	94,40	96,8
Adequação do modelo pedagógico	4,77	0,62	5	5	2	94,40	96,8
Impacto no desempenho profissional	5,00	0,00	5	5	5	100,00	100,0

Legenda: (*SD* – *Standard Deviation*; max - máximo; min- mínimo)

Notas: Índice 0–100 = $((\text{média} - 1)/4) \times 100$. Top-2 corresponde à soma das categorias 4 e 5.

Paralelamente, a Tabela 4 confirma esta leitura verificando-se médias entre 4,48–5,00 e mediana=5 em todos os itens; índices 0–100 entre 87,10–100,00 e Top-2 entre 87,1%–100,0%. As diferenças entre indicadores surgem sobretudo na dispersão: no indicador “Domínio dos conteúdos” observa-se maior variabilidade ($SD=1,03$), ao passo que em “Impacto no desempenho” ela é nula ($SD=0,00$). Os indicadores do desempenho do formador (clareza, esclarecimento de

dúvidas, motivação e modelo pedagógico) apresentam resultados consistentes (médias $\approx 4,77$; Top-2 $\approx 96,8\%$; SD $\approx 0,62$).

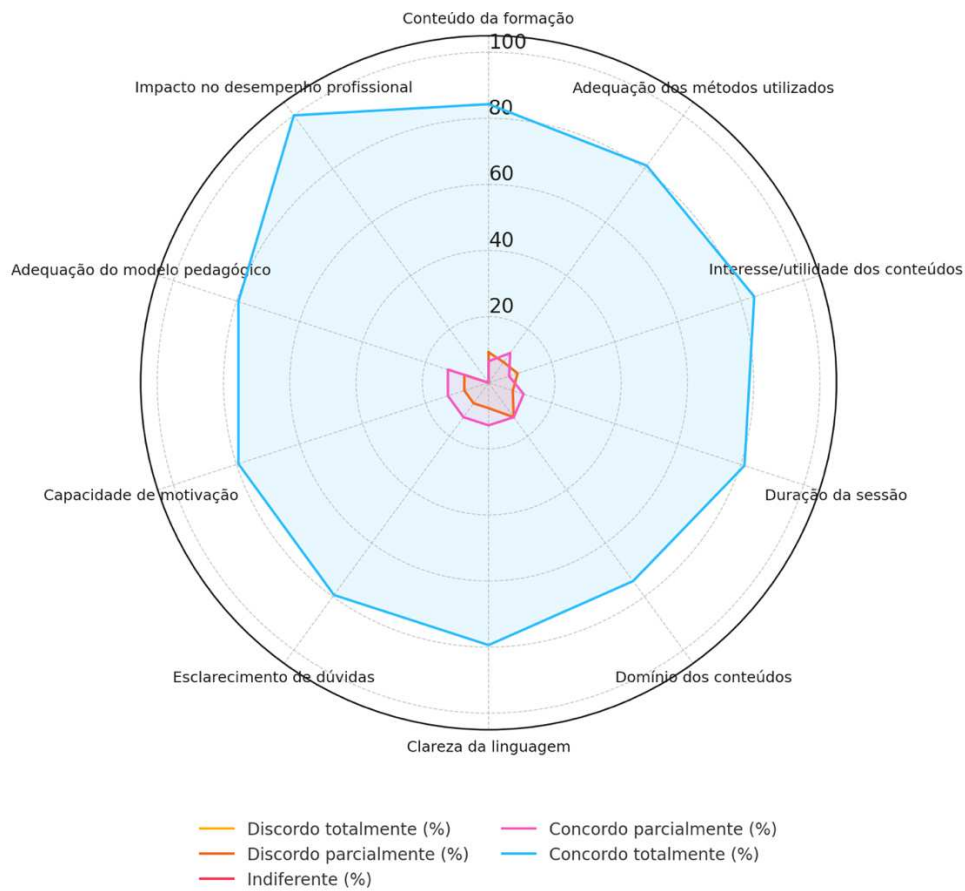


Figura 2. Gráfico de distribuição percentual agregada por indicador e categoria

Complementarmente, o gráfico radar espelha este padrão, verificando-se uma maior extensão na categoria “Concordo totalmente”, com ligeira retração radial no “Domínio dos conteúdos”, coerente com a maior dispersão estatística.

Justifique (campo aberto)

8 respostas

A sessão permitiu esclarecer e reconhecer práticas que necessitam de ser alteradas, para podermos prestar cuidado com maior qualidade

Temática muito atual, e muito necessária na nossa unidade.

Melhoria dos cuidados

Vai permitir mudar rotinas e gerir cuidados de forma diferente

Após a exposição do trabalho, foi claro que o sono tem um impacto valorizável para a recuperação do doente crítico.

Muito importante! Obrigada pela formação

Estarei mais desperta para o ruído do serviço

Necessidade de atualização constante sobre a temática. Relembrar sobre estratégias de melhoria.

Figura 3 Justificação do impacto da sessão ao nível do seu desempenho profissional

Por fim, relativamente à questão facultativa de resposta aberta (Figura 3), verificou-se que a temática em análise tende a ser desvalorizada na prática clínica. No entanto, os enfermeiros demonstram reconhecer a sua relevância no processo de recuperação da PSC, considerando-a essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em síntese, os resultados apresentados sugerem globalmente uma avaliação positiva da formação, com impacto percecionado no desempenho profissional e consistência na performance do formador. Relativamente ao indicador “Domínio dos conteúdos” identifica-se margem de melhoria, recomendando-se maior profundidade na exposição dos principais conceitos. Atendendo à taxa de resposta moderada, julgamos relevante complementar futuras edições com grupos focais e entrevistas semiestruturadas, de modo a robustecer a validade externa e guiar ajustes curriculares e pedagógicos.

2.5. AVALIAÇÃO

O processo de avaliação caracteriza-se pela sua complexidade e abrange múltiplas dimensões de análise e reflexão. Desenvolve-se de forma contínua, permitindo a retroação necessária para reajustar a análise da situação, redefinir objetivos, reformular ações e rever os resultados alcançados. Este processo dinâmico contribui para reforçar a coerência, eficiência e eficácia do projeto (Ruivo et al., 2010).

Relativamente à avaliação do PIS, com base no diagnóstico de situação e nas estratégias definidas para cada etapa, verificou-se uma evolução progressiva e consistente. Todas as fases foram concluídas com sucesso, permitindo atingir os objetivos propostos e evidenciando também um desenvolvimento positivo do papel do EEEMC-PSC na área da investigação.

O feedback das equipas foi amplamente favorável, revelando interesse numa temática frequentemente desvalorizada face à complexidade dos contextos de cuidados. Em todos os serviços foi manifestada a intenção de aprofundar o tema e implementar o protocolo junto das respetivas equipas, tendo sido disponibilizado material de apoio para auxiliar esse processo.

Quanto às limitações do presente estudo, destaca-se a curta duração do estágio, fator que condicionou a implementação e avaliação sistemática das medidas propostas. Adicionalmente, embora o PIS tenha centrado a sua intervenção na equipa de enfermagem, torna-se patente a necessidade da sua futura extensão à restante equipa multidisciplinar, de forma a potenciar uma abordagem mais integrada e produtiva. Por último, sugere-se para estudos subseqüentes, a análise aprofundada do impacto do protocolo *Quiet Time* nos contextos considerados.

2.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A última etapa do PIS visa avaliar a relevância da intervenção realizada e refletir sobre o percurso desenvolvido na resolução do problema identificado. Esta etapa inclui ainda a divulgação dos resultados e do conhecimento científico e técnico gerado ao longo do projeto, com o objetivo de o tornar acessível à comunidade em geral (Ruivo et al., 2010).

A partilha dos resultados obtidos possibilita o acesso ao conhecimento produzido, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC, provendo o sono, e para a valorização do saber científico sobre esta temática. Este contributo assume particular relevância para a prática da EEEMC-PSC, ao reforçar o seu papel na aplicação de intervenções baseadas na evidência e na promoção do bem-estar e recuperação da PSC.

Nos termos regulamentares, o presente estudo será submetido e discutido em prova pública, ficando posteriormente disponível para consulta no Repositório da CESPU.

3. CONTRIBUTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS AO GRAU DE MESTRE

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências traduz-se na mobilização do conhecimento científico para a prática clínica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Naz & Ahmad Ganaie, 2023).

Neste enquadramento, a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pressupõe a concretização das atividades planeadas e descritas nos capítulos anteriores - no âmbito das Competências Comuns do EE e das Competências Específicas do EEEMC-PSC. A par deste processo, integraram-se ainda iniciativas de produção científica, nomeadamente a elaboração de um artigo científico e o desenvolvimento de um projeto na respetiva área de intervenção. Paralelamente, procedeu-se à elaboração do Relatório de Estágio, documento onde é apresentado o trabalho levado a cabo no decorrer do percurso académico e dos estágios, a submeter a posteriori a provas públicas para apreciação e eventual aprovação.

A elaboração do Relatório de Estágio impulsionou uma reflexão sobre as motivações, interesses e oportunidades de aprendizagem, essenciais ao desenvolvimento pessoal e profissional orientadoras da prática clínica. Este capítulo apresenta uma análise reflexiva do processo de aquisição de competências, sustentado pelos contributos teóricos e práticos das Unidades Curriculares, fundamentais para uma prática baseada na evidência.

As competências gerais associadas ao grau de mestre encontram-se definidas no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, com redação pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior em Portugal. Este artigo especifica que o grau de Mestre é conferido a quem demonstre:

1. Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - a. Sustentando-se nos conhecimentos ao nível do primeiro ciclo, os desenvolvam e aprofundem;
 - b. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
2. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

3. Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
4. Ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
5. Possuir competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, com redação do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, art. 15.º)

A primeira competência em análise refere-se à capacidade de aprofundar e expandir os conhecimentos adquiridos na licenciatura, através da incorporação de novos saberes e fundamentos de investigação. No contexto do mestrado em Enfermagem, este objetivo traduziu-se no estudo de temáticas diferenciadas em áreas específicas da PSC, tais como fisiopatologia, terapêuticas invasivas, monitorização hemodinâmica e protocolos de intervenção mais atuais.

Ao longo deste percurso, esta competência foi desenvolvida tanto através das unidades curriculares de base teórica como através da pesquisa autónoma. A unidade curricular de Investigação, bem como a elaboração do presente relatório, impulsionaram a procura ativa de evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de análise crítica e interpretação de estudos avançados (Lima et al., 2018). No âmbito do trabalho de investigação, a produção e síntese de conhecimento foram orientadas para a sua transferência real para a prática clínica, conforme o critério definido pela competência que almejamos alcançar.

Paralelamente, a realização dos estágios de natureza profissional, possibilitou a aplicação prática desses conhecimentos em contextos clínicos reais, permitindo consolidar a aprendizagem teórica alicerçada na experiência prática e no raciocínio clínico. Esta abordagem integrada está em consonância com o perfil de competências do EE, conforme definido pelo Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, que enfatiza a capacidade de utilizar e produzir conhecimento científico, promovendo práticas de excelência, baseadas na melhor evidência disponível.

A segunda competência diz respeito à capacidade de utilizar os conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações não familiares, muitas vezes em contextos multidisciplinares. No contexto da PSC, esta competência manifesta-se na atuação eficaz perante situações clínicas imprevisíveis, exigindo interpretação rápida de dados e decisões seguras. Não se trata apenas da

execução técnica, mas da integração do pensamento crítico, da tomada de decisão informada e da aplicação de práticas sustentadas na melhor evidência científica. Neste âmbito, o PIS contribuiu para a definição e proposta de procedimentos clínicos baseados em evidência, sugerindo uma estrutura de tomada de decisão em cenários complexos (Nibbelink & Brewer, 2018).

A terceira competência refere-se à capacidade de lidar com informação limitada, tomar decisões fundamentadas e refletir sobre as implicações éticas e sociais das intervenções. No contexto da prestação de cuidados à PSC, as decisões clínicas podem ser tomadas com base em informação incompleta, exigindo elevado raciocínio clínico e tomada de decisão célere e fundamentada. Situações como a admissão da PSC com perda de consciência e sem historial clínico obrigam à formulação imediata de hipóteses diagnósticas e à implementação de intervenções seguras, sempre sustentadas nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência. O trabalho de investigação forneceu quadros de análise e síntese de evidência, que auxiliaram a mobilização de conhecimento e gestão da incerteza clínica (Lal, 2021; Mousavi Shabestari et al., 2024).

A consolidação deste domínio foi apoiada por uma análise crítica dos principais referenciais normativos da profissão, nomeadamente o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro), o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Adicionalmente, foram considerados instrumentos legais transversais, como o Código Civil e o Código Penal, no que respeita à responsabilidade civil e penal dos profissionais de saúde (Código Civil, 1966; Código Penal, 1982), reforçando a consciência ética e jurídica no exercício da prática clínica.

Já a quarta competência abrange a capacidade de estabelecer processos comunicacionais claros, rigoros e isentos de ambiguidades, tanto no seio da equipa multiprofissional como na interação com a PSC e respetiva família/cuidador. Neste contexto, o EEEMC-PSC atua como interlocutor e facilitador entre a equipa de saúde e a pessoa alvo de cuidados - e no caso do profissional com grau de mestre - espera-se um nível elevado de proficiência comunicativa, com adequação da linguagem ao interlocutor e promoção da compreensão e adesão relativamente aos cuidados planeados (Dees et al., 2022). Consideramos que a experiência adquirida durante os estágios, aliada ao percurso desenvolvido nos trabalhos académicos contribuiu significativamente para a consolidação de uma comunicação eficaz no âmbito da área de estudo. A participação em formações e apresentações clínicas reforçou a capacidade de adaptar o discurso técnico-científico em função de diferentes públicos, promovendo clareza, empatia e precisão no cariz da informação transmitida.

A última competência destaca a capacidade de aprendizagem ao longo da vida, item fundamental para a atualização profissional (Mlambo et al., 2021). Neste domínio, o desenvolvimento do trabalho de investigação sobre o sono da PSC evidenciou a importância da pesquisa contínua e da produção de evidência como recursos para a melhoria da prática clínica. A revisão de literatura construída e descrita no capítulo 1 da Parte II, identificou estratégias não farmacológicas com eficácia demonstrada, contribuindo para a construção de conhecimento aplicável e transferível. De igual forma a participação regular em formações e congressos, bem como, a realização de investigação autónoma, passaram a integrar a prática profissional, traduzindo uma postura proativa e alinhada com a Enfermagem baseada na evidência, promotora de cuidados seguros, eficazes e de qualidade. O desenvolvimento deste percurso ficou expresso por produtos concretos – artigo científico, comunicação oral, PIS – promovendo a aprendizagem contínua individual (Pinto & Mota, 2023).

Em suma, as competências gerais associadas do grau de mestre foram desenvolvidas e consolidadas ao longo do percurso formativo, integrando o saber teórico, a prática clínica e a investigação. No plano global, o trabalho de investigação permitiu demonstrar e transpor estas competências para a prática clínica, promovendo um desempenho profissional mais crítico, ético, fundamentado e centrado na pessoa, contributivo para cuidados de excelência em contextos complexos e em constante evolução.

CONCLUSÃO

A consolidação da Enfermagem enquanto profissão autónoma e disciplina científica, tem sido construída ao longo de um percurso marcado por desafios, transformações estruturais e conquistas expressivas. A transição progressiva de uma prática essencialmente vocacional e tecnicista para uma atividade profissional qualificada e epistemologicamente sustentada, conferiu à profissão um carácter cada vez mais distinto e relevante no seio das ciências da saúde (Fronteira et al., 2020).

Neste enquadramento, o EEEMC-PSC assume um papel fundamental na produção de conhecimento e na mobilização integrada das competências que lhe são inerentes, as quais se revelam essenciais para a consolidação de uma prática profissional de excelência e para o reforço da credibilidade científica e social da profissão.

Este documento teve como propósito apresentar, de forma sistematizada e reflexiva, o percurso de desenvolvimento de competências realizado no âmbito dos estágios de natureza profissional do Curso de Mestrado em EEEMC-PSC. Complementarmente, inclui a conceção e proposta de um PIS - centrado na promoção do sono da PSC - fundamentado na evidência científica e ajustado à realidade dos contextos de prática clínica especializada.

No que respeita aos objetivos definidos, foram estabelecidos dois eixos orientadores interdependentes. O primeiro propôs a descrição do percurso formativo realizado ao longo dos estágios em contextos de cuidados à PSC, com vista à aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas definidas pelos Regulamento das Competências Comuns do EE e Regulamento das Competências Específicas do EEEMC-PSC. Para esse efeito, efetivou-se a exposição e análise das atividades desenvolvidas, pretendendo evidenciar o processo gradativo de mobilização de competências. A diversidade dos cenários de estágio permitiu uma compreensão abrangente do papel do EEEMC junto da PSC, reconhecendo a importância da adaptação das intervenções à complexidade clínica, emocional e ambiental que caracteriza este âmbito da prestação de cuidados.

O segundo objetivo consistiu na proposta de implementação de um PIS, com o intuito de promover a qualidade do sono nas PSC, atendendo à sua influência na sua recuperação e bem-estar. Para esse fim, foi inicialmente realizada uma revisão integrativa da literatura, que permitiu identificar intervenções de enfermagem eficazes para a promoção do sono. A partir da síntese de evidência, foi desenvolvido e proposto um protocolo adaptado à realidade dos contextos de prática clínica, cuja viabilidade foi informalmente validada junto das equipas de enfermagem envolvidas. Apesar dos constrangimentos identificados, nomeadamente quanto à dinâmica funcional e organizacional das

unidades e as limitações de implementação total do protocolo, considera-se que os objetivos estabelecidos foram, em grande medida, atingidos.

A análise crítico-reflexiva desenvolvida ao longo deste percurso, alicerçada nos construtos científicos, legais e profissionais, bem como a sua translação contextual para a prática, possibilitou uma intervenção eticamente responsável, tecnicamente fundamentada e centrada na PSC, fomentando a excelência dos cuidados prestados.

Neste enquadramento, considera-se que os objetivos delineados foram plenamente atingidos, consolidando um posicionamento profissional alinhado com o perfil do EEEMC-PSC, promotor de ganhos sustentados em saúde na tríade PSC/família/cuidador e na resposta dos sistemas de cuidados diferenciados.

Por fim, a realização deste percurso académico representou um investimento pessoal significativo, decorrente de uma decisão consciente, alicerçada na vontade de aprimorar a prática profissional e de assegurar cuidados de enfermagem orientados para a qualidade e melhoria contínua. A escolha dos contextos de estágio, embora desafiante - por não estarem diretamente relacionados com experiência profissional prévia - revelou-se uma oportunidade enriquecedora. A diversidade e a complexidade das vivências ao longo da componente prática proporcionaram um percurso de crescimento substancial, permitindo alargar horizontes e consolidar competências essenciais à atuação futura enquanto EEEMC-PSC, com impacto direto na esfera profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), I. P. (2022). *Relatório de Acesso 2021*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações técnicas para a organização dos cuidados intensivos: Versão 2.0 – setembro 2013, atualizada em 2024*. ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Ahlers, S. J., van der Veen, A. M., van Dijk, M., Tibboel, D., & Knibbe, C. A. (2010). The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesthesia & Analgesia*, 110(1), 127–133. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181c3119e>
- Alharbi K. (2025). Creating a Healing Environment: The Role of Comfort in Nursing Care. *Holistic nursing practice*, <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000731>
- Alligood, M. R. (2014). *Teóricos de enfermagem e seu trabalho* (8.ª ed.). Mosby, St. Louis.
- Almutairi, A. M., Pandaan, I. N., Alsufyani, A. M., Almutiri, D. R., Alhindi, A. A., & Alhusseinan, K. S. (2022). Managing patients' pain in the intensive care units: Nurses' awareness of pain management. *Saudi Medical Journal*, 43(5), 514–521. <https://doi.org/10.15537/smj.2022.43.5.20220169>
- American College of Surgeons. (2018). *ATLS: Advanced trauma life support student course manual* (10th ed.). American College of Surgeons. <https://cirugia.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2018/07/Advanced-Trauma-Life-Support.pdf>
- American Heart Association. (2020). 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S337–S357. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000918>
- American Psychological Association (APA). (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.).
- Armayones Ruiz, M., Robles, N., Graupera Diez, I., Camps Salat, R., Escarrabill Sanglas, J., & Salas Marco, E. (2023). Identifying activities from an Intervention to promote sleep in hospitalised patients using the focus mapping technique. *Medical Sciences*, 11(2). <https://doi.org/10.3390/medsci11020039>

Assembleia da República. (2015, 16 de setembro). *Lei n.º 156/2015: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, adequando-o à Lei n.º 2/2013*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181, pp. 8059–8105. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Lisboa: ANEPC.

Backes, M. T. S., Erdmann, A. L., Büscher, A., & Backes, D. S. (2012). O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 16, 689–696. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400007>

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

Bani Younis, M., & Hayajneh, F. A. (2018). Quality of sleep among intensive care unit patients: A literature review. *Critical Care Nursing Quarterly*, 4(2), 170–177. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000196>

Barbosa, M. S., Silva, C. C., Luducene, Y. S., Xavier, G. F., Carbogim, F. C., & Coelho, A. C. O. (2024). Intervenções de enfermagem clínicas e gerenciais ao paciente com dor torácica: Uma revisão de escopo. *Enfermagem em Foco*. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.n1.e-2024>

Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., De Marchis, G. M., Fonseca, A. C., Padiglioni, C., Pérez de la Ossa, N., Strbian, D., Tsivgoulis, G., & Turc, G. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal*, 6(1), 1–LXII. [10.1177/2396987321989865](https://doi.org/10.1177/2396987321989865)

Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., & Ringdal, M. (2019). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, 32(5), 381–387. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>

Benner, P., Lourenço, B., & Queirós, A. A. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores.

Beswick, A. D., Wylde, V., Bertram, W., & Whale, K. (2023). The effectiveness of non-pharmacological sleep interventions for improving inpatient sleep in hospital: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 107, 243–267. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.05.004>

Bostan, I., Egmond, R., Gommers, D., & Özcan, E. (2024). Personalizing ICU patient monitoring: A user-centered approach informed by nurse personas. *Cognition, Technology & Work*, 26, 507–522. <https://doi.org/10.1007/s10111-024-00763-9>

Braga, R. B., Ribeiro, G. de S., Morais, F. de, Bezerra, A. A., Santana, J. P. de, Silva, C. M. da, Veras, L. de S. M., Purificação, M. M. da, Ferreira, M. A., Silva, A. M. P. P., & Fonsêca, W. (2024). *Enfermagem em UTI: Cuidados essenciais na assistência direta ao paciente*. *Nursing (São Paulo)*, 28(313), 9333–9339. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i313p9333-9339>

British Thoracic Society. (2017). *Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings*. *Thorax*, 72(Suppl 1), ii1–ii90. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209729>

Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(9), 7–16. <https://doi.org/10.12707/RIII12101>

Bueno, W. P., Saurin, T. A., Wachs, P., & Kuchenbecker, R. (2019). Coping with complexity in intensive care units: A systematic literature review of improvement interventions. *Safety Science*, 118, 814–852. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.06.023>

Bukoh, M. X., & Siah, C. R. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of structured handover interventions on patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 15–28. <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>

Burger, P., Van den Ende, E. S., Lukman, W., Burchell, G. L., Steur, L., Polderman, J., Merten, H., Twisk, J., Nanayakkara, P., & Gemke, R. (2023). How to improve inpatient sleep in regular care wards: A systematic review and meta-analysis of sleep disturbers and non-pharmacological interventions. *Acute Medicine*, 22(4), 209–257. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38284637/>

Cabete, D. S. G., Fonte, C. S., Matos, M. M. S., Patrícia, H. M., Silva, A. R. R., & Silva, V. F. A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388259318015/388259318015.pdf>

Canga-Armayor, N. (2024). Academic training of nurses developing advanced practice roles. *Enfermería Intensiva*, 35(4), e41–e48. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2024.06.005>

Castro, C., Vilelas, J., & Rebelo Botelho, M. A. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41–59. https://www.researchgate.net/publication/263714934_A_Experiencia_Vivida_da_Pessoa_Doente

[Internada Numa UCI Revisão Sistemática da Literatura The Lived Experience of the Inner Person in ICU A Systematic Review of Literature](#)

Cavaleiro, P. (2011). Prevenção da infeção nosocomial nas unidades de cuidados intensivos. Artigo de revisão bibliográfica no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53392/2/Pedro%20Cavaleiro%20Preveno%20da%20Infeco%20Nosocomial%20nas%20Unidades%20de%20Cuidados%20Intensivos.pdf>

Código Civil. (1966). *Código Civil Português*. Diário da República. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/codigo-civil>

Código Penal. (1982). *Código Penal Português*. Diário da República. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/codigo-penal>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Browser CIPE*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Costa, A. C., Franco, A. C. L., Pereira, R. F., Gonçalves, M. V. V., & Nubile, E. S. A. (2024). Arritmias cardíacas: Diagnóstico, tratamento e prevenção. *Revista Saúde e Ciência Online*, 6(2), 348–360. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p348-360>

Costa, G. S. R., Silva, N. C. S. R. da, Santos, J. L. dos, Peixoto, J. J. de A., Souza, V. R. dos S., Whitaker, M. C. O., & Rosa, D. de O. S. (2025). Enfermagem e o ato de cuidar: uma reflexão dos fundamentos, conceitos e raízes históricas. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 17(1), e7303. <https://doi.org/10.55905/cuadv17n1-126>

Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P. M., Paananen, T., Chatterjee, G. E., & Wong, C. A. (2021). The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103842. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103842>

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. (2006). *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República, 1.ª série, n.º 60. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-422503>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República, 1.ª série, n.º 157, pp. 4147–4182. <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>

Dees, M. L., Carpenter, J. S., & Longtin, K. (2022). Communication between registered nurses and families of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 42(6), 25–34. <https://doi.org/10.4037/ccn2022913>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Norma n.º 09/DGCC: Avaliação e controlo da dor como 5.º sinal vital* (14 de junho de 2003). Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde. (2010). Orientações e circulares informativas. Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde. *Orientação n.º 007/2010*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma 015/2013 Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. In Direção Geral da Saúde: Vol. 015/2013.

Diário da República. (1993). Lei n.º 12/93, de 22 de abril: Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1993-66365533-139547454>

Diário da República. (2016). Consentimento Presumido. In 2.ª série N.º 139.

Diário da República. (2021). *Despacho n.º 9390/2021, de 6 de setembro — Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. 2.ª série, Parte C. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Recuperado de <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto* (Norma n.º 015/2017). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata* (Norma n.º 002/2018). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf> normas.dgs.min-saude.pt

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019 — Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022a, 18 de novembro). *Norma n.º 012/2022: Via Verde do Trauma no Adulto*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022b, 19 de dezembro). *Norma n.º 017/2022 — Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2022/12/19/notificacao-e-gestao-de-incidentes-de-seguranca-do-doente/>

Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos* (Norma n.º 004/2013, de 08/08/2013, atualizada a 27/07/2022). Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/02/norma_004_2013_resistencias_antibioticos_atualizada_27_07_2022.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Norma clínica n.º 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022 (corrigida a 29/03/2023): “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022e). *Norma clínica n.º 022/2015 de 16/12/2015, atualizada a 29/08/2022: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022f, 29 de agosto). *Norma n.º 019/2015 (atualizada a 29/08/2022): “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/08/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022g). *Norma clínica n.º 020/2015 de 15/12/2015, atualizada a 17/11/2022: "Feixe de intervenções" para a prevenção da infeção do local cirúrgico.*

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: DGS.

Downing, J., Yardi, I., Ren, C., Cardona, S., Zahid, M., Tang, K., Bzhilyanskaya, V., Patel, P., Pourmand, A., & Tran, Q. K. (2023). Prevalence of peri-intubation major adverse events among critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Emergency Medicine*, *71*, 200–216. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.06.046>

Dresser, S., Teel, C., & Peltzer, J. (2023). Frontline nurses' clinical judgment in recognizing, understanding, and responding to patient deterioration: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *139*, 104436. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104436>

Duffy, J. R. (2022). *Quality caring in nursing and health systems: Implications for clinicians, educators, and leaders* (4th ed.). Springer Publishing Company.

Edvardsen, J. B., & Hetmann, F. (2020). Promoting sleep in the intensive care unit. *SAGE Open Nursing*, *6*. <https://doi.org/10.1177/2377960820930209>

Elliott, R., McKinley, S., & Cistulli, P. (2011). The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(3), 384–400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.006>

Elliott, R., McKinley, S., Cistulli, P., & Fien, M. (2013). Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: An observational study. *Critical Care (London, England)*, *17*(2), R46. <https://doi.org/10.1186/cc12565>

Eschbach, E., & Wang, J. (2023). Sleep and critical illness: A review. *Frontiers in Medicine*, *10*, 1199685. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1199685>

European Parliament & Council of the European Union. (2016,). Regulamento (UE) 2016/679 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

European Society for Emergency Medicine. (2025). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations: 2025 update.*

https://eusem.org/images/251104_EUSEM_European_Pain_Initiative_Guidelines_Updated_Oct_2025.pdf

European Society of Cardiology. (2025). *Handbook of acute cardiovascular monitoring.* <https://www.escardio.org/publications/handbooks/handbook-hm/>

Ferreira, C. G. da G., & Baptista, M. G. de J. (2024). Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na realização da triagem de Manchester e fatores associados. *Servir*, 2(09), e32664. <https://doi.org/10.48492/servir0209.32664>

Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussault, G. (2020). Enfermagem em Portugal no Serviço Nacional de Saúde aos 40 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 273–282. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>

Gheri, F., Presti, C., Donnarumma, F., & Petta, D. (2025). Assessing the quality of handoff in the emergency department: Evaluating communication between emergency medical services and triage nurses using the Italian Handoff CEX scale. *Journal of Emergency Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2025.07.009>

Gholipour, M., Dadashzadeh, A., Jabarzadeh, F., & Sarbakhsh, P. (2025). Challenges of clinical decision-making in emergency nursing: An integrative review. *The Open Nursing Journal*. <https://doi.org/10.2174/0118744346378311250320070725>

Ghosh, A., Elwell, C., & Smith, M. (2012). Cerebral near-infrared spectroscopy in adults: A work in progress. *Anesthesia & Analgesia*, 115(6), 1373–1383. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31826dd6a>

Gonçalves, C., Galvão, C., Ferreira, S., Carvalho, A., & Carinha, P. H. (2012). Procedimento de distribuição de estupefacientes e psicotrópicos no Centro Hospitalar de São João, EPE. In *Livro de Atas do VIII Colóquio de Farmácia* (pp. 127–133). Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1403/1/COM_ChrystelleGoncalves_2012.pdf

Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1–19. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>

Gonzalez-Baz, M. D., Pacheco Del Cerro, E., Ferrer-Ferrándiz, E., Araque-Criado, I., Merchán-Arjona, R., de la Rubia Gonzalez, T., & Moro Tejedor, M. N. (2023). Psychometric validation of the Kolcaba General Comfort Questionnaire in critically ill patients. *Australian Critical Care*, 36(6), 1025–1034. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.12.013>

Gonzalez-Baz, M. D., Pacheco-Del Cerro, E., Durango-Limárquez, M. I., Alcantarilla-Martín, A., Romero-Arribas, R., Ledesma-Fajardo, J., & Moro-Tejedor, M. N. (2024). The comfort perception in the critically ill patient from the Kolcaba theoretical model. *Enfermería Intensiva*, 35(4), 264–277. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2024.03.001>

Greif, R., Lauridsen, K. G., Djärv, T., Ek, J. E., Monnelly, V., Monsieurs, K. G., Nikolaou, N., Olasveengen, T. M., Semeraro, F., Spartinou, A., Yeung, J., Baldi, E., Biarent, D., Djakow, J., van Gils, M., van Goor, S., Gräsner, J. T., Hogeveen, M., Karageorgos, V., Lott, C., ... European Resuscitation Council Guidelines 2025 Collaborator Group. (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 executive summary. *Resuscitation*, 215(Suppl. 1), 110770. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110770>

Greer, D. M., Kirschen, M. P., Lewis, A., Gronseth, G. S., Rae-Grant, A., Ashwal, S., Babu, M. A., Bauer, D. F., Billinghamurst, L., Corey, A., Partap, S., Rubin, M. A., Shutter, L., Takahashi, C., Tasker, R. C., Varelas, P. N., Wijidicks, E., Bennett, A., Wessels, S. R., & Halperin, J. J. (2023). Pediatric and adult brain death/death by neurologic criteria consensus guideline. *Neurology*, 101(24), 1112–1132. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207740>

Gorick, H., McGee, M., Wilson, G., Williams, E., Patel, J., Zonato, A., Ayodele, W., Shams, S., Di Battista, L., & Smith, T. (2023). Understanding triage assessment of acuity by emergency nurses at initial adult patient presentation: A qualitative systematic review. *International Emergency Nursing*, 71, 101334. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101334>

Grupo Português de Triagem. (2010). Triagem no serviço de urgência: Manual do formador (2.ª ed).

Guamuse Pilatasig, M. C., & Cambizaca Mora, G. P. (2025). Cuidado humanizado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos: Revisión sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 10785–10811. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16670

Guevara Patino, A. (2024). Conceitos básicos sobre as infeções relacionadas à assistência à saúde. *Revista Saúde.Com*, 20(3), e14166. <https://doi.org/10.22481/rsc.v20i3.14166>

Guilhermino, M., Inder, K., & Sundin, D. (2018). Education on invasive mechanical ventilation involving intensive care nurses: A systematic review. *Nursing in Critical Care*, 23(5), 245–255. <https://doi.org/10.1111/nicc.12346>

Heinen, M., van Oostveen, C., Peters, J., Vermeulen, H., & Huis, A. (2019). An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2378–2392. <https://doi.org/10.1111/jan.14092>

Higgs, A., McGrath, B. A., Goddard, C., Rangasami, J., Suntharalingam, G., Gale, R., Cook, T. M., Difficult Airway Society, Intensive Care Society, Faculty of Intensive Care Medicine, & Royal College of Anaesthetists. (2018). Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *British Journal of Anaesthesia*, 120(2), 323–352. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.10.021>

Hiser, S., Fatima, A., Ali, M., & Needham, D. (2023). Post-intensive care syndrome (PICS): Recent updates. *Journal of Intensive Care*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40560-023-00670-7>

Homem, F., Caetano, A. P. M., & Reveles, A. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>

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

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*, 102(52), e36298. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036298>

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., & ESC Scientific Document Group. (2018). 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas da saúde – 2023*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. 978-989-25-0724-8. <https://www.ine.pt/xurl/pub/66625391>

International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing: Version 2.0*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf

Jensen, J. F., Thomsen, T., Overgaard, D., Bestle, M., Christensen, D., & Egerod, I. (2015). Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 41(5), 763–775. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3689-1>

Jiménez-Gómez, M. A., Cárdenas-Becerril, L., Velásquez-Oyola, M. B., Carrillo-Pineda, M., & Barón-Díaz, L. Y. (2019). Reflective and critical thinking in nursing curriculum. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3173. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2861.3173>

Kaplan, E., & Ozakgöl, A. (2025). The effect of nursing care based on Comfort Theory of Kolcaba on comfort, satisfaction and sleep quality of intensive care patients. *Nursing in critical care*, 30(3), e70033. <https://doi.org/10.1111/nicc.70033>

Kashani, K., Omer, T., & Shaw, A. D. (2022). The intensivist's perspective of shock, volume management, and hemodynamic monitoring. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 17(5), 706–716. <https://doi.org/10.2215/CJN.14191021>

Kim, J. M., Kim, N. G., & Lee, E. N. (2022). Emergency room nurses' experiences in person-centred care. *Nursing Reports*, 12(3), 472–481. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030046>

Knauert, M. P., Redeker, N. S., Yaggi, H. K., Bennick, M., & Pisani, M. A. (2018). Creating naptime: An overnight, nonpharmacologic intensive care unit sleep promotion protocol. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 180–187. <https://doi.org/10.1177/2374373517747242>

Knauert, M. P., Ayas, N. T., Bosma, K. J., Drouot, X., Heavner, M. S., Owens, R. L., Watson, P. L., Wilcox, M. E., Anderson, B. J., Cordoza, M. L., Devlin, J. W., Elliott, R., Gehlbach, B. K., Girard, T. D., Kamdar, B. B., Korwin, A. S., Luszczek, E. R., Parthasarathy, S., Spies, C., Sunderram, J., ... Zee, P. C. (2023). Causes, consequences, and treatments of sleep and circadian disruption in the ICU: An official American Thoracic Society Research Statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 207(7), e49–e68. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1011990/>

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.

Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18, 46–62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>

Krimshtein, N. S., Luhrs, C. A., Puntillo, K. A., Cortez, T. B., Livote, E. E., Penrod, J. D., & Nelson, J. E. (2011). Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit:

An intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), 1325–1332.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0225>

Kvande, M. E., Angel, S., & Højager Nielsen, A. (2021). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nursing Ethics*, 29(2), 498–510. <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>

Lacerda, M. R., Santos, M. I. M. P. ., Tonin, L., & Diogo, P. M. J. . (2024). The contribution of theory building to the development of nursing knowledge. *Journal of Nursing Referência*, 6(3), 1–6.
<https://doi.org/10.12707/RVI24.18.34542>

Lal M. M. (2021). Why Nursing Research Matters. *The Journal of nursing administration*, 51(5), 235–236. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001005>

Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. O., Araújo, T. L., Lima, F. E. T., & Silva, V. M. (2020). Desenvolvimento das teorias de médio alcance na enfermagem [Development of middle-range theories in nursing]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170893.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>

Lee, E. Y., & Wilcox, M. E. (2022). Sleep in the intensive care unit. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 28(6), 515–521. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000912>

Lei, C., & Palm, K. (2023). Crisis resource management training in medical simulation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551708>

Lima, R. S., Oliveira, R. M., Leite, J. L., & Silva, L. F. (2018). A formação do enfermeiro na investigação na graduação: percepções docentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 4), 1735–1741.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0511>

Linders, M., Binkhorst, M., Draaisma, J. M. T., van Heijst, A. F. J., & Hogeveen, M. (2021). Adherence to the ABCDE approach in relation to the method of instruction: A randomized controlled simulation study. *BMC Emergency Medicine*, 21, 121. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00509-0>

Lin, Y., Zhou, Y., Chen, C., Yan, C., & Gu, J. (2024). Application of Kolcaba's Comfort Theory in healthcare promoting adults' comfort: A scoping review. *BMJ Open*, 14(10), e077810.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077810>

Liu, Y., Wang, L., Shao, H., Han, P., Jiang, J., & Duan, X. (2022). Nursing students' experience during their practicum in an intensive care unit: A qualitative meta-synthesis. *Frontiers in Public Health*, 10, 974244. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.974244>

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Lisboa, T. M. X. de C., Miguel, M. E. G., Jorge, M. L. F., Lima, C. V. Q., Zanetti, K. L. S., Dias, T. de O., Santos, G. V. P., Martins, F. J., Soares, R. M., Chociai, C. S., Passaglia, L. R., & Lima, B. G. da S. (2025). *O estado de choque: Classificação e estratégias iniciais de manejo*. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 7(2), 2073–2086. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2073-2086>

Luckhardt, E. M., Gunnels, M. S., & Chlan, L. L. (2022). Assessing discomfort in critically ill patients: A narrative review of the literature. *Critical Care Nurse*, 42(4), 47–54. <https://doi.org/10.4037/ccn2022280>

Marques, S., & Lino, P. (2021). Protocolo de triagem de Manchester. In *Enfermagem de urgência e emergência* (1.ª ed., pp. 25–30). Lidel.

Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). Conforto: contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>

Mathur, S., Patel, J., & Goldstein, S. (2023). Bispectral index. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539809/>

Ministério da Saúde. (2002, 6 de março). Despacho Normativo n.º 11/2002. *Diário da República, Série I-B, n.º 55*, 1865–1866. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>

Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Governo de Portugal. https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Cuidados_Intensivos/Relat%C3%B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Nacional%20das%20UCI%202013.pdf
<https://www.acss.min-saude.pt+13files.diariodarepublica.pt+13>

Ministério da Saúde. (2013, 7 de março). Despacho n.º 3635/2013. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 47, 8528–8530. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3635-2013-1977645>

Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 153, 20673–20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp->

[content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva_v2020.pdf](#)
[files.diariodarepublica.pt+8acss.min-saude.pt+8sns.gov.pt+8](#)

Ministério da Saúde. (2022, 8 de setembro). *Despacho n.º 10901/2022: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 174, pp. 93–99. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Ministério da Saúde. (2023). *Despacho n.º 4765/2023, de 20 de abril: Estratégia Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026*. *Diário da República*, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4765-2023-212075894>

Ministério da Saúde & Ministério das Finanças. (2016, 6 de abril). *Despacho n.º 4835-A/2016: Orientações sobre acesso prioritário nos serviços de urgência e reorganização da gestão hospitalar*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 68. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4835-a-2016-74076053>

Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development: A metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>

Monegro, A. F., Muppidi, V., & Regunath, H. (2024). Hospital-acquired infections. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441857/>

Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., & Morais, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: A hora da mudança. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(11), 627–634. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>

Morse, A. M., & Bender, E. (2019). Sleep in hospitalized patients. *Clocks & Sleep*, 1(1), 151–165. <https://doi.org/10.3390/clockssleep1010014>

Mousavi Shabestari, M., Jabbarzadeh Tabrizi, F., Roshangar, F., Ghahramanian, A., Zamanzadeh, V., Sarbakhsh, P., & Agom, D. A. (2024). Perception of uncertainty by nurses in clinical decision-making: A qualitative study. *Heliyon*, 10(16). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e36228>

Mrayyan, M. T., Algunmeeyn, A., Abunab, H. Y., Kutah, O. A., Alfayoumi, I., & Khait, A. A. (2023). Attributes, skills and actions of clinical leadership in nursing as reported by hospital nurses: A cross-sectional study. *BMJ Leader*. <https://doi.org/10.1136/leader-2022-000672>

Naef, R., Jeitziner, M.-M., Riguzzi, M., von Felten, S., Verweij, L., Rufer, M., Safford, J., Sutter, S., Bergmann-Kipfer, B., Betschart, U., Boltshauser, S., Brülisauer, N., Brunner, C., Bühler, P. K., Burkhalter, H., Dullenkopf, A., Heise, A., Hertler, B., Hoffmann, J. E., Zante, B. (2025). Nurse-led family support intervention for families of critically ill patients: The FICUS cluster randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 185(9), 1138–1149. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.3406>

Naz, H., & Ahmad Ganaie, N. (2023). Prática baseada em evidências em enfermagem: Uma revisão abrangente. *Revista de Medicina Clínica e Pesquisa em Saúde (CMHRJ)*, 3(6), 713–715. <https://doi.org/10.18535/cmhrj.v3i6.254>

Nibbelink, C. W., & Brewer, B. B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 917–928. <https://doi.org/10.1111/jocn.14151>

Noitz, M., Preining, S., Jenny, D., Langthaler, S., Erblisch, R., Tschoellitsch, T., Meier, J., & Dünser, M. W. (2025). The predictive value of clinical signs to identify shock in critically ill patients. *Diagnostics*, 15(17), 2252. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15172252>

Nowak, B., & Berry, C. (2021). Rehabilitation concerns in the geriatric critically ill and injured - Part 2. *Critical Care Clinics*, 37(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2020.08.008>

Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em enfermagem: Manual de ética, direito e deontologia profissional I*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/41867>

Olsen, E., Novikov, Z., Sakata, T., Lambert, M. H., Lorenzo, J., Bohn, R., & Singer, S. J. (2024). More isn't always better: Technology in the intensive care unit. *Health Care Management Review*, 49(2), 127–138. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000398>

Ordem dos Enfermeiros. (1996, 4 de setembro). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre investigação em enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia orientador de boa prática* (Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, n.º 1).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.*

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Conselho Jurisdicional. *Parecer CJ 274/2014: Colheita de sangue para determinação do teor de álcool ou de substâncias psicotrópicas.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_274_2014_Colheita_Sangue_determinacao_valor_de_alcoolemia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica* (Regulamento n.º 361/2015). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 123, 26 de junho.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Código Deontológico. *Diário Da República*, 156, cap. VI

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem.* Edição portuguesa.

Organização Mundial de Saúde. (2024). Cardiovascular diseases (CVDs).

<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cardiovascular-diseases>

Oyama, Y., Yamase, H., Fujita, K., Tashita, H., Honda, T., Yoshida, K., & Nagata, A. (2025). Critically ill patients' experiences of discomfort and comfort in the intensive care unit: A qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*, 38(2), 101–115. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.08.011>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lahu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pal, J., Taywade, M., Pal, R., & Sethi, D. (2022). Noise pollution in intensive care unit: A hidden enemy affecting the physical and mental health of patients and caregivers. *Noise & Health*, 24(114), 130–136. https://doi.org/10.4103/nah.nah_79_21

Patil, S. J., Ambulkar, R., & Kulkarni, A. P. (2023). Patient safety in intensive care unit: What can we do better? *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 27(3), 163–165. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24415>

Pazout, J., Nemy, M., Mikes, J., Jirman, J., Kubr, J., Niebauerova, E., Macik, M., Pech, M., Stajnr, M., Vanek, J., Waldauf, P., Zvonicek, V., Vyslouzilova, L., Babuska, R., & Duska, F. (2025). SmartAlert: A machine learning–based patient–ventilator asynchrony detection system in intensive care units. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 269, 108927. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2025.108927>

Pedreirinho, A., Godinho, H., Pinto, M., Correia, P., Mendes, F., & Marques, M. (2016). A fadiga dos alarmes na segurança do doente: Revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(2), 544–562. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(2\).544](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2).544)

Perry, H., Alight, A., & Wilcox, M. E. (2024). Light, sleep and circadian rhythm in critical illness. *Current Opinion in Critical Care*, 30(4), 283–289. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000001163>

Phillips, E. C., Smith, S. E., Tallentire, V., & Blair, S. (2024). Systematic review of clinical debriefing tools: attributes and evidence for use. *BMJ quality & safety*, 33(3), 187–198. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015464>

Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. (2023). *Attitudes and barriers to evidence-based practice: point of view of Portuguese nurses specialized in medical-surgical nursing*. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(3), 934–942. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0010>

Pulak, L. M., & Jensen, L. (2016). Sleep in the intensive care unit: A review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1), 14–23. <https://doi.org/10.1177/0885066614538749>

Ramos, R. M. V., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S., & Oliveira, J. P. P. C. (2018). Vivências da família do doente crítico: Um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 5–10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>

Ramsey, S., Shehatta, A. L., Ramanathan, K., Shekar, K., Brodie, D., Diaz, R., Roberts, A., Cruz, S., Hodgson, C., & Zakhary, B. (2025). Extracorporeal Life Support Organization 2024 guideline for early rehabilitation or mobilization of adult patients on extracorporeal membrane oxygenation. *ASAIO Journal*, 71(3), 187–199. <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000002375>

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva (2020). *Medicina Intensiva: Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina*

Intensiva (pp. 1-104). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf

Regulamento n.º 167/2011 — *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Diário da República, 1.ª série, n.º 47. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/167-2011-1979441>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 26, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 135, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 184, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Reifarh, E., Böll, B., Kochanek, M., & Garcia Borrega, J. (2024). Communication strategies for expressing empathy during family-clinician conversations in the intensive care unit: A mixed methods study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 81, 103601. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103601>

Rodríguez-Nogueira, Ó., Leirós-Rodríguez, R., Pinto-Carral, A., Álvarez-Álvarez, M. J., Morera-Balaguer, J., & Moreno-Poyato, A. R. (2022). The association between empathy and the physiotherapy-patient therapeutic alliance: A cross-sectional study. *Musculoskeletal Science & Practice*, 59, 102557. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102557>

Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: *Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. London: Royal College of Physicians. https://www.rcp.ac.uk/media/a4ibkbbf/news2-final-report_0_0.pdf

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Russotto, V., & Sorbello, M. (2025). Airway management in critically ill patients. *BJA Education*, 25(9), 375–381. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2025.05.003>

- Sandvik, R. K., Olsen, B. F., Rygh, L. J., & Moi, A. L. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1488–1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508–511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Santos, B. C. & Magri, M. D. F. (2024). Ética e enfermagem: Uma análise dos princípios bioéticos. *Revista Ilustração*, 5(4), 211–221. <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v5i4.339>
- Sardo, P. M. G. (2023). Nursing workload assessment in an intensive care unit: The Nursing Activities Score (NAS). *Nursing in Critical Care*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/nicc.12854>
- Schmitz, T. M., Richter, S. A., Capellari, C., Marques, M. A. R., Guimarães, M. K. de O. R., Kaiser, D. E., Ribeiro, M. R. R., & Ferreira, G. E. (2021). Clinical management initiatives undertaken by nurses in a strategic leadership position. *Research, Society and Development*, 10(3), e17210313149. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13149>
- Secunda, K. E., & Kruser, J. M. (2022). Patient-centered and family-centered care in the intensive care unit. *Clinics in Chest Medicine*, 43(3), 539–550. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2022.05.008>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15–23. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962003.pdf>
- Shafiei, A., Arsalani, N., Beyrami Jam, M., & Khankeh, H. R. (2024). The impact of surge capacity enhancement training for nursing managers on hospital disaster preparedness and response: An action research study. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-00930-1>
- Shahmari, M., Dashti, S., Jafari, M., & et al. (2025). Nurses' lived experiences of self-control in emergency situations: A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 25, 46. <https://doi.org/10.1186/s12873-025-01205-z>
- Silva, A. D., & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>

Silva, A. G. I., Silva, F. J. N. da, Costa, F. da, Alcântara, G. da C., & Costa, G. F. (2021). Boas práticas de liderança do enfermeiro no contexto hospitalar. *Nursing*, 24(276), 5726–5730. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5726-5735>

Silva, L. A., Dias, A. K., Gonçalves, J. G., Pereira, N. R., & Pereira, R. A. (2019). Atuação da enfermagem em urgência e emergência. *Revista Extensão*, 3(1), 83–92. <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/1688>

Silveira, D., Bock, L., & Silva, E. (2012). Quality of Sleep in intensive care units: a literature review. *Journal of Nursing*, 6, 898–905. <https://www.semanticscholar.org/paper/Quality-of-sleep-in-intensive-care-units%3A-a-review-Silveira-Bock/5a5d31e7786eec24e2172cb987ec1fffb4cfa058#citing-papers>

Simões, C., Araújo, C., Araújo, N., Fernandes, F., & Sousa, L. (2020). Principais problemas éticos nos cuidados de saúde primários. *Revista ROL de Enfermaria*, 43(1, Suppl. Digital), 272–281. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-193319>

Singleterry, L. R., & Caulfield, S. L. (2021). Holistic approaches to support sleep in intensive care unit patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 33(2), 131–144. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2021.01.005>

Sinha, S., Geller, B., Katz, J., Arslanian-Engoren, C., Barnett, C., Bohula, E., Damluji, A., Menon, V., Roswell, R., Vallabhajosyula, S., Vest, A., Van Diepen, S., & Morrow, D. (2025). Evolution of Critical Care Cardiology: An Update on Structure, Care Delivery, Training, and Research Paradigms: A Scientific Statement From the American Heart Association.. *Journal of the American College of Cardiology*. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.02.002>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2024). *Recomendações: Modelo de seguimento da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos (SPICI) e follow-up do doente e família*. https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPICI_e_followup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C., Severino, S. S., & Antunes, V. (2017). *Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem*. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 21, 17–26. <https://www.researchgate.net/publication/321319742>

Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (22), 49–57. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>

Souza, J. D. A., Pessoa Júnior, J. M., & Miranda, F. A. N. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 14(12), 107–116. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388250148013>

Souza, T., Azzolin, K., & Fernandes, V. (2018). Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(e2017-0157), 1983–1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157>

StatPearls. (2024). Ventilator safety and pre-use checks. In Ventilator Safety. Retrieved from NCBI Bookshelf.

Stollings, J. L., Kotfis, K., Chanques, G., Schulte, P. J., Slooter, A. J. C., & Devlin, J. W. (2021). Delirium in critically ill patients: Clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Medicine*, 47, 1089–1103. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>

Suzuki, K., Endo, A., Akutsu, T., Hoshi, H., Ogura, T., Shiraishi, A., Kushimoto, S., Miyake, T., Hiroe, N., Inoue, K., Hifumi, T., Miyake, T., Matsuoka, A., Takayama, W., Naito, H., Sasaki, T., Fujita, M., Miyazaki, K., Ushio, N., Saoyama, Y., Kirizume, K., Iida, A., Yoshimura, Y., Wada, T., Kato, K., Sueyoshi, K., Hamaguchi, M., Kaneko, T., & Morishita, K. (2025). External validation of the revised lethal triad criteria for appropriate strategic decision-making. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004782>

Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). O perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 137–150). Lidel.

Thim, T., Krarup, N. H., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International journal of general medicine*, 5, 117–121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>

van den Ende, E. S., Merten, H., Van der Roest, L., Toussaint, B., van Rijn, Q., Keesenberg, M., Ladders, A. M., van Veldhuizen, K., Vos, I. E., Hoekstra, S., & Nanayakkara, P. W. B. (2022). Evaluation of nonpharmacologic interventions and sleep outcomes in hospitalized medical and surgical patients: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open*, 5(9), e2232623. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.32623>

Van den Oever, F., & Schraagen, J. M. (2021). Team communication patterns in critical situations. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 15(1), 28–51. <https://doi.org/10.1177/1555343420986657>

Verboncu, I., & Condurache, A. (2016). Diagnostics vs. SWOT analysis. *Revista de Management Comparat International*, 17(2), 114–122. <https://rmci.ase.ro/no17vol2/03.pdf>

Vieira, I. S. A., Simões, A. C. M. A., Martins, I. S. N., Maia, T. H., Cavalcanti, A. C. S., Medeiros, R. C. D., Santos, A. L. S., & Borges, G. C. L. (2024). Complications after percutaneous coronary intervention: An integrative review. *Lumen et Virtus*, 15(41), 5063–5072. <https://doi.org/10.56238/leuv15n41-014>

Vieira, J. V., Deodato, S., & Mendes, F. (2021). Conceptual Models of Nursing in Critical Care. *Critical Care Research and Practice*, 2021, Article ID 5583319. <https://doi.org/10.1155/2021/5583319>

Vincent, J. L., Cecconi, M., & Saugel, B. (2019). Is this patient really “(un)stable”? How to describe cardiovascular dynamics in critically ill patients. *Critical Care*, 23(272). <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2551-1>

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

World Medical Association (2013) *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Zaboli, A., Biasi, C., Magnarelli, G., Miori, B., Massar, M., Pfeifer, N., Brigo, F., & Turcato, G. (2025). Arterial blood gas analysis and clinical decision-making in emergency and intensive care unit nurses: A performance evaluation. *Healthcare*, 13, Article 261. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030261>

Zachariasse, J. M., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Freitas, P., Smit, F. J., Roukema, G. R., & Moll, H. A. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PLoS ONE*, 12(2), e0170811. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811>

APÊNDICES

APÊNDICE I - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

		2024								2025						
Cronologia		Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Local de Estágio								SU	SU	SU	SMI	SMI	UCIC	UCIC		
Atividades	Redação da revisão da literatura	■	■													
	Elaborar um poster científico com os principais achados da revisão					■	■									
	Apresentar poster em um congresso						■									
	Reunir com o enfermeiro chefe e coordenador do serviço							■	■	■	■	■	■	■		
	Realizar observação direta das componentes ambientais e funcionais dos serviços							■	■	■	■	■	■	■		
	Desenvolver um protocolo de promoção do sono baseado no modelo <i>Quiet Time</i> de cada contexto							■	■	■	■	■	■	■		
	Validar informalmente o protocolo junto dos enfermeiros gestores, coordenadores e supervisores de estágio							■	■		■		■			
	Propor o protocolo de promoção do sono baseado no modelo <i>Quiet Time</i> , às equipas de enfermagem das unidades envolvidas							■	■		■		■			
	Realizar sessões de formação por unidade, com recurso a metodologia expositiva-dialogada									■		■		■		
	Disponibilizar o protocolo às equipas de enfermagem									■		■		■		
	Aplicar um questionário de avaliação das sessões									■		■		■		
	Interpretar os resultados da avaliação														■	■

APÊNDICE II - POSTER “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO SONO EM DOENTES CRÍTICOS: REVISÃO INTEGRATIVA”




INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO SONO EM DOENTES CRÍTICOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Autores: Diana Teixeira¹; Tiago Alves²; Filipe Fernandes³; Isabel Araújo⁴

¹ Unidade de Hemodiálise da Maia | Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | diana-fc-4@hotmail.com | **Autor Principal**

^{3,4,5} Professor Adjunto, Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Portugal. IA&Saúde - The Artificial Intelligence and Health Research Unit, Polytechnic University of Health, CESPU, CRL 4760-409 Vila Nova de Famalicão | ilf.essva@cespu.pt

Introdução:

O sono é essencial para o bem-estar físico e psicológico de todos os indivíduos. Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a implementação de intervenções de enfermagem para promover o sono é fundamental para melhorar a **qualidade dos cuidados** e acelerar a **recuperação dos doentes**.

Objetivo: Analisar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras do sono em doentes críticos internados em UCI.

Metodologia:

- Revisão integrativa da literatura
- Seguindo as diretrizes PRISMA
- Bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e PubMed
- Palavras-Chave: Promoção do sono; Intervenções de enfermagem; Doente crítico e Unidade de Cuidados Intensivos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Estudos publicados entre 2018-2024	População pediátrica
Texto integral de acesso livre	Abordagens medicamentosas
Idioma: Inglês ou Espanhol	Estudos que não respondem ao objetivo
Contexto Unidade de Cuidados Intensivos	

No total 169 artigos, foram selecionados 4 artigos para análise. Os dados foram extraídos de forma sistemática e analisados através de uma síntese temática, visando identificar as principais intervenções de enfermagem e a sua eficácia na promoção do sono em doentes críticos.

Resultados:

Intervenções não farmacológicas mais frequentemente utilizadas:

- Gestão do ruído
 - Redução da comunicação verbal
 - Limitação de cuidados não urgentes durante a noite
- Gestão dos alarmes
- Adaptação da luminosidade
- Uso de máscaras oculares e protetores auriculares

Conclusão:

As intervenções de enfermagem promotoras do sono em doentes críticos, como a gestão do ambiente e a redução do ruído, são eficazes e podem ser integradas na prática clínica. A implementação de protocolos e a formação contínua são recomendadas para garantir a sua eficácia e melhorar os resultados clínicos.

Referências:

- Edwards, J. B., & Homann, F. (2020). Preventing sleep in the intensive care unit. *SAGE Open Nursing*, 6. <https://doi.org/10.1177/215908220930299>
- Haug, 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*, 102(7), e49294. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000049294>
- Kassem, M. P., Roderick, N. S., Tapp, R. S., Berman, M., & Pines, M. A. (2019). Creating calmness: An evidence-based, nonpharmacologic intensive care unit sleep promotion protocol. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 189-197. <https://doi.org/10.1016/j.jpx.2019.01.004>
- Pal, J., Tyranova, M., Pa, R., & Sisti, D. (2022). Noise pollution in intensive care unit: A hidden enemy affecting the physical and mental health of patients and caregivers. *Noise & Health*, 24(114), 130-134. https://doi.org/10.4103/nah.nah_39_24

APÊNDICE III – PROTOCOLO *QUIET TIME* SU

Protocolo		'Quiet Time' na Serviço de Urgência	
Público-alvo:		Enfermeiros	
Data da execução		Janeiro 2025	
Data da revisão		Janeiro 2027	
Problemática		Doentes idosos com autonomia limitada que passam a noite no serviço de urgência têm maior risco de mortalidade e morbidade hospitalar (Roussel et al., 2023) Os problemas de sono nas pessoas em situação crítica apresentam uma prevalência significativa e uma natureza multifacetada, afetando de maneira substancial a sua recuperação e os resultados globais em termos de saúde. Entre os fatores que contribuem para os distúrbios do sono, encontram-se o ruído ambiental, as intervenções médicas frequentes e os fatores de stress psicológico. A implementação de intervenções não farmacológicas para abordar estas questões pode resultar numa melhoria da qualidade do sono e na satisfação dos doentes (Zhang et al., 2025)	
Objetivo geral		Promover a qualidade do sono dos doentes no serviço de urgência através da adaptação do protocolo "Quiet Time".	
Objetivo específico		Uniformizar os cuidados de enfermagem Promover o conforto físico, psicológico e ambiental do doente Promover o sono dos doentes	
Horário	Tipologia	Domínio	Intervenções
21H-23H	Intervenções Autónomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> Promover ritmos circadianos e o sono do doente ^{*3,5}; Prestar cuidados de higiene e conforto, incluindo higiene oral, aspiração de secreções, aplicar creme e posicionamentos ^{*3}; Prevenir úlceras de pressão ^{*3}; Otimizar cateteres; Trocar dispositivos como cateteres urinários, sondas gástricas, cateter venoso ou central, pensos até às 23h. ^{*2}; Monitorizar e verificar oxímetro e elétrodos para garantir leituras precisas ^{*4}; Ajustar as configurações de alarme dos monitores e ventiladores de acordo com a condição clínica do doente. ^{*1,3}; Apoio emocional ao doente, ouvir os seus medos e ansiedade ^{*5}; Orientação do doente no tempo e espaço.
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> Organizar ambiente do doente ^{*3}; Regular a temperatura ambiente para garantir conforto ^{*5}.
	Intervenções interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> Coordenar com a equipa médica para garantir a avaliação do doente antes das 23h. ^{*3} Gerir a transferência de doentes, exceto em casos de emergência. Planear e ajustar os horários de administração de medicamentos. ^{*1} Gerir terapêutica indutora do sono 	

23H-06:30H	Intervenções Autónomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir ruídos no ambiente ao redor dos doentes. ^{*3,4,5} • Evitar interrupções frequentes e múltiplas. ^{*3,4} • Avaliar e registar dor do doente. ^{*1} • Fornecer tampões de ouvido e /ou máscaras oculares. ^{*1,2,3} • Proporcionar música suave ou clássica para relaxamento. ^{*1,2} • Proporcionar aromoterapia ^{*2,3} • Permitir que o doente tenha um ciclo completo de sono (90-120 minutos) sem ser interrompido. ^{*3,5} • Avaliar e planear cuidadosamente os prós e contras de mudanças frequentes de posicionamentos. ^{*3} • Coordenação de intervenções para evitar interrupções sucessivas. ^{*3,4,5}
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Moderar conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno. ^{*1,3} • Trocar as perfusões a finalizar antes que os alarmes se ativem. ^{*3} • Correr cortinas laterais entre doentes. • Ajustar o volume dos alarmes dos ventiladores e das bombas de infusão. ^{*1} • Ajustar a intensidade das luzes nos dispositivos de eletromedicina e ativar o modo de privacidade/noturno no monitor. ^{*3} • Apagar as luzes na unidade do doente. ^{*3} • Definir o volume do telefone na área de trabalho para o nível mais baixo. ^{*5} • Reduzir a luminosidade da área de trabalho, recorrer a uma luz de presença durante a aproximação ao doente. ^{*3}
	Intervenções interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir a terapêutica analgésica em colaboração com a equipa medica. ^{*1,5} • Garantir a sincronização com a ventilação e verificar se é necessário ajustar o modo ventilatório. ^{*1} 	
06:30H-08:30H	Intervenções Autónomas		<ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenções terapêuticas realizadas. • Prestar cuidados ao doente.

Referências Bibliográficas:

1. Edvardsen, J. B., & Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. SAGE *Open Nursing*, 6. <https://doi.org/10.1177/2377960820930209>
2. 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*, 102(52), e36298. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036298>;
3. Knauert, M. P., Redeker, N. S., Yaggi, H. K., Bennick, M., & Pisani, M. A. (2018). Creating naptime: An overnight, nonpharmacologic intensive care unit sleep promotion protocol. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 180–187. <https://doi.org/10.1177/2374373517747242>
4. Pal, J., Taywade, M., Pal, R., & Sethi, D. (2022). Noise Pollution in Intensive Care Unit: A Hidden Enemy affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers. *Noise & health*, 24(114), 130–136. https://doi.org/10.4103/nah.nah_79_21;
5. Lima, A. M. C., do Carmo, B. P. S., & de Matos, C. J. O. (2020). Interrupção do sono na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa acerca dos fatores associados. *Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy*, 11. <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2020.0006>
6. Zhang, M., Yang, F., Wang, C., Xiu, M., & Zhang, W. (2025) Summary of the Best Evidence for Non-Pharmacological Management of Sleep Disturbances in Intensive Care Unit Patients. *Journal of Clinical Nursing* <https://doi.org/10.1111/jocn.17622>;
7. Roussel, M., Teissandier, D., Yordanov, Y., Balen, F., Noizet, M., Tazarourte, K., Bloom, B., Catoire, P., Berard, L., Cachanado, M., Simon, T., Laribi, S., Freund, Y., *JAMA internal medicine*, 183(12), 1378–1385. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.5961>

APÊNDICE IV - PROTOCOLO *QUIET TIME* SMI


Protocolo		'Quiet Time' no Serviço de Medicina Intensiva	
Público-alvo	Enfermeiros		
Data da execução	Março 2025		
Data da revisão	Março 2027		
Problemática	Os problemas de sono nos doentes internados em serviços de medicina intensiva (SMI) apresentam uma prevalência significativa e uma natureza multifacetada, afetando de maneira substancial a sua recuperação e os resultados globais em termos de saúde. Entre os fatores que contribuem para os distúrbios do sono, encontram-se o ruído ambiental, as intervenções médicas frequentes e os fatores de stress psicológico. A implementação de intervenções não farmacológicas para abordar estas questões pode resultar numa melhoria da qualidade do sono e na satisfação dos doentes (Zhang et al., 2025)		
Objetivo geral	Promover a qualidade do sono dos doentes no Serviço Medicina Intensiva através da adaptação do protocolo "Quiet Time".		
Objetivo específico	Uniformizar os cuidados de enfermagem Promover o conforto físico, psicológico e ambiental do doente Promover o sono dos doentes		
Horário	Tipologia	Domínio	Intervenções
21H-23H	Intervenções Autónomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> Promover ritmos circadianos e o sono do doente ^{*3,5}; Prestar cuidados de higiene e conforto, incluindo higiene oral, aspiração de secreções, manutenção da traqueostomia ou tubo orotraqueal, massagem e posicionamentos ^{*3}; Prevenir úlceras de pressão ^{*3}; Otimizar cateteres; Trocar dispositivos como cateteres urinários, sondas gástricas, cateter venoso ou central, curativos até às 23h. ^{*2}; Monitorizar e verificar oxímetro e elétrodos para garantir leituras precisas ^{*4}; Ajustar as configurações de alarme dos monitores e ventiladores de acordo com a condição clínica do doente. ^{*1,3}; Apoio emocional ao doente, ouvir os seus medos e ansiedades ^{*5}; Orientação do doente no tempo e espaço.
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> Organizar ambiente: assegurar gestão de stock reposto e que tanto a unidade do doente quanto a área de trabalho estejam limpas ^{*3}; Regular a temperatura ambiente para garantir conforto ^{*5}.
	Intervenções interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> Coordenar com a equipa médica para garantir a avaliação do doente antes das 23h. ^{*3} Gerir a transferência e/ou admissão de doentes até as 23h, exceto em casos de emergência. ^{*3} Planear e ajustar os horários de administração de medicamentos. ^{*1} Gerir terapêutica indutora do sono 	

23H-05H	Intervenções Autónomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir ruídos no ambiente ao redor dos doentes. ^{*3,4, 5} • Evitar interrupções frequentes e múltiplas. ^{*3,4} • Avaliar e registar dor do doente. ^{*1} • Fornecer tampões de ouvido e /ou máscaras oculares. ^{*1,2, 3} • Proporcionar música suave ou clássica para relaxamento. ^{*1,2} • Permitir que o doente tenha um ciclo completo de sono (90-120 minutos) sem ser interrompido. ^{*3,5} • Avaliar e planear cuidadosamente os prós e contras de mudanças frequentes de posicionamentos. ^{*3} • Coordenação de intervenções para evitar interrupções sucessivas. ^{*3,4,5}
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Moderar conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno. ^{*1, 3} • Trocar as perfusões a finalizar antes que os alarmes se ativem. ^{*3} • Ajustar o volume dos alarmes dos ventiladores e das bombas de infusão. ^{*1} • Ajustar a intensidade das luzes nos dispositivos de eletromedicina e ativar o modo de privacidade/noturno no monitor. ^{*3} • Apagar as luzes na unidade do doente. ^{*3} • Definir o volume do telefone na área de trabalho para o nível mais baixo. ^{*5} • Reduzir a luminosidade da área de trabalho. ^{*3}
	Intervenções interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir a terapêutica analgésica em colaboração com a equipa medica. ^{*1, 5} • Garantir a sincronização com a ventilação mecânica e verificar se é necessário ajustar o modo ventilatório. ^{*1} 	
05H-08:30H	Intervenções Autónomas		<ul style="list-style-type: none"> • Registrar diagnóstico de sono alterado com as atitudes terapêuticas realizadas. • Avaliação do sono com recurso ao Richards-Campbell Sleep Questionnaire. • Prestar cuidados ao doente e realizar colheitas.

Referências Bibliográficas:

1. Edvardsen, J. B., & Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *SAGE Open Nursing*, 6. <https://doi.org/10.1177/2377960820930209>
2. 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*, 102(52), e36298. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036298>;
3. Knauert, M. P., Redeker, N. S., Yaggi, H. K., Bennick, M., & Pisani, M. A. (2018). Creating naptime: An overnight, nonpharmacologic intensive care unit sleep promotion protocol. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 180–187. <https://doi.org/10.1177/2374373517747242>
4. Pal, J., Taywade, M., Pal, R., & Sethi, D. (2022). Noise Pollution in Intensive Care Unit: A Hidden Enemy affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers. *Noise & health*, 24(114), 130–136. https://doi.org/10.4103/nah.nah_79_21;
5. Lima, A. M. C., do Carmo, B. P. S., & de Matos, C. J. O. (2020). Interrupção do sono na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa acerca dos fatores associados. *Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy*, 11, <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2020.0006>
6. Zhang, M., Yang, F., Wang, C., Xiu, M., & Zhang, W. (2025) Summary of the Best Evidence for Non-Pharmacological Management of Sleep Disturbances in Intensive Care Unit Patients. *Journal of Clinical Nursing* <https://doi.org/10.1111/jocn.17622>;
7. Roussel, M., Teissandier, D., Yordanov, Y., Balen, F., Noizet, M., Tazarourte, K., Bloom, B., Catoire, P., Berard, L., Cachanado, M., Simon, T., Laribi, S., Freund, Y., *JAMA internal medicine*, 183(12), 1378–1385. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.5961>

APÊNDICE V - PROTOCOLO *QUIET TIME* UCIC



Protocolo		'Quiet Time' na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia	
Público-alvo		Enfermeiros	
Data da execução		Maio 2025	
Data da revisão		Maio 2027	
Problemática		Os problemas de sono nos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos apresentam uma prevalência significativa e uma natureza multifacetada, afetando de maneira substancial a sua recuperação e os resultados globais em termos de saúde. Entre os fatores que contribuem para os distúrbios do sono, encontram-se o ruído ambiental, as intervenções médicas frequentes e os fatores de stress psicológico. A implementação de intervenções não farmacológicas para abordar estas questões pode resultar numa melhoria da qualidade do sono e na satisfação dos doentes (Zhang et al., 2025)	
Objetivo geral		Promover a qualidade do sono dos doentes na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) através da adaptação do protocolo "Quiet Time".	
Objetivo específico		Uniformizar os cuidados de enfermagem Promover o conforto físico, psicológico e ambiental do doente Promover o sono dos doentes	
Horário	Tipologia	Domínio	Intervenções
21H-23H	Intervenções Autónomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover ritmos circadianos e o sono do doente ^{*3,5}; • Prestar cuidados de higiene e conforto, incluindo higiene oral, aspiração de secreções, aplicar creme e posicionamentos ^{*3}; • Prevenir úlceras de pressão ^{*3}; • Otimizar cateteres; • Trocar dispositivos como cateteres urinários, sondas gástricas, cateter venoso ou central, pensos até às 23h. ^{*2}; • Monitorizar e verificar oxímetro e elétrodos para garantir leituras precisas ^{*4}; • Ajustar as configurações de alarme dos monitores e ventiladores de acordo com a condição clínica do doente. ^{*1,3}; • Apoio emocional ao doente, ouvir os seus medos e ansiedade ^{*5}; • Orientação do doente no tempo e espaço.
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar ambiente: assegurar gestão de stock reposto e que tanto a unidade do doente quanto a área de trabalho estejam limpas ^{*3}; • Regular a temperatura ambiente para garantir conforto ^{*5}.
	Intervenções interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar com a equipa médica para garantir a avaliação do doente antes das 23h. ^{*3} • Gerir a transferência e/ou admissão de doentes até as 23h, exceto em casos de emergência. ^{*3} • Planear e ajustar os horários de administração de medicamentos. ^{*1} • Gerir terapêutica indutora do sono 	

23H-06:30H	Intervenções Autónomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir ruídos no ambiente ao redor dos doentes. ^{*3,4,5} • Evitar interrupções frequentes e múltiplas. ^{*3,4} • Avaliar e registar dor do doente. ^{*1} • Fornecer tampões de ouvido e /ou máscaras oculares. ^{*1,2,3} • Proporcionar música suave ou clássica para relaxamento. ^{*1,2} • Proporcionar aromoterapia ^{*2,3} • Permitir que o doente tenha um ciclo completo de sono (90-120 minutos) sem ser interrompido. ^{*3,5} • Avaliar e planear cuidadosamente os prós e contras de mudanças frequentes de posicionamentos. ^{*3} • Coordenação de intervenções para evitar interrupções sucessivas. ^{*3,4,5}
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Moderar conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno. ^{*1,3} • Trocar as perfusões a finalizar antes que os alarmes se ativem. ^{*3} • Correr cortinas laterais entre doentes. • Ajustar o volume dos alarmes dos ventiladores e das bombas de infusão. ^{*1} • Ajustar a intensidade das luzes nos dispositivos de eletromedicina e ativar o modo de privacidade/noturno no monitor. ^{*3} • Apagar as luzes na unidade do doente. ^{*3} • Definir o volume do telefone na área de trabalho para o nível mais baixo. ^{*5} • Reduzir a luminosidade da área de trabalho, recorrer a uma luz de presença durante a aproximação ao doente. ^{*3}
	Intervenções interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir a terapêutica analgésica em colaboração com a equipa medica. ^{*1,5} • Garantir a sincronização com a ventilação e verificar se é necessário ajustar o modo ventilatório. ^{*1} 	
06:30H-08:30H	Intervenções Autónomas		<ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenções terapêuticas realizadas. • Avaliação do sono com recurso ao Richards-Campbell Sleep Questionnaire. • Prestar cuidados ao doente e realizar colheitas.

Referências Bibliográficas:

1. Edvardsen, J. B., & Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *SAGE Open Nursing*, 6. <https://doi.org/10.1177/2377960820930209>
2. 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*, 102(52), e36298. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036298>;
3. Knauert, M. P., Redeker, N. S., Yaggi, H. K., Bennick, M., & Pisani, M. A. (2018). Creating naptime: An overnight, nonpharmacologic intensive care unit sleep promotion protocol. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 180–187. <https://doi.org/10.1177/2374373517747242>
4. Pal, J., Taywade, M., Pal, R., & Sethi, D. (2022). Noise Pollution in Intensive Care Unit: A Hidden Enemy affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers. *Noise & health*, 24(114), 130–136. https://doi.org/10.4103/nah.nah_79_21;
5. Lima, A. M. C., do Carmo, B. P. S., & de Matos, C. J. O. (2020). Interrupção do sono na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa acerca dos fatores associados. *Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy*, 11. <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2020.0006>
6. Zhang, M., Yang, F., Wang, C., Xiu, M., & Zhang, W. (2025) Summary of the Best Evidence for Non-Pharmacological Management of Sleep Disturbances in Intensive Care Unit Patients. *Journal of Clinical Nursing* <https://doi.org/10.1111/jocn.17622>;
7. Roussel, M., Teissandier, D., Yordanov, Y., Balen, F., Noizet, M., Tazarourte, K., Bloom, B., Catoire, P., Berard, L., Cachanado, M., Simon, T., Laribi, S., Freund, Y., *JAMA internal medicine*, 183(12), 1378–1385. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.5961>

APÊNDICE VI - PLANO DE SESSÃO FORMATIVA SU



PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Tema: Adaptação do Protocolo 'Quiet Time' no Serviço de Urgência: Promover o Sono dos Doentes

Local: Sala de reuniões

Serviço: Urgência Médico-Cirúrgica

Formador: Diana Teixeira

Público-alvo: Enfermeiros do serviço de urgência medico- cirúrgica

Data/Hora: 18 de fevereiro 2025 às 14h

Objetivo geral	Objetivos específicos	Conteúdos	Metodologia	Materiais	Duração
Promover a qualidade do sono dos doentes no Serviço de Urgência através da possível adaptação do protocolo "Quiet Time".	<p>Compreender a relevância do sono e das suas implicações.</p> <p>Desenvolvimento de protocolo com uma possível aplicabilidade no SU.</p> <p>Uniformizar os cuidados de enfermagem na promoção do sono do doente.</p>	<p>1. Introdução: Relevância do sono no SU</p> <p>2. Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problema: Fatores que prejudicam o sono no SU • Impactos da privação do sono: O preço da falta de sono • O programa "quiet time" • Benefícios esperados: Importância do "quiet time" • Estratégias de implementação: Como implementar o programa • Monitorização e avaliação: Como medir o impacto do programa <p>3. Conclusão: Resumo dos aspetos mais importantes do tema e discussão com a equipa sobre o mesmo</p> <p>4. Questionário de avaliação da formação</p>	Expositivo e interrogativo	Computador Data show	Introdução: 5 minutos Desenvolvimento: 15 minutos Conclusão: 10 minutos

APÊNDICE VII - PLANO DE SESSÃO FORMATIVA SMI



PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Tema: Abordagem ao Protocolo 'Quiet Time' no Serviço de Medicina Intensiva: Promover o Sono dos Doentes
Local: Webinar
Serviço: Serviço de Medicina Intensiva
Formador: Diana Teixeira
Público-alvo: Enfermeiros do serviço de Medicina Intensiva
Data/Hora: Março 2025

Objetivo geral	Objetivos específicos	Conteúdos	Metodologia	Materiais	Duração
Promover a qualidade do sono dos doentes no Serviço Medicina Intensiva através da adaptação do protocolo "Quiet Time".	<p>Compreender a relevância do sono e das suas implicações.</p> <p>Desenvolvimento de protocolo com uma possível aplicabilidade no SMI.</p> <p>Uniformizar os cuidados de enfermagem na promoção do sono do doente.</p>	<p>1. Introdução: Relevância do sono no SMI</p> <p>2. Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problema: Fatores que prejudicam o sono no SMI • Impactos da privação do sono: O preço da falta de sono • O programa 'quiet time' • Benefícios esperados: Importância do 'quiet time' • Estratégias de implementação: como implementar o programa e apresentação do protocolo. • Monitorização e avaliação: Como medir o impacto do programa- questionário Richards-Campbell Sleep. <p>3. Conclusão: Resumo dos aspetos mais importantes do tema e discussão coma equipa sobre o mesmo</p> <p>4. Questionário de avaliação da formação</p>	Expositivo e interrogativo	Computador Data show	<p>Introdução: 5 minutos</p> <p>Desenvolvimento: 15 minutos</p> <p>Conclusão: 5 minutos</p>

APÊNDICE VIII – PLANO DE SESSÃO FORMATIVA UCIC



PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Tema: Abordagem ao Protocolo 'Quiet Time' no Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia: Promover o Sono dos Doentes
Local: Gabinete de enfermagem
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC)
Formador: Diana Teixeira
Público-alvo: Enfermeiros da UCIC
Data/Hora: Maio 2025

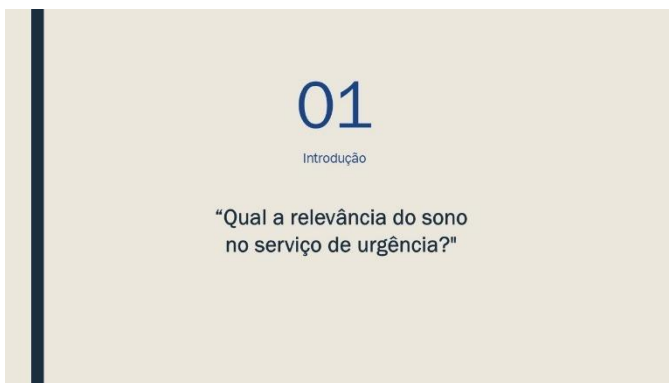
Objetivo geral	Objetivos específicos	Conteúdos	Metodologia	Materiais	Duração
Promover a qualidade do sono dos doentes na UCIC através da adaptação do protocolo "Quiet Time".	<p>Compreender a relevância do sono e das suas implicações.</p> <p>Desenvolvimento de um protocolo com uma possível aplicabilidade no UCIC.</p> <p>Uniformizar os cuidados de enfermagem na promoção do sono do doente.</p>	<p>1. Introdução: Relevância do sono na UCIC</p> <p>2. Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problema: Fatores que prejudicam o sono na UCIC • Impactos da privação do sono: O preço da falta de sono • O programa 'quiet time' • Benefícios esperados: Importância do 'quiet time' • Estratégias de implementação: como implementar o programa e apresentação do protocolo. • Monitorização e avaliação: Como medir o impacto do programa- questionário Richards-Campbell Sleep. <p>3. Conclusão: Resumo dos aspetos mais importantes do tema e discussão coma equipa sobre o mesmo</p> <p>4. Questionário de avaliação da formação</p>	Expositivo e interrogativo	Computador Data show	<p>Introdução: 3 minutos</p> <p>Desenvolvimento: 10 minutos</p> <p>Conclusão: 3 minutos</p>

APÊNDICE IX - POWERPOINT ATIVIDADE FORMATIVA SU




Índice

01	Introdução	04	O Programa 'Quiet Time'	07	Monitorização e Avaliação
02	Problema	05	Benefícios Esperados	08	Conclusão
03	Impactos da Privação de Sono	06	Estratégias de Implementação	09	Discussão
				10	Referências bibliográficas



Nos serviços de urgência (SU), a qualidade do sono é frequentemente negligenciada.



Doentes idosos com autonomia limitada que passam a noite no serviço de urgência têm maior risco de mortalidade e morbidade hospitalar. (Roussel et al., 2023)

Durante o internamento hospitalar, entre 47% e 67% dos doentes sofrem de má qualidade do sono e redução da duração do sono (Beswick et al., 2023).

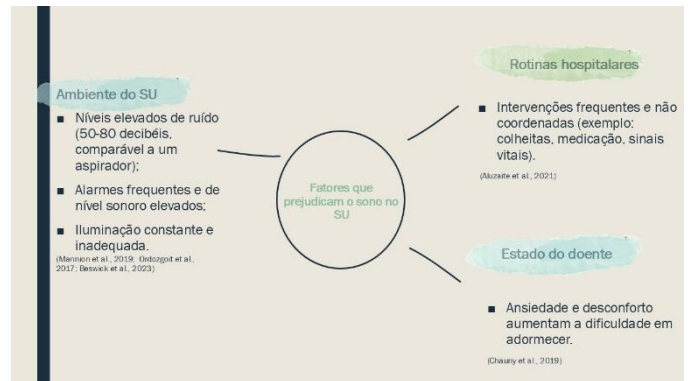
Mais de metade dos doentes no SU afirma que demoram mais de 30 minutos para adormecer e relataram acordar em média 3,5 vezes por noite. (Chauny et al., 2019)

Apenas 38% dos doentes em Serviço de urgência conseguem dormir mais de 2,8 horas contínuas. (Macfarlane, Rajapakse & Loughran, 2019)

02

Problema

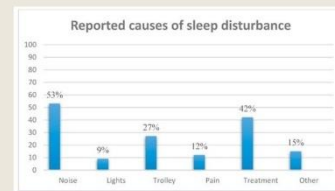
Fatores que prejudicam o sono no SU



Urgência típica



Ambiente ideal de sono



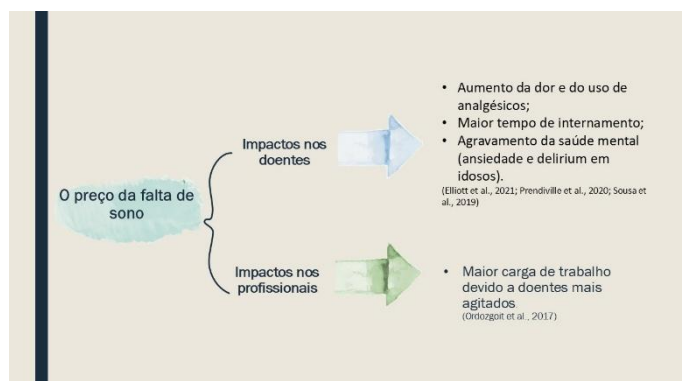
(Mannion et al., 2019)

Figura 1 - Causas autorrelatadas de distúrbios do sono em doentes internados durante a noite no serviço de urgência.

03

Impactos da Privação de Sono

O preço da falta de sono



04

O Programa 'Quiet Time'

O que é o programa 'Quiet Time'?

O que é o programa 'Quiet Time'?



Intervenção estruturada que estabelece períodos de silêncio no SU.



Medidas incluídas:

- Diminuição da iluminação;
- Redução de ruídos (alarmes, conversas, equipamentos);
- Planeamento de intervenções para evitar interrupções desnecessárias.

(Knaeuper et al., 2018; Hedges, Hunt, & Ball, 2019)



Em hospitais que adotaram o programa, aproximadamente 80% dos doentes relataram melhor qualidade de sono. (Catley et al., 2024)

05

Benefícios Esperados

Porquê implementar o 'Quiet Time'?

Porquê implementar o 'Quiet Time'?

Para os doentes

- Melhor qualidade de sono;
- Redução da necessidade de medicamentos para dor e ansiedade;
- Melhor recuperação e maior satisfação com os cuidados recebidos.

Para os profissionais

- Redução de doentes agitados durante os turnos noturnos;
- Maior eficiência na gestão de tarefas.

(Knaeuper et al., 2018; Hedges, Hunt, & Ball, 2019; Blackwell et al., 2024; Morrison et al., 2019,)

06

Estratégias de Implementação

Como implementar o programa 'Quiet Time' no SU?

Como implementar o programa 'Quiet Time' no SU?

Etapas iniciais:

1. Sensibilização e formação da equipa;
2. Identificar os principais fatores de ruído e perturbação no SU;
3. Definir horários específicos para "Quiet Time" (ex.: 23h às 5h).

Protocolo "quiet time"

Problema	Objeto Tema de Serviço de Saúde	
Problema	Ansiedade	
Data de execução	Junho 2023	
Data de revisão	Junho 2023	
Prevalência	Este é um tema que necessita de mais investigação e estudos de impacto. Não possui base de evidência e evidência fraca (Bassani et al., 2019). O problema de ansiedade em doentes crónicos apresenta uma prevalência significativa e uma elevada morbidade, afetando os níveis de funcionalidade e a qualidade de vida dos doentes. Este é um tema que necessita de mais investigação e estudos de impacto, em particular no contexto de cuidados de saúde primários e de saúde da comunidade, e de intervenção em saúde pública, e de intervenção de saúde comunitária para apoiar estes doentes a lidar com os desafios da sua condição de saúde (Zhang et al., 2020).	
Objetivo geral	Utilizar as técnicas de relaxação para reduzir os níveis de ansiedade e melhorar a qualidade de vida dos doentes.	
Objetivo específico	Implementar o protocolo "quiet time" no contexto de saúde primária e de saúde comunitária.	
Intervenção	Exatidão	Intervenções
216.236	Intervenções Substitutas	<ul style="list-style-type: none"> • Promover estilos criativos e a arte do doente^{1,2,3} • Praticar cuidados de higiene e corretos, incluindo higiene oral, aspiração de secreções, aplicar creme e pomadas^{4,5} • Praticar técnicas de relaxação⁶ • Técnicas de relaxação: • Exercícios de relaxação: • Exercícios de relaxação como cateteres urinários, sondas gástricas, cateter venoso no centro, pontos de acupuntura^{7,8} • Monitorizar e avaliar a eficácia e a segurança para garantir melhores resultados⁹ • Ajustar as configurações de alarme dos monitores e ventilações de acordo com a condição clínica do doente¹⁰ • Apoio emocional ao doente, estar ao lado do doente e doente¹¹ • Orientação do doente no tempo e espaço • Respirar lentamente do doente¹² • Respirar e temperatura ambiente para garantir conforto¹³ • Considerar uma respiração profunda para garantir a oxigenação do doente antes das 23h¹⁴ • Gerir a transição de doentes, através de centros de emergência¹⁵ • Monitorizar e ajustar os níveis de administração de medicamentos¹⁶ • Dar tranquilidade adicional de sono
	Intervenções Interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> • Conforto ambiental • Conforto ambiental

236.06201	Intervenções Substitutas	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir ruídos no ambiente no redor dos doentes^{17,18} • Evitar interrupções frequentes e múltiplas¹⁹ • Ajustar e regular os doentes²⁰ • Fornecer tempos de cuidado e de cuidados ocultos^{21,22} • Proporcionar música suave ou clássica para relaxamento²³ • Proporcionar aromaterapia²⁴ • Permitir que o doente tenha um ciclo completo de sono (90-120 minutos) sem ser interrompido²⁵ • Ajustar e planejar cuidadosamente os pedidos e contatos de monitorização frequentes de posicionamento²⁶ • Condições de iluminação para evitar interrupções sucessivas^{27,28}
	Intervenções Interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar cuidados e tom de voz entre intervenções de equipa multifuncional no período noturno²⁹ • Treinar as paradas e falhas antes que os doentes se ativem³⁰ • Controlar cuidados laborais entre doentes³¹ • Ajustar o volume dos alarmes dos ventiladores e das bombas de infusão³² • Ajustar a intensidade dos luzes nos dispositivos de monitorização e ajustar o modo de precaução/tratamento no doente³³ • Ajustar as horas na unidade do doente³⁴ • Dar ao doente o histórico no momento da avaliação e de nível mais baixo³⁵ • Realizar a monitorização de área de trabalho, recorrer a uma luz de presença durante a aproximação ao doente³⁶ • Gerir a transição de doentes em colaboração com a equipa médica³⁷ • Garantir a sincronização com a ventilação e verificar se é necessário ajustar o modo ventilação³⁸ • Registrar intervenções terapêuticas realizadas • Prestar cuidados ao doente

Referências Bibliográficas:

1. Bassani R, & Knapik S (2019). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *BMJ Open* 9(10): e020999
2. Wang Q, Li Y, Liu X, Li S, Chen B, Li H, et al. (2021). Effect of nursing interventions on sleep quality among elderly patients in a hospital: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(5), e24633
3. Hwang YP, Park JH, Kim YH, et al. (2019). Clinical Practice Guideline for Sleep Management in Intensive Care Unit. *Korean Journal of Critical Care Medicine*, 34(2), 100-110
4. Park J, Kim YH, Kim YH, et al. (2020). Night Pollution in Intensive Care Unit: A Study on the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers. *Nurse & Health*, 24(14), 105-108
5. <https://doi.org/10.1016/j.nand.2020.07.002>
6. <https://doi.org/10.1016/j.nand.2020.07.002>
7. Zhang M, Wang J, Chen Y, et al. (2020). Summary of the Best Evidence for Non-Pharmacological Management of Sleep Disturbance in Intensive Care Unit Patients. *Journal of Clinical Nursing*
8. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
9. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
10. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
11. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
12. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
13. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
14. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
15. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
16. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
17. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
18. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
19. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
20. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
21. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
22. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
23. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
24. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
25. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
26. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
27. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
28. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
29. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
30. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
31. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
32. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
33. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
34. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
35. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
36. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
37. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
38. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>

07

Monitorização e Avaliação

Como medir o impacto do programa?

Como medir o impacto do programa?

Indicadores de sucesso:

- Feedback dos doentes sobre a qualidade do sono;
- Redução no uso de medicamentos para ansiedade ou dor;
- Comparação de níveis de ruído e iluminação antes e depois da implementação.

(Prenderville et al., 2020)

Metodologia:

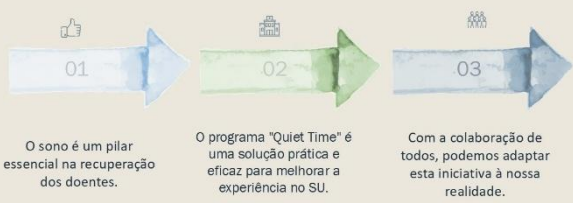
- Inquéritos rápidos aos doentes.
- Reuniões regulares com a equipa para ajustes

08

Conclusão

Promover o sono, promover a recuperação

Promover o sono, promover a recuperação



09

Discussão

E na nossa realidade?

- Que desafios podem surgir na implementação do "Quiet Time"?
- Quais mudanças poderiam ser aplicadas de imediato no SU?

"Promover o sono é promover a saúde." –
National Sleep Foundation

10

Referências bibliográficas

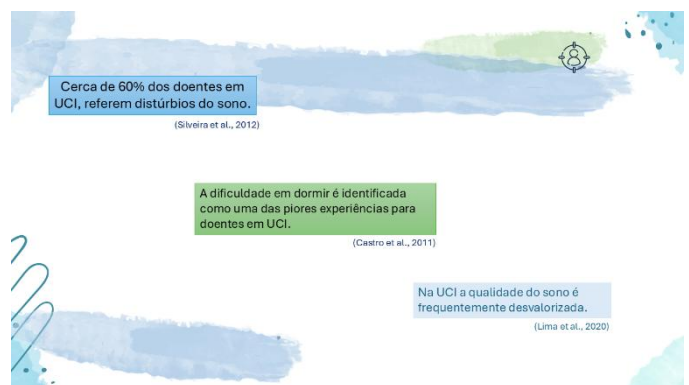
Referências bibliográficas

- Aizawa, K., Iida, Y., Yoshida, S., Yoshida, S., Shimizu, M., & Shimizu, S. (2021). Hospital care satisfaction rates: quality of inpatient care and patient satisfaction. *Health and Quality Management, 28*(1), 100-105. <https://doi.org/10.1080/13632549.2021.1948287>
- Bessac, A., D., Vignat, Y., Barthelemy, M., & Bessac, A. (2021). The effectiveness of non-pharmaceutical sleep interventions for improving patient sleep in hospital. *Acute Medicine and Emergency, 23*(1), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.ame.2021.05.004>
- Boudreau, T. L., Robinson, C. C., Thompson, N., Owen-Williams, T. P., Proulx, A., and Brown, L. J. (2014). Objective and subjective sleep characteristics in hospitalized older adults and their association to health outcomes. *Frontiers in Aging Science, 6*(1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fagi.2014.00007>
- Buggy, P., Van den Broek, P. L., Lapeere, M., Kuyker, S. L., Nieuw, L. M. H., Meester, H., Nijboer, P. W. B., & Groot, J. B. J. (2021). Sleep in hospitalized patients and adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine, 4*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.sm.2021.03.008>
- Calkins, C. D., Ruppel, K., Johnson, K., Pegg, A., Jr., L., Saito, S. K., Srinivas, M., Mallick, T. M., & Lopez, F. R. (2020). Reducing the Hospital Environment to Improve Patient Sleep. *JAMA Network Open, 3*(12), e2017790. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17790>
- Choudhry, M., Pappas, J., Choudhry, S., Jha, S., Mariani, M., Cournoyer, A., Mariani, C., & Choudhry, S. (2019). Subjective sleep quality and incidence in the emergency department. *ACEM, 27*(12), 246-251. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.08.034>
- Elliott, R., Choudhry, S., & Choudhry, S. (2021). Environmental effects of sleep disruption in the acute hospital environment: a systematic review. *Sleep Health, 7*(4), 628-638. <https://doi.org/10.1016/j.smh.2021.05.003>
- Hedges, C., Auer, C., & Hill, P. (2019). Quiet Time Improves the Patient Experience: Journal of nursing care quality, 34(3), 189-202. <https://doi.org/10.1016/j.nucq.2019.03.007>
- Kuczmarski, M. J., Flegal, D. M., & Johnson, C. L. (2001). Overweight and obesity worldwide: International survey of children and adolescents. *Lancet, 358*(9244), 111-116. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06444-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06444-2)
- Maffei, M. M., Scarpato, S., & Scarpato, S. (2019). The patient's perspective on the acute medical ward: An exploratory and qualitative study. *Sleep Health, 5*(2), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.smh.2019.02.002>
- Maffei, M. M., Scarpato, S., & Scarpato, S. (2019). Sleep Disturbance in Older Patients in the Emergency Department: Prevalence, Predictors and Associated Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(19), 3671. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193671>
- Orsagovic, V., Peric, P., Savelic, M., C. E., Vukobratovic, T. C., Djurdic, M. P. B., & Golic, M. K. P. (2021). The median to reduce the impact of light and noise sleep in an emergency department observation area. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, 25*(1), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.eme.2021.02.015>
- Pradella, H., Lomena, L., Avelar, D., & Rodriguez, E. (2021). To monitor the work in a occupational safety concerning patients in the emergency department to reduce on the ward. *Emergencias medicina journal, 25*(2), 131, 42-46. <https://doi.org/10.1016/j.eme.2021.02.015>
- Roca, M., Tizabi, M., D., Yousif, T., Boud, F., Nakou, M., Takahashi, K., Brown, E., Gagnon, P., Rivard, L., Colquhoun, M., Smith, T., Lurie, S., Fung, T., HJH MPE (HJH MPE) Colquhoun, L., & HJH MPE (HJH MPE) Colquhoun, L. (2021). Overlight in the Emergency Department and its effect on patient sleep. *Healthcare, 9*(1), 178-188. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010178>
- Silva, L., Santos, C., & Araújo, J. (2019). Fatores de risco associados ao sono inadequado em pacientes internados em unidades de emergência. *Revista Brasileira de Epidemiologia de Saúde, 22*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1590/s1981-22572019000100007>

APÊNDICE X – POWERPOINT ATIVIDADE FORMATIVA SMI



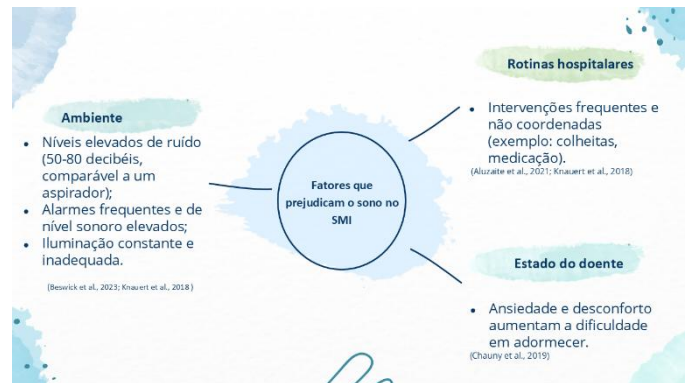
Agenda			
01	Introdução	07	Monitorização e Avaliação
02	Problema	08	Conclusão
03	Impactos da Privação de Sono	09	Discussão
04	O Programa 'Quiet Time'	10	Referências bibliográficas
05	Benefícios Esperados		
06	Estratégias de Implementação		



02

Problema

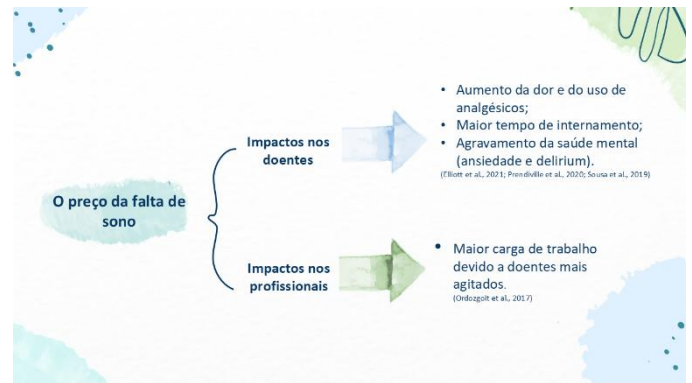
Fatores que prejudicam o sono no SMI



03

Impactos da Privação de Sono

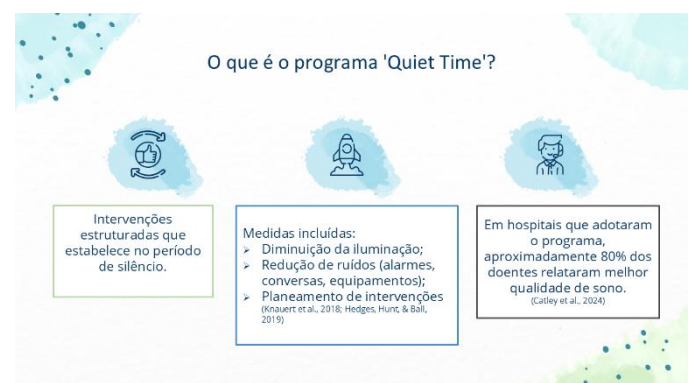
O preço da falta de sono



04

O Programa 'Quiet Time'

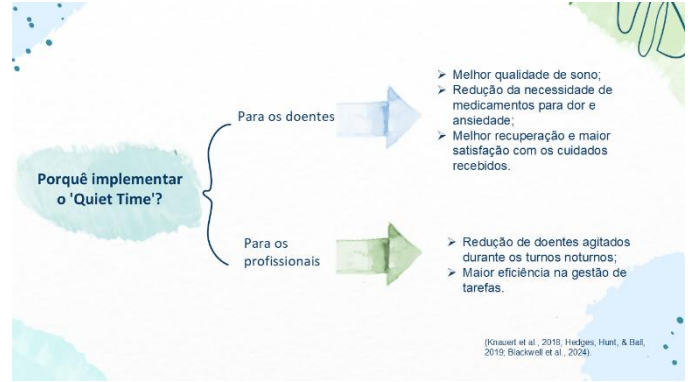
O que é o programa 'Quiet Time'?



05

Benefícios Esperados

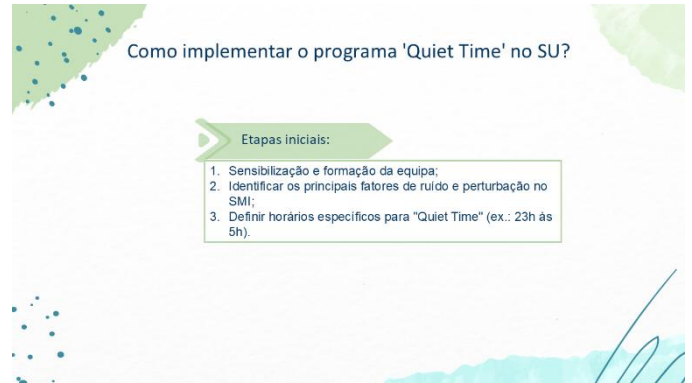
Porquê implementar o 'Quiet Time'?



06

Estratégias de Implementação

Como implementar o programa 'Quiet Time' no SMI?



Protocolo 'quiet time'

Protocolo	"Quiet Time" no Serviço de Medicina Intensiva		
Publico-Alvo:	Enfermosos		
Data de elaboração	Março 2026		
Data de revisão	Março 2027		
Problemática	Os problemas de sono nos doentes internados em serviços de medicina intensiva (SMI) apresentam uma prevalência significativa e uma natureza multifacetada, afetando de maneira substancial a sua recuperação e os resultados globais em termos de saúde. Entre os fatores que contribuem para os distúrbios do sono, encontram-se o ruído ambiental, as intervenções médicas frequentes e o fator de stress psicológico. A implementação de intervenções não farmacológicas para abordar estas questões pode resultar numa melhoria da qualidade de sono e na satisfação dos doentes (Zhang et al., 2025).		
Objetivo geral	Promover a qualidade do sono dos doentes no Serviço Medicina Intensiva através da adaptação do protocolo "Quiet Time".		
Objetivo específico	Uniformizar os cuidados de enfermagem Promover o conforto físico, psicológico e ambiental do doente Promover o sono dos doentes.		
Horário	Tipologia	Domínio	Intervenções
23h-23h	Intervenções Autônomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover ritmos circadianos e o sono do doente ^{1, 2}; • Prestar cuidados de higiene e conforto, incluindo higiene oral, aspiração de secreções, manutenção da traqueostomia ou tubo endotraqueal, massagem e posicionamentos ³; • Prevenir úlceras de pressão⁴; • Otimizar cateteres; • Trocar dispositivos como cateteres urinários, sondas gástricas, cateter venoso ou central, curativos até às 23h ⁵; • Monitorizar e verificar oxímetro e eletrodos para garantir leituras precisas ⁶; • Ajustar as configurações de alarme dos monitores e ventiladores de acordo com a condição clínica do doente ⁷; • Apoio emocional ao doente, ouvir os seus medos e ansiedades ⁸;
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar ambiente: assegurar gestão de stock reposito e que tanto a unidade do doente quanto a área do trabalho estejam limpas ⁹; • Regular a temperatura ambiente para garantir conforto¹⁰;
	Intervenções Interdependentes		<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar com a equipa médica para garantir a avaliação do doente antes das 23h. ¹¹ • Criar a transição e/ou admissão de doentes até às 23h, exceto em casos de emergência. ¹² • Planear e ajustar os horários de administração de medicamentos. ¹³ • Criei terapêutica indutora do sono

23h-05h	Intervenções Autônomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir ruído no ambiente ao redor dos doentes ^{14, 8} • Evitar interrupções frequentes e múltiplas. ¹⁴ • Avaliar e registar dor do doente. ¹¹ • Fornecer lentes de ouvido e ou máscara ocular. ^{12, 1} • Proporcionar música suave ou clássica para relaxamento. ¹² • Fornecer que o doente tenha um ciclo completo de sono (90-120 minutos) sem ser interrompido. ¹⁵ • Avaliar e planear cuidadosamente os jatos e centros de mudanças frequentes de posicionamentos. ¹⁶ • Coordenação de intervenções para evitar interrupções sucessivas. ^{14, 8} • Modular conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno. ^{11, 3}
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Trocar as perturbações a finalizar antes que os alarmes se ativem. ¹¹ • Ajustar o volume dos alarmes dos ventiladores e das bombas de infusão. ¹¹ • Ajustar a intensidade das luzes nos dispositivos de eletromedicina e ativar o modo de privacidade/noturno no monitor. ¹¹ • Aquecer as luzes na unidade do doente. ¹¹ • Definir o volume do telefone na área de trabalho para o nível mais baixo. ¹⁹ • Reduzir a luminosidade da área de trabalho. ¹¹ • Criei a terapêutica analgésica em colaboração com a equipa médica. ^{14, 8}
05h-08:30h	Intervenções Interdependentes		<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a sincronização com a ventilação mecânica e verificar se é necessário ajustar o modo ventilatório. ¹¹
05h-08:30h	Intervenções Autônomas		<ul style="list-style-type: none"> • Registrar diagnóstico de sono alterado com as atitudes terapêuticas realizadas. • Avaliação do sono com recurso ao Richards-Campbell Sleep Questionnaire. ¹¹ • Prestar cuidados ao doente e realizar colheitas

Bibliografia Bibliográfica:

1. Ekelund, J. B., & Holm, G. (2025). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. SAGE Open Nursing, 9, 100100. <https://doi.org/10.1177/2157250525132028>
2. Zhang, D., Li, C., Li, J., Li, C., & Li, J. (2025). Effectiveness of non-pharmacological interventions for sleep quality among critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Distances*, 10(20), 10288. <https://doi.org/10.1002/dist.10288>
3. Krauert, M., Hedges, L. R., Hunt, A. R., & Bell, S. E. (2019). Cochrane Review of Cochrane, Respiratory and Intensive Care Unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1), CD012712. <https://doi.org/10.1002/14697528.cd012712>
4. Paj, J., Tavares, M., Paj, A., & Silva, C. (2025). Non-Pharmacological Interventions for Pain in Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 50(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12742>
5. Lima, M. C., de Campos, R. P. S., & de Moraes, C. J. D. (2022). Intervenção de enfermagem baseada em evidências para o manejo de pacientes críticos: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0252>
6. Zhang, M., Yang, Y., Yang, C., Li, H., & Li, H. (2025). Evaluation of the Effectiveness of Non-Pharmacological Management of Sleep Disturbances in Intensive Care Unit Patients. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 50(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12742>

07

Monitorização e Avaliação

Como medir o impacto do programa?

Como medir o impacto do programa?

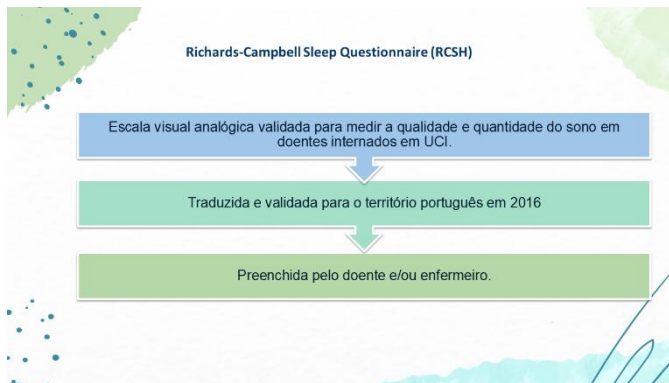
Indicadores de sucesso:

- Feedback dos doentes sobre a qualidade do sono;
- Redução no uso de medicamentos para ansiedade ou dor;
- Comparação de níveis de ruído e iluminação antes e depois da implementação.

Metodologia:

- Reuniões regulares com a equipa para ajustes
- Avaliação do sono através do questionário de sono de Richards-Campbell.

(Richards et al., 2000)



Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSH)

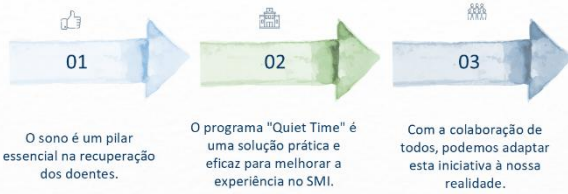
(Marques M., 2016)

08

Conclusão

Promover o sono, promover a recuperação

Promover o sono, promover a recuperação



09
Discussão

E na nossa realidade?

- Que desafios podem surgir na implementação do "Quiet Time"?
- Quais mudanças poderiam ser aplicadas de imediato no SMI?

"Promover o sono é promover a saúde."
- National Sleep Foundation

Questionário de avaliação do Webinar



<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScGds7UayPaecZD8bfmrosn1Q1rf8cpkKLXeX3Yk5fwE1HoXA/viewform?usp=previaw>

10
Referências bibliográficas

Referências bibliográficas

- 1. Hwang, R., Yu, H., Young, L., Shultz, M., & Strömberg, B. (2022). Personalized objective sleep analysis in long-term hospitalized older adults: a pilot study. *Age and Aging*, 51(5), 955-962. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab024>
- 2. Boudreau, N., Wang, Y., Barakat, S., & Shih, K. (2020). The effectiveness of nonpharmacologic sleep interventions for improving reported sleep in hospital: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 37, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.sm.2020.05.004>
- 3. Robinson, T. L., Robinson, C., Thompson, S., Owen-Smith, L., F., Freeman, A., and Stone, J. (2021). Objectively measured sleep characteristics in hospitalized older adults and their associations to hospital outcomes. *Frontiers Sleep*, 2, 661. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661161>
- 4. Rieger, P., Van den Broek, E., Lammey, W., Buchhal, G., L., Bauer, L. M., M., Mentes, M., Naranjo, P., R., B., & Bente, R. J. E. (2022). Sleep in hospitalized patients and adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 4, 48-58. <https://doi.org/10.1016/j.sm.2021.05.007>
- 5. Cullen, C., Viana, L., & Kales Reddy, M. (2021). A experiência de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados de emergência de emergência. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 33(1), 40-58. <https://doi.org/10.21974/revista.portuguesa.de.enfermagem.33140-58>
- 6. Caley, C. D., Rapoport, C., Jackson, K., Huggins, A., J., Barnes, S. A., Simons, M., Maddox, T. M., & Lyons, K. S. (2024). Assessing the hospital environment to improve restfulness. *JAMA network open*, 7(3), e241750. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.1750>
- 7. Cheng, J. M., Pech, J., Carron, L., Saegem, S., Marquis, M., Chouinard, A., Maréchal, C., & Desautels, E. (2020). Subjective sleep quality and knowledge in the emergency department. *CMAJ*, 192(1), 240-242. <https://doi.org/10.1503/cmaj.2018.294>
- 8. Elsay, M., Chahin, A., Warram, N., & Paragiani, E. (2022). Short-term effects of health effects of sleep disruptions attributed to the acute hospital environment: a systematic review. *Sleep Health*, 7(5), 708-718. <https://doi.org/10.1016/j.smh.2021.07.004>
- 9. Haggis, C., Hunt, C., & Bell, P. (2018). Quiet Time improves Patient Experience. *Journal of nursing care quality*, 33(5), 397-401. <https://doi.org/10.1177/0898010118778000>
- 10. Hwang, R., Yu, H., Young, L., Shultz, M., & Strömberg, B. (2022). Quiet Time: Improving Sleep in Hospitalized Older Adults. *Journal of Patient Experience*, 9(3), 200-207. <https://doi.org/10.1177/23777256221107424>
- 11. Lima, A. M., de, C., de, C., de, S., de, S., de, S., & de, S. (2022). Intervenção de enfermagem no cuidado de idosos internados em unidades de cuidados de emergência: revisão de literatura. *ACTOS/RAAF*, 11, 4-10. <https://doi.org/10.47890/actos.11.4.10>
- 12. Marçal, H. (2016). A intervenção de enfermagem na promoção do sono: experiência em unidade de cuidados de emergência. Dissertação em <https://doi.org/10.21974/revista.portuguesa.de.enfermagem.33140-58>
- 13. Rodrigues, A. V., Pereira, P., Carvalho, M. C., Vialla, C. T., Costa, M. P., & Silva, M. P. (2023). Intervenção de enfermagem para melhorar o sono em unidades de emergência. *Revista de Enfermagem em Ciências da Saúde*, 33(1), 1-10. <https://doi.org/10.21974/revista.portuguesa.de.enfermagem.33140-58>
- 14. Pech, J., Cheng, J., Carron, L., Saegem, S., Marquis, M., Chouinard, A., & Desautels, E. (2020). No matter the way, a non-pharmacologic approach to sleep in the emergency department for those in the ward. *Emergencias medicina*, 30(1), 42-44. <https://doi.org/10.1016/j.em.2020.02.001>
- 15. Rieger, P., van den Broek, E., Lammey, W., Buchhal, G., L., Bauer, L. M., M., Mentes, M., Naranjo, P., R., B., & Bente, R. J. E. (2022). Sleep in hospitalized patients and adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 4, 48-58. <https://doi.org/10.1016/j.sm.2021.05.007>
- 16. Hwang, R., Yu, H., Young, L., Shultz, M., & Strömberg, B. (2022). Quiet Time: Improving Sleep in Hospitalized Older Adults. *Journal of Patient Experience*, 9(3), 200-207. <https://doi.org/10.1177/23777256221107424>
- 17. Hwang, R., Yu, H., Young, L., Shultz, M., & Strömberg, B. (2022). Quiet Time: Improving Sleep in Hospitalized Older Adults. *Journal of Patient Experience*, 9(3), 200-207. <https://doi.org/10.1177/23777256221107424>
- 18. Hwang, R., Yu, H., Young, L., Shultz, M., & Strömberg, B. (2022). Quiet Time: Improving Sleep in Hospitalized Older Adults. *Journal of Patient Experience*, 9(3), 200-207. <https://doi.org/10.1177/23777256221107424>
- 19. Hwang, R., Yu, H., Young, L., Shultz, M., & Strömberg, B. (2022). Quiet Time: Improving Sleep in Hospitalized Older Adults. *Journal of Patient Experience*, 9(3), 200-207. <https://doi.org/10.1177/23777256221107424>
- 20. Hwang, R., Yu, H., Young, L., Shultz, M., & Strömberg, B. (2022). Quiet Time: Improving Sleep in Hospitalized Older Adults. *Journal of Patient Experience*, 9(3), 200-207. <https://doi.org/10.1177/23777256221107424>

APÊNDICE XI - POWERPOINT ATIVIDADE FORMATIVA UCIC

Abordagem ao Protocolo 'Quiet Time' na UCIC: Promover o Sono dos Doentes

Formação em serviço

Diana Teixeira

Agenda

01	Introdução	04	O Programa 'Quiet Time'	07	Monitorização e Avaliação
02	Problema	05	Benefícios Esperados	08	Conclusão
03	Impactos da Privação de Sono	06	Estratégias de Implementação	09	Discussão
				10	Referências bibliográficas

01
 Introdução

“Qual a relevância do sono na UCI?”

O sono é um requisito diário essencial para a manutenção e recuperação da saúde física e psicológica dos doentes.

Entre as importantes funções do sono estão o

- processamento e consolidação da memória,
- reparação celular,
- desenvolvimento cerebral e regulação hormonal.

(Burger et al., 2022; Roussel et al., 2023)

A privação do sono pode levar a :

- comprometimento do sistema imunológico
- alteração emocional
- aumento da percepção de dor
- delírio
- Maior risco doenças cardiovasculares
- Alteração do sistema metabólico e respiratório

(Lima et al., 2020; Burger et al., 2022; Blackwell et al., 2024)

O sono e as doenças cardiovasculares:

Curta duração do sono e a má qualidade do sono

Doenças cardiovasculares

Distúrbios do sono

Hipertensão, doença coronária, insuficiência cardíaca e arritmias.

(Yang et al., 2015; Lao et al., 2018; Makarem et al., 2022; Jaspán et al., 2024)

02

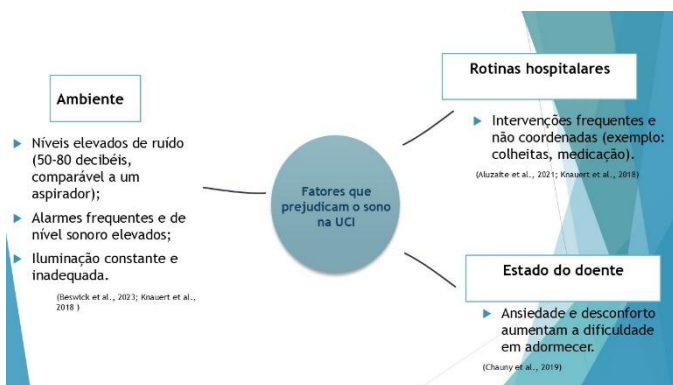
Problema

Fatores que prejudicam o sono na UCI

Cerca de 60% dos doentes em UCI, referem distúrbios do sono.
(Silveira et al., 2012)

A dificuldade em dormir é identificada como uma das piores experiências para doentes em UCI.
(Castro et al., 2011)

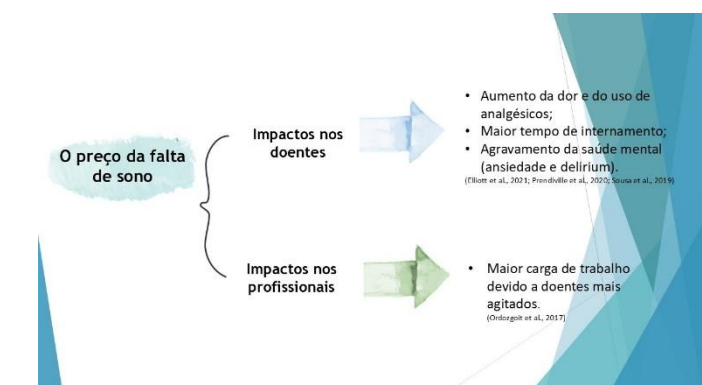
Na UCI a qualidade do sono é frequentemente desvalorizada.
(Lima et al., 2020)



03

Impactos da Privação de Sono

O preço da falta de sono



04

O Programa 'Quiet Time'

O que é o programa 'Quiet Time'?

O que é o programa 'Quiet Time'?



Intervenções estruturadas que estabelece no período de silêncio.



Medidas incluídas:
 > Diminuição da iluminação;
 > Redução de ruídos (alarmes, conversas, equipamentos);
 > Planeamento de intervenções (Knauert et al., 2019; Hodges, Hunt, & Sull, 2019)



Em hospitais que adotaram o programa, aproximadamente 80% dos doentes relataram melhor qualidade de sono. (Caitley et al., 2024)

05

Benefícios Esperados

Porquê implementar o 'Quiet Time'?

Porquê implementar o 'Quiet Time'?

Para os doentes

- > Melhor qualidade de sono;
- > Redução da necessidade de medicamentos para dor e ansiedade;
- > Melhor recuperação e maior satisfação com os cuidados recebidos.

Para os profissionais

- > Redução de doentes agitados durante os turnos noturnos;
- > Maior eficiência na gestão de tarefas.

(Binauert et al., 2019; Hodges, Hunt, & Sull, 2019; Blackwell et al., 2024).

06

Estratégias de Implementação

Como implementar o programa 'Quiet Time' na UCI?

Como implementar o programa 'Quiet Time' na UCI?

Etapas iniciais:

1. Sensibilização e formação da equipa;
2. Identificar os principais fatores de ruído e perturbação na unidade;
3. Definir horários específicos para "Quiet Time" (ex.: 23h às 6:30h).

Protocolo 'quiet time'

Protocolo 'quiet time'			
Protocolo	'Quiet Time' na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia		
Participativo	Intensivos		
Data de execução	Maio 2025		
Data da revisão	Maio 2027		
Problemática	Os problemas de sono nos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos apresentam uma prevalência significativa e uma natureza multifatorial, afetando de maneira substancial a sua recuperação e os resultados globais em termos de saúde. Entre os fatores que contribuem para os distúrbios do sono, encontram-se o ruído ambiental, as intervenções médicas frequentes e os alarmes de stress fisiológico. A implementação de intervenções não farmacológicas para abordar estas questões pode resultar numa melhoria da qualidade de vida e na satisfação dos doentes (Chen et al., 2022).		
Objetivo geral	Promover a qualidade do sono dos doentes na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) através da adoção do protocolo 'Quiet Time'		
Objetivo específico	Validar o protocolo de intervenção; Promover o conforto físico, psicológico e ambiental do doente; Promover o sono dos doentes.		
Horário	Tipologia	Domínio	Intervenções
23h-23h	Intervenções Autônomas	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover ritmos circadianos e o sono do doente ^{1,2}; • Prestar cuidados de higiene e conforto, incluindo higiene oral, aspiração de secreções, aplicar creme e posicionamento ³; • Prevenir úlceras de pressão ⁴; • Climatizar Castêlhos; • Trocar dispositivos como cateteres urinários, sondas gástricas, cateter venoso ou central, penso até às 23h ⁵; • Mobilizar e verificar oxímetro e eletrodos para garantir leituras precisas ⁶; • Ajustar as configurações de alarmes dos monitores e ventiladores de acordo com a condição clínica do doente ^{7,8}; • Apoio emocional ao doente, ouvir os seus medos e ansiedades ⁹; • Orientação do doente no tempo e espaço;
		Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar ambiente: assegurar gestão de stock repetido e que tenha a unidade do doente quanto a área de trabalho estágem limpa ¹⁰; • Regular a temperatura ambiente para garantir conforto ¹¹; • Coordenar com a equipa médica para garantir a avaliação do doente antes das 23h ¹²; • Dar a transferência ou admissão de doentes até às 23h, exceto em casos de emergência ¹³; • Planear e avaliar os horários de administração de medicamentos ¹⁴; • Dar terapêutica indutora do sono
	Intervenções Interdependentes		

23h-06:30h	Intervenções Autônomas	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir ruídos no ambiente ao redor dos doentes. ^{14,1} Evitar interrupções frequentes e múltiplas. ^{14,1} Avaliar e registar dor do doente. ^{14,1} Fornecer tampões de ouvido e lentes micasas oculares. ^{14,1} Proporcionar música suave ou clássica para relaxamento. ^{14,1} Proporcionar aromaterapia. ^{14,1} Permitir que o doente tenha um ciclo completo de sono (90-120 minutos) sem ser interrompido. ^{14,1} Analisar e planejar cuidadosamente os prazos e tempos de mudanças frequentes de posicionamentos. ^{14,1} Coordenação de intervenções para evitar interrupções sucessivas. ^{14,1}
	Conforto físico e psicológico do doente	<ul style="list-style-type: none"> Moderar conversas e tom de voz entre elementos da equipa multidisciplinar no período noturno. ^{14,1} Trancar as portas para evitar interrupções. ^{14,1} Correr cortinas laterais entre doentes. Ajustar o volume dos alarmes dos ventiladores e das bombas de infusão. ^{14,1} Ajustar a intensidade das luzes nos dispositivos de eletromedicina e ajustar o modo de privacidade/rotundo no monitor. ^{14,1} Apagar as luzes na unidade do doente. ^{14,1} Definir o volume do telefone na área de trabalho para o nível mais baixo. ^{14,1} Reduzir a luminosidade da área de trabalho, recorrer a uma luz de presença durante a aproximação ao doente. ^{14,1}
06:30h-08:30h	Intervenções Interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> Coer a terapêutica analgésica em colaboração com a equipa médica. ^{14,1} Garantir a sincronização com a ventilação e verificar se é necessário ajustar o modo ventilatório. ^{14,1}
	Intervenções Autônomas	<ul style="list-style-type: none"> Registar intervenções terapêuticas realizadas. Avaliação do sono com recurso ao Richards-Campbell Sleep Questionnaire. ^{14,1} Prestar cuidados ao doente e realizar colheitas.

Referências Bibliográficas:

1. Johnson, T. G., & Johnson, P. (2020). *Interventions for the Intensive Care Unit (ICU) Care Planning*. In: *ICU Care Planning*. Elsevier, 1-10. doi:10.1016/B978-0-323-45000-0.00001-1
2. Chang, C. C., Wu, T. C., Chen, C. Y., & Chen, C. Y. (2020). *Effectiveness of interventions to improve patient sleep in intensive care units: A systematic review and meta-analysis*. *Intensive Care Medicine*, 25(12), 1200-1209. doi:10.1177/1078242920950000
3. Richards, C. A., Campbell, S. M., & Bond, S. M. (2016). *Richards-Campbell Sleep Questionnaire: An Outcomes Assessment Instrument*. *Intensive Care Unit*
4. Park, J., Tassone, M., Lee, K., & Smith, D. (2020). *Using Feedback to Improve Care: A Systematic Review of Physical and Behavioral Interventions for Patients with Sleep-Disordered Breathing*. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(12), 2011-2020. doi:10.5664/jcsm.9111
5. Smith, D., & Campbell, S. M. (2016). *Richards-Campbell Sleep Questionnaire: A Validated Instrument for Measuring Sleep Quality in Intensive Care Units*. *Intensive Care Medicine*, 21(12), 1200-1209. doi:10.1177/1078242916666666
6. Chang, C. C., Wu, T. C., Chen, C. Y., & Chen, C. Y. (2020). *Effectiveness of interventions to improve patient sleep in intensive care units: A systematic review and meta-analysis*. *Intensive Care Medicine*, 25(12), 1200-1209. doi:10.1177/1078242920950000

07

Monitorização e Avaliação

Como medir o impacto do programa?

Como medir o impacto do programa?

Indicadores de sucesso:

- Feedback dos doentes sobre a qualidade do sono;
- Redução no uso de medicamentos para ansiedade ou dor;
- Comparação de níveis de ruído e iluminação antes e depois da implementação.

Metodologia:

- Reuniões regulares com a equipa para ajustes
- Avaliação do sono através do questionário de sono.

Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSH)



QUESTIONÁRIO aplicar ao doente

PARTE I

DATA DE INTERVIEW: _____ TÍTULO: _____

DATA: _____ UNIDADE DE INTERVIEW: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS

SEXO: _____ GÊNERO: _____ ESTADO CIVIL: _____

QUALIFICAÇÃO MÉDICA: _____

EDUCAÇÃO: Escola de Ciências da Saúde de _____

ORIENTAÇÃO: Clínica Geral

COMUNICAÇÃO: Total Não verbal

SEALADA: SIM NÃO

MEDICAÇÃO RELATIVA AO SONO: SIM NÃO

QUAL? _____

PARTE II

RICHARDS-CAMPBELL SLEEP QUESTIONNAIRE

O questionário abaixo pretende avaliar o sono de um doente que em termos de qualidade como de quantidade de sono.

Cada uma das questões abaixo é respondida pelo contacto de um "X" no lado da resposta. Coloque um "X" no lado da resposta que melhor descreva o que sente em relação ao seu sono na noite passada.

1- O seu sono na noite passada foi: _____

2- Na noite passada, a qualidade do seu sono foi: _____

Atenção que não se deve marcar mais de um "X" em cada questão.

(Marques M., 2016)

QUESTIONÁRIO aplicar ao enfermeiro

PARTE I

DATA DE INTERVIEW: _____ TÍTULO: _____

DATA: _____ UNIDADE DE INTERVIEW: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS

IDADE: _____ GÊNERO: _____ ESTADO CIVIL: _____

QUALIFICAÇÃO MÉDICA: _____

EDUCAÇÃO: Escola de Ciências da Saúde de _____

ORIENTAÇÃO: Clínica Geral

COMUNICAÇÃO: Total Não verbal

SEALADA: SIM NÃO

MEDICAÇÃO RELATIVA AO SONO: SIM NÃO

QUAL? _____

PARTE II

RICHARDS-CAMPBELL SLEEP QUESTIONNAIRE

O questionário abaixo pretende avaliar o sono de um doente que em termos de qualidade como de quantidade de sono.

Cada uma das questões abaixo é respondida pelo contacto de um "X" no lado da resposta. Coloque um "X" no lado da resposta que melhor descreva o que sente em relação ao sono de um doente na noite passada.

1- O seu sono na noite passada foi: _____

2- Na noite passada, a qualidade do seu sono foi: _____

Atenção que não se deve marcar mais de um "X" em cada questão.

1- O seu sono na noite passada foi: _____

2- Na noite passada, a qualidade do seu sono foi: _____

Atenção que não se deve marcar mais de um "X" em cada questão.

08

Conclusão

Promover o sono, promover a recuperação

Promover o sono, promover a recuperação



09

Discussão

E na nossa realidade?

- Que desafios podem surgir na implementação do "Quiet Time"?
- Quais mudanças poderiam ser aplicadas de imediato na UCI?

"Promover o sono é promover a saúde." -
National Sleep Foundation

Questionário de avaliação da formação



<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfjH9VpCS6ulBGGGKF-PnkG0nRTo9p0wR2aaPjXPnmt11Xknwg/viewform?usp=preview>

10

Referências bibliográficas

Referências bibliográficas

- Alkhatib, K., Wu, H., Hsieh, S., Tsang, J., Schwab, M., & Brookings, D. (2022). Perceived noise objective sleep quality in long-stay hospitalized older adults: mixed methodology. *Age and Aging*, 50(5), 902-902. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab072>
- Basilio, A. D., Wyles, M., Ezzamel, M., & Mulla, G. (2020). The effectiveness of non-pharmacological sleep interventions for improving inpatient sleep in hospital: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 57, 243-247. <https://doi.org/10.1016/j.sm.2020.05.004>
- Dieckhoff, T. L., Robinson, S. C., Thompson, N., Owen-Gibson, L., Yaff, P., Hassan, A., and Stone, K. L. (2024). Objective and subjective sleep characteristics in hospitalized older adults and their associations to hospital outcomes. *Frontiers in Sleep Science*, 5, 1088878. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1088878>
- Doppel, C., van den Broek, S., Lamm, W., Schmitt, G., Steg, L., W. H., Metten, U., Hanel-Winkel, P. W. G., & Gemke, R. D. J. (2022). Sleep in hospitalized patients with adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 57, 243-247. <https://doi.org/10.1016/j.sm.2020.05.004>
- Costa, C., Vitor, J., & Ribeiro-Borja, M. A. (2021). A experiência de vida dos pacientes internados numa UCI: o nível de consciência. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 35(2), 43-59. <https://doi.org/10.26732/revistaenf.155355>
- Chen, C. D., Yeates, J., Johnson, F., Huggins, A., J., J., Smith, S. A., Simons, M., Maddox, T. M., & Ayers, P. G. (2024). Resleeping the Hospital Environment to Improve Restlessness. *JAMA network open*, 7(12), e2447790. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.47790>
- Chen, J. M., Payne, J., Carter, J., Lawton, C., Mousavi, M., Cooney, A., Mackin, C., & Dacout, B. (2019). Subjective sleep quality and its etiology in the emergency department. *Chest*, 155(2), 240-252. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.09.004>
- Filipiak, A., Chacko, A., Uramakura, N., & Hwang, J. (2021). Short-term physical health effects of sleep deprivation are linked to the acute hospital environment: a systematic review. *Sleep Health*, 7(4), 528-538. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2021.05.001>
- Hagler, C., Hays, R., & Bink, P. (2019). Quiet Time Improves Patient Experience. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), 187-192. <https://doi.org/10.1177/0898010118790000>
- Hansen, V. N., Greenberg, D. S., Butler, C. M., Roman, V. K., Skaggs, N. D., Jenck, C. L., Niosi, S. S., & Reynolds, L. (2024). The Role of Sleep in Cardiovascular Disease. *Current cardiovascular reports*, 26(5), 246-262. <https://doi.org/10.1007/s11885-024-01202-5>
- Kawert, M. P., Haber, N. J., Yaghi, H. K., Emond, M., & Pabst, M. A. (2024). Creating 'Naptime' An Overnight, Nonpharmacologic Inpatient Care Unit Sleep Promotion Protocol. *Journal of Patient Experience*, 10(1), 180-187. <https://doi.org/10.1177/23779173231174262>
- Liao, Q., Liu, X., Dong, H., Chen, T., He, K., Wang, F., Vonnahme, P., Tian, T., Wang, M., Cui, L., Chang, L., Yoon, E., Sleep quality, sleep duration, and the risk of coronary heart disease: a cross-sectional study with 68,568 adults. *Frontiers in Sleep Medicine*, 2024, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1088878>
- Liou, A. H. C., Chen, S. P. S., & Hsiao, C. J. D. (2023). Intervenção do sono na unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa baseada em evidências associadas. *ASSOCIAÇÃO Brasileira de Enfermagem*, 11, e78223. <https://doi.org/10.47059/2177-4033.AB.2020.0005>
- Makarem, M., Castro-Delgado, C., St-Onge, M. P., Bellizzi, S., Shea, S., Lindgreen, D., Ning, H., & Aggarwal, B. (2022). Redefining Cardiovascular Health to Include Sleep: Prospective Associations with Cardiovascular Disease in the MESA Sleep Study. *Journal of the American Heart Association*, 11(1), e023252. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.023252>
- Martins, M. (2018). A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://repositorio.uab.pt/handle/1040015484/10420>
- Ortega-Caballero, V., Pardo, J. P., González, M. C. E., Vázquez, C. T., Galán, M. P. B., & Quiles, M. A. P. (2027). Interventions to reduce the impact of light and noise on sleep in the emergency department: observational study in a tertiary care hospital. *Emergency Medicine Journal*, 29(1), 39-42. <https://doi.org/10.1136/emergmed-2020-002011>
- Pandey, R., Lomara, C., Anand, S., & Michalski, S. (2020). No nap for the weary: a cross-sectional study comparing patient sleep in the emergency department to those on the ward. *Emergency medicine journal*, 36(4), 424-428. <https://doi.org/10.1136/emergmed-2019-002011>
- Richard, K. C., O'Sullivan, P. S., & Phillips, R. L. (2008). Measurement of sleep in critically ill patients. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 131-144.
- Ribeiro, M., Teófilo, D., Fardoux, Y., Babin, F., Bozot, M., Teyssie, K., Bloom, B., Calais, P., Berard, L., Gauthier, M., Simon, T., Lefebvre, S., Freund, Y., PHU (UPC)-B (USM) Collaborators, & PHU (UPC)-B (USM) Collaborators (2022). Overnight Sleep in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA internal medicine*, 182(12), 1578-1585. <https://doi.org/10.1001/jamaintern.2022.0000>
- Silveira, D., Bock, L., & Silva, E. (2012). Quality of Sleep in intensive care units: a literature review. *Journal of Nursing*, 5, 986-995. doi:10.5205/91912007
- Souza, L., Simões, C., & Araújo, J. (2019). Intervenção de enfermagem em doenças agudas em cuidados intensivos: intervenções multicêntricas de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23(1), 49-57. <https://doi.org/10.21848/rpsm.2019.0000>
- Yang, C., Chen, H., Li, L., Pan, L., & Jia, C. (2023). Association of Sleep Duration with the Morbidity and Mortality of Coronary Artery Disease: A Meta-analysis of Prospective Studies. *Heart Lung*, 52(4), 341-347. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlung.2023.03.001>

APÊNDICE XII - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Questionário de avaliação do Webinar Abordagem ao Protocolo 'Quiet Time' no Serviço de Medicina Intensiva: Promover o Sono dos Doentes

No âmbito da realização do Relatório de Estágio, integrado no Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica dedicado à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, CESPU, a enfermeira Diana Teixeira, com a orientação do Mestre João Frias Rosa, desenvolveu uma ação formativa tendo por base uma proposta de aplicação de um protocolo de promoção do sono às pessoas em situação crítica, no contexto de um serviço de medicina intensiva.

O presente questionário pretende inquirir quanto aos conteúdos expostos, o seu impacto, bem como, analisar a performance do formador.

No sentido de permitir uma recolha de dados reais e informações pertinentes para a construção de uma ferramenta de avaliação do programa, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

A sua participação é voluntária. Se aceitar participar, pode, a qualquer momento, reconsiderar a sua decisão, sem que isso acarrete para os si qualquer custo ou dano. Para desistir, apenas terá de fechar a página Web. Todas as suas respostas serão recolhidas em anonimato e serão completamente confidenciais. Não iremos recolher qualquer outra informação identificativa. Os dados recolhidos serão analisados de modo agregado e não individualizado. Garantimos proceder de acordo com o atual Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE (RGPD).

A duração de preenchimento está estimada em cerca de 3 minutos, sendo realizada numa única sessão.

Em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento adicional, por favor contacte: diana-f-r@hotmail.com

Muito obrigado pela sua contribuição,

Diana Teixeira

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaração de Consentimento Informado *

a) Declaro ter compreendido os objetivos e benefícios desta ferramenta de avaliação, explicados pelo formador que assina este documento; b) Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras; c) Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito; d) Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento. Assim, depois de devidamente esclarecido:

- Aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar nesta ferramenta de avaliação, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.
- Não aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar nesta ferramenta de avaliação, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas

Conteúdos programados *

	1-Discordo totalmente	2-Discordo parcialmente	3-Indiferente	4-Concordo parcialmente	5-Concordo totalmente
Conteúdos da ação de formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interesse/utilidade dos conteúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração da ação de formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação do formador/a *

	1-Discordo totalmente	2-Discordo parcialmente	3-Indiferente	4-Concordo parcialmente	5-Concordo totalmente
Domínio dos conteúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza da linguagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esclarecimentos de dúvidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidade de motivação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação do método pedagógico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Implicações profissionais *

	1-Discordo totalmente	2-Discordo parcialmente	3-Indiferente	4-Concordo parcialmente	5-Concordo totalmente
A sessão terá impacto positivo ao nível do seu desempenho profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Justifique (campo aberto)

A sua resposta _____

APÊNDICE XIII – TABELA DE DISTRIBUIÇÃO AMOSTRAL E PERCENTUAL DAS RESPOSTAS POR INDICADOR E POR SERVIÇO

Questões		Serviço de Urgência n=10					Serviço de Medicina Intensiva n=13					Unidade de Cuidados Intensivos Coronário n= 8				
		1 Discordo totalmente n (%)	1 Discordo parcialmente n (%)	3 Indiferente n (%)	4- Concordo parcialmente n (%)	5- Concordo totalmente n (%)	1 Discordo totalmente n (%)	1 Discordo parcialmente n (%)	3 Indiferente n (%)	4- Concordo parcialmente n (%)	5- Concordo totalmente n (%)	1 Discordo totalmente n (%)	2 Discordo parcialmente n (%)	3 Indiferente n (%)	4- Concordo parcialmente n (%)	5- Concordo totalmente n (%)
Avaliação dos conteúdos programados	Conteúdo da formação	0 (0%)	2 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (80%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (92,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
	Adequação dos métodos utilizados	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	8 (80%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
	Interesse/utilidade dos conteúdos	0 (0%)	2 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (80%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (92,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
	Duração da sessão	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	8 (80%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
Avaliação do formador	Domínio dos conteúdos	0 (0%)	2 (20%)	0 (0%)	1 (10%)	7 (70%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)
	Clareza da linguagem	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	9 (90%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)
	Esclarecimento de dúvidas	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	9 (90%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)
	Capacidade de motivação	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	9 (90%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)
	Adequação do modelo pedagógico	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	9 (90%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)
Implicações profissionais	A sessão terá impacto positivo ao nível do desempenho profissional	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
Média total		0(0%)	0,6(6%)	0 (0%)	0,9(9%)	8,5(85%)	0(0%)	0,9 (6,9%)	0 (0%)	1,4 (10,8%)	10,7 (82,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,5 (6,3%)	7,5 (93,8%)

ANEXOS

ANEXO I - CERTIFICADO DE REALIZAÇÃO DO CURSO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA



Certificado

Certifica-se que Diana Filipa Rebelo Teixeira, portador/a do documento de identificação n.º15139876, concluiu em 27/09/2024 o Curso de Ventilação Mecânica Não Invasiva, com classificação final de 20 valores.

O curso realizou-se na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, no dia 27 de setembro de 2024, com um total 8 horas.

Paredes, 07 de outubro de 2024

Assinado por: José Carlos Pereira da Cruz
Num. de identificação: 11226395
Data: 2025.09.07 15:46:00

Instituição Formadora



Certificado n.º 2086/2024



ANEXO II - CERTIFICADO DE REALIZAÇÃO DO CURSO DE VENTILAÇÃO INVASIVA



Certificado

Certifica-se que Diana Filipa Rebelo Teixeira, portador/a do documento de identificação nº. 15139876, concluiu em 25/10/2024 o Curso de Ventilação Invasiva, com classificação final de 18 valores.

O curso realizou-se na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave – Vila Nova de Famalicão, no dia 25 de outubro de 2024, com total de 8 horas.

A Coordenação
Assinado por: **ESTEVÃO MANUEL DO COITO LAFUENTE**
Num. de Identificação: 06570336
Data: 2025.02.13 13:13:26 +0000

(Dr. Estevão Lafuente)

Entidade Formadora
Assinado por: **José Carlos Pereira da Cruz**
Num. de Identificação: 11226395
Data: 2025.02.11 12:47:40 +00'00'

(Dr. José Carlos Cruz)



ANEXO III - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE POSTER – IV CONGRESSO INTERNACIONAL CRITICAL CARE
CESPU 24



IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24



11 E 12 DE OUTUBRO



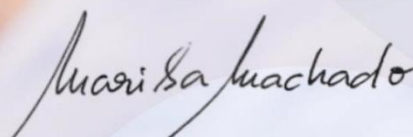
AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Diana Teixeira; Tiago Alves; Filipe Fernandes; Isabel Araújo

apresentaram o poster "Intervenções de Enfermagem na Promoção do Sono em Doentes Críticos: Revisão Integrativa" no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24 que decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2024 no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

Certificado n.º 2461/2024