



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Ruído no Contexto dos Cuidados Intensi- vos: Contributo para a Segurança e Quali- dade dos Cuidados

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Beja, 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**O Ruído no Contexto dos Cuidados
Intensivos: Contributo para a Segurança e
Qualidade dos Cuidados**

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Beja, 2022

**O RUÍDO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS INTENSIVOS: CONTRIBUTO PARA
A SEGURANÇA E QUALIDADE DS CUIDADOS**

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Orientador: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

26 de julho de 2022

**“Barulho desnecessário é, deste modo, a mais cruel falta de cuidado que pode ser
infligida tanto a doentes como a pessoas saudáveis”**

Florence Nightingale (1854)

O MEU AGRADECIMENTO,

À Professora Doutora Dulce Santiago, pela sua disponibilidade e por ser o meu “fio condutor” sempre que precisei.

Um muito obrigado a todos os colegas do Serviço de Urgência e do Serviço de Medicina Intensiva, pela forma como fui acolhida, por toda a disponibilidade e empenho, que tornaram possível completar esta caminhada.

Em especial às enfermeiras orientadoras, que foram em cada momento “o meu ponto de referência e o meu apoio” e nas quais vi motivo de orgulho naquilo que é hoje a Enfermagem.

O meu muito obrigado a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para tornar este trabalho possível.

Não podia deixar esquecido, um pedido de desculpa à minha família por todos os “momentos roubados”.

RESUMO

O impacto do ruído em ambiente hospitalar é uma temática muito pertinente e que acompanha a própria génese da Enfermagem. Diversos estudos realizados em UCI comprovam que o ruído existente é superior ao recomendado pela OMS, tendo como principais fontes as próprias pessoas e os equipamentos, provocando efeitos nefastos na pessoa doente e nos profissionais.

Procedeu-se, durante o Estágio Final, ao desenvolvimento de uma Intervenção Profissional Major, exposta neste documento, visando a melhoria da qualidade em saúde e da segurança nos cuidados, através da implementação de medidas que aspiram à redução do ruído em cuidados intensivos. Sendo que, na dimensão ambiental, o ruído é um dos fatores que poderá ter maior influência no conforto da pessoa em situação crítica.

Procurando delinear o caminho de aprendizagens percorrido, rumo à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como competências de Mestre em Enfermagem, descrevem-se de forma crítica, reflexiva e fundamentada as atividades e estratégias utilizadas para atingir os objetivos definidos e enumeram-se as competências desenvolvidas.

Palavras-chave: Cuidados Intensivos; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Ruído; Qualidade em saúde; Segurança nos cuidados.

ABSTRACT

The impact of noise on nursing care provided in a hospital environment is a very relevant topic that follows the very genesis of Nursing. Several studies carried out in ICUs prove that the existing noise is superior to that recommended by the WHO, having as main sources the people and the equipment, and causing harmful effects in the sick person and in the professionals.

During the Final Stage, the development of a Major Professional Intervention, exposed in this document, was carried out, aiming at improving the quality of health and safety in care, through the implementation of measures that aspire to reduce noise in intensive care. In the environmental dimension, noise is one of the factors that may have a greater influence on the comfort of the person in critical situation.

Seeking to outline the path of learning taken, towards the acquisition of common competences of the specialist nurse, of specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the Nursing Area for the Person in Critical Situation, as well as competences of master's in nursing, are described in a critical, reflective, and grounded way the activities and strategies used to achieve the defined objectives and the competences developed are listed.

Keywords: Intensive care; Medical-Surgical Nursing; Noise; Quality in health; Safety in care.

LISTA DE ABREVIATURAS

dB - Decibéis

et al. - e outros

mBar - Milibar

n.º - número

p. - página

pp. – páginas

spe – sem páginas especificadas

LISTA DE SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AHRQ - *Agency for Healthcare research and Quality*

AO - Assistente Operacional

ARS - Administração Regional de Saúde

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CA - Conselho de Administração

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEEMCPSC - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CEPSC - Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CI - Cuidados Intensivos

CV - Cateter Vesical

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Deontologia Profissional

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

DQCO - Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional

EA - Evento Adverso

EC - Ensino Clínico

ECSP - Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EE - Enfermeiro Especialista

EEEPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT - Entubação Orotraqueal

EPA - *Environmental Protection Agency*

EPE - Entidade Pública Empresarial

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESICM - *European Society of Intensive Care Medicine*

ETCO₂ - *End-tidal carbon dioxide*

EUA - Estados Unidos da América

GOBPD - Guia Orientador de Boa Prática acerca da Dor

GPQ - Grupo da Promoção da Qualidade

GSHT - Grupo de Segurança e Higiene no Trabalho

HDFVVC - Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

IJC - *International Joint Commission*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPM - Intervenção Profissional Major

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

ISR - Intubação de Sequência Rápida

IT - Instrução de Trabalho

JBÍ - *The Joanna Briggs Institute*

KPC - *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemas*

LAeq - Nível de Pressão Sonora Contínuo Equivalente, Ponderado A

LCpico - Nível de Pressão Sonora de Pico

LEX,8h - Nível de Exposição Diária de 8 horas de Trabalho

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MRSA - *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PERH - Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares

PIC - Pressão Intracraniana

PiCCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

PQCE - Padrões Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation – Sedation Scale*

RCCEE - Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RPQCEEPSC - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados

Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SE - Sala de Emergência

SMC - Serviço Medicina Covid

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Serviço de Observação

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

TAC - *Tomografia axial computadorizada*

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TSR - Técnica de Substituição Renal

USEPA - *United States Environmental Protection Agency*

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos utentes do SMI por faixa etária no ano de 2019.....	31
Gráfico 2. Perceção dos enfermeiros acerca do ruído.....	50
Gráfico 3. Formação na área do tema em estudo	51
Gráfico 4. Experiência profissional dos enfermeiros em UCI.....	52
Gráfico 5. Distribuição dos enfermeiros especialistas por área de especialização	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema representativo da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	40
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Registo dos valores máximos de pico no SMI em 2014	55
---	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A. Resumo Projeto de Estágio.....	CXXII
Apêndice B. Resumo do artigo científico - O ruído no contexto dos cuidados intensivos: contributo para a segurança e qualidade dos cuidados - estudo descritivo	CXXXIII
Apêndice C. Análise SWOT	CXXXVI
Apêndice D. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre	CXXXVIII
Apêndice E. Questionário de caracterização sociodemográfica e pertinência da temática	CXL
Apêndice F. Resultados do Questionário de Caracterização Sociodemográfica e avaliação da pertinência da temática.....	CXLIV
APÊNDICE G. Plano da Sessão Formativa - “Comunicação Eficaz na Transição dos Cuidados de Saúde”	CXLIX
APÊNDICE H. Apresentação da formação – “Comunicação Eficaz na Transição dos Cuidados de Saúde”	CLII
APÊNDICE I. Guião de apresentação - áudio.....	CLXI
APÊNDICE J. Questionário de avaliação da sessão de formação pelo formando...	CLXVIII
APÊNDICE K. Memorando ISBAR.....	CLXXI
Apêndice L. Plano da sessão formativa - “A Pessoa Doente em Contexto de Situação Crítica - Intervenções de enfermagem na administração de terapêutica”	CLXXIII

Apêndice M. Plano da sessão formativa -“A Pessoa Doente em Contexto de Situação Crítica - Intervenções de enfermagem na administração de terapêutica (Aminas vasoativas)” CLXXVII

Apêndice N. Plano de sessão formativa “Intubação de sequência rápida (ISR) em adulto com Covid na enfermaria - Intervenções de enfermagem” CLXXIX

Apêndice O. Plano de sessão formativa: “Ventilação Mecânica Invasiva no doente com covid - Intervenções de enfermagem” CLXXXII

Apêndice P. Proposta final da Instrução de Trabalho (IT) “Controlo do ruído em cuidados intensivos” CLXXXV

Apêndice Q. Cronograma final da Intervenção Major CLXXXIX

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Certificado de Participação na Formação “Simpósio Internacional-
Enfermagem Médico-cirúrgica” CXCI

Anexo B. Comprovativo das sessões formativas apresentada no Serviço de Medicina
Covid CXCV

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	199
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	22
1.1. Unidade de Saúde	22
1.2. Serviço de Medicina Intensiva	23
1.2.1. Estrutura, recursos físicos e recursos materiais	25
1.2.2. Recursos humanos	28
1.2.3. Análise da produção e gestão de cuidados	29
2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR	33
2.1 Problemática: o ruído em cuidados intensivos	34
2.2 Enquadramento teórico e conceptual	36
2.2.1 Teoria do conforto de katharine kolcaba	38
2.2.2 Qualidade em saúde e a segurança nos cuidados	43
2.2.3 Principais fontes de ruído em cuidados intensivos e intervenções para o seu controlo	46
2.3 Diagnóstico de Situação	49
2.4 Definição de Objetivos	57

2.5 Planeamento e Execução	58
2.6 Avaliação e Resultados	64
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ...	67
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem.....	70
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem	86
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICES	CXXI
ANEXOS	CXCII

INTRODUÇÃO

O presente relatório, insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC): Pessoa em Situação Crítica (PSC), na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja, na unidade curricular “Relatório”. Este, apresenta-se como o produto final de todo o percurso formativo e académico inserido no Mestrado em Enfermagem (ME), permitindo alcançar o Grau de Mestre em Enfermagem, após aprovação nas provas de defesa pública do Relatório de Estágio e permitindo a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em EMC, conferido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Na prática diária, somos confrontados com situações complexas na prestação de cuidados à pessoa doente, internada num serviço de Medicina Covid. O cuidar da “pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018), deixou de ser algo que ocorria esporadicamente e de forma imprevisível, aquando de um Serviço de Medicina e passou a ser algo, com o qual nos deparamos quase diariamente, devido à instabilidade destes doentes. Sentimos que era fundamental adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências que permitissem dar resposta às necessidades cada vez mais complexas dos nossos doentes e familiares, e assim, surgiu a motivação para enveredar neste percurso académico e nesta área de especialização em específico.

No decorrer deste percurso formativo e no âmbito do desenvolvimento de competências especializadas adequadas à prática clínica, enquadra-se a unidade curricular Estágio I, que decorreu num serviço de urgência médico cirúrgica (SUMC) e a unidade curricular Estágio Final, a qual decorreu num serviço de medicina intensiva (SMI), ambos na mesma Unidade Local de Saúde (ULS) da Administração Regional de Saúde (ARS). O Estágio I, teve a duração de 6 semanas, com início a 8 de março e término a 10 de abril de 2021, ao longo do qual decorreram 162 horas de contacto, com uma média de 24 horas semanais. O Estágio Final, teve a duração de 18 semanas, com início a 20 de maio e término

a 22 de outubro de 2021. No final contabilizaram-se 336 horas de contacto. Ambos os estágios e o Relatório decorreram sobre a orientação da Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Entre as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, e que serão abordadas neste relatório, cabe destacar a Intervenção Profissional Major (IPM), em relação à qual optámos pela descrição e fundamentação das etapas constituintes, utilizando a metodologia de trabalho de projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) como linha orientadora e como referencial teórico, a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, com uma breve abordagem do modelo teórico que sustenta o desenvolvimento do trabalho.

Todas as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, estão subjacentes ao cuidado à pessoa em situação crítica, dada a área de especialização. Procurando estabelecer relação e articulação, entre as várias unidades curriculares, suportada, na linha da garantia da segurança e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, proporcionando um todo articulado e congruente à aprendizagem clínica (respondendo aos requisitos do enfermeiro especialista) e de investigação (respondendo aos requisitos do grau de mestre), considerando os pressupostos previstos nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Decreto-Lei n.º 65/2018).

O caminho percorrido no decorrer dos estágios e a experiência dos projetos desenvolvidos, incentivaram à reflexão crítica e promoveram a aquisição de novos conhecimentos e competências no âmbito da qualidade e segurança, procurando promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos, desenvolvendo conhecimentos e competências para uma intervenção especializada na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Decreto-Lei n.º 65/2018).

Quando refletimos sobre o termo “Pessoa em Situação Crítica” surge, imediatamente, a imagem de uma pessoa em risco de vida, envolta numa infinidade de aparatos tecnológicos, a necessitar de cuidados de saúde especializados, complexos e constantes, sendo que, neste contexto de cuidados intensivos, o conforto ambiental da pessoa doente é, muitas vezes, descurado. Segundo Kolcaba (2003), o ruído é um dos fatores que influencia o conforto ambiental, sendo que através da observação da prática clínica, constatamos que o ruído pode ser desconfortável, incomodativo, e até superior ao

permitido por lei. Como tal, foi a partir desta conceção, que surgiu a motivação para explorar esta temática. Assim, a partir da elaboração de uma IPM, pretendemos contribuir para a implementação de estratégias de controlo do ruído em contexto de cuidados intensivos.

Na elaboração deste RE foram estabelecidos os seguintes objetivos: descrever o contexto clínico onde decorreu o estágio final e onde se realizou a IPM; apresentar a IPM elaborada, precisando cada uma das etapas da metodologia de projeto; analisar de forma fundamentada o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEEPSC e das competências de Mestre em Enfermagem.

Por conseguinte, este RE encontra-se organizado da seguinte forma. A primeira parte do presente documento descreve o contexto onde decorreu o Estágio Final e onde se efetivou a IPM, com o respetivo enquadramento legal e organizacional, estrutura, recursos físicos e materiais, os recursos humanos e a análise da produção e gestão de cuidados. A segunda parte tem início com a fundamentação da problemática identificada, seguida do enquadramento teórico e conceptual, em que abordamos alguns conceitos centrais da linha de investigação em que a IPM se insere, o modelo teórico adotado e a temática do ruído em cuidados intensivos. Segue-se uma abordagem ao percurso da IPM, onde se descrevem as várias fases, começando pelo diagnóstico de situação, a definição de objetivos, geral e específicos, o planeamento e a execução. Para concretizar os objetivos específicos, foram desenvolvidas atividades e no final é apresentada a avaliação e os resultados.

Por último, na terceira parte, procedemos à análise e reflexão, de forma fundamentada e impreterivelmente crítica, do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), das competências específicas do EEEPSC (OE, 2018) e as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem.

Este documento orienta-se pelas normas de referenciação bibliográfica da American Psychological Association, na sua 6.ª edição, regendo-se pelo acordo ortográfico vigente com exceção das citações diretas de autores.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Neste capítulo será feita a contextualização do local de estágio onde foi desenvolvida a IPM. Na escolha do local de estágio, foi necessário ter em consideração vários fatores, entre eles, ter de permitir cumprir os objetivos curriculares estipulados para a unidade curricular Estágio Final e área de especialização do doente crítico, mas também alguns objetivos e escolhas pessoais.

1.1. Unidade de Saúde

A Unidade Local de Saúde (ULS), Entidade Pública Empresarial (EPE) da ARS, onde decorreu este estágio, é uma entidade integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), criada pelo Decreto-lei n.º 183/2008, a qual resultou da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados. Desenvolve a sua atividade em 3 níveis de prestação de cuidados: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados e Cuidados de Saúde Hospitalares, onde se insere o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) em que decorreu o estágio final (Ministério da Saúde [MS], 2021).

Esta ULS, EPE, assume como missão a prestação de cuidados integrados, com qualidade e em tempo útil, a custos socialmente comportáveis, a todos aqueles que de forma permanente ou temporária se encontrem na área geográfica por ela abrangida. A par das atividades assistenciais, também tem por objetivo desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, por as considerar necessárias ao desenvolvimento técnico-profissional dos seus trabalhadores e colaboradores (Decreto-Lei n.º 183/2008). A atividade desenvolvida por esta ULS, EPE, assenta nos seguintes princípios e valores:

“no sentido da prevenção e da promoção da qualidade dos cuidados de saúde num contexto da humanização e de respeito pelos direitos dos utentes; garantia dos direitos de acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado”, bem como, na obtenção de ganhos em saúde, visando “a valorização da educação para a saúde, a literacia

e o autocuidado, de forma a permitir que os cidadãos tenham um papel cada vez mais ativo na gestão da sua saúde” (Decreto-Lei nº 18/2017, p. 695).

A sua área de influência é uma área de grande dispersão geográfica, o qual limita o acesso aos cuidados de saúde e reforça a importância das redes de referência. Uma população envelhecida, que se coaduna com um aumento da incidência de determinadas patologias crónicas e incapacitantes, em que as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade (MS, 2021). No que respeita à sua estrutura, a ULS, EPE em questão, é organizada em serviços clínicos, serviços de suporte à prestação de cuidados de saúde, gabinetes de assessoria técnica, serviços de apoio geral e logístico, comissões técnicas e órgãos consultivos. Sendo a sua organização interna gerida em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, os serviços são agrupados em departamentos (Decreto-Lei nº18/2017). Perante estas diretivas, foram criados sete departamentos: Especialidades Médicas; Especialidades Cirúrgicas; da Mulher e da Criança; Saúde Mental; Ambulatório; Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e Urgência, Emergência e Anestesiologia. É sobre este último que irá recair o nosso especial interesse, tendo em conta o contexto de estágio. O Departamento de Urgência, Emergência e Anestesiologia inclui os Serviços de Urgência; um Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC); dois Serviços de Urgência Básica (SUB); a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), as Viaturas de Suporte Imediato de Vida (SIV), bem como o Serviço de Anestesiologia e o SMI.

Até junho de 2021, o SMI da ULS, EPE, dividia-se em dois setores: camas 1 a 4 no piso 1 e camas 5 a 8 no piso 3, mas desde aí até à data do término do estágio, por motivos de obras, para a construção da nova unidade de cuidados intensivos no piso 1, o SMI dispõe de 4 camas na unidade do piso 3 e mais 4 camas numa “unidade improvisada” numa enfermaria do mesmo piso, dispondo igualmente de todos os recursos humanos e técnicos necessários para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

1.2. Serviço de Medicina Intensiva

De acordo com os critérios estipulados pela *European Society of Intensive Care Medicine* [ESICM], pelos quais se rege o MS (2017) em Portugal, o SMI em questão, é

classificado como um serviço fechado segundo a sua forma de gestão e de nível III, segundo a sua tipologia, baseando-se esta classificação no nível de cuidados prestados, nas técnicas utilizadas e nas valências disponíveis (Regulamento n.º 743 de 2019). Correspondendo este serviço aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, dispendo de uma organização departamental autónoma; de equipa de médicos e enfermeiros, funcionalmente dedicada, com assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; com lotação das camas destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e portanto necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico; pressupondo a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; dispendo de projetos de melhoria continua da qualidade e de programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Regulamento n.º 743/2019).

Denomina-se de igual forma como unidade polivalente, em que ser polivalente significa “ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável” (Regulamento 743/2019, p.145). Com um total de 8 camas, esta unidade cumpre o número de camas críticas de nível III, recomendado pelas orientações do Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva e por orientações internacionais (MS, 2017).

Considerando a relevância da formação em serviço para cumprimento do direito e dever deontológico de atualização e aperfeiçoamento do desempenho de cada um dos enfermeiros, possibilitando a correção de inconformidades e até suportando projetos de melhoria da qualidade, encontra-se alocado por serviço, um enfermeiro especialista responsável pela área de formação. Dedicado a esta área a tempo parcial, articula a sua atuação com o Departamento de Formação e com o Grupo de Promoção da Qualidade (GPQ).

Em termo de idoneidade para formação em Medicina Intensiva, atribuída pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos após visita presencial e análise das características ao SMI por Comissão nomeada para o efeito, esta unidade classifica-se como de nível B, reconhecidos e acreditados para a prática, treino e formação em Medicina Intensiva para Internos em formação específica em conformidade com os requisitos delineados; com idoneidade definitiva (atribuída por cinco anos) e parcial (atribuída apenas a algumas valências formativas requeridas), neste caso formando internos de medicina em

estágios de intensivos (Ministério da Saúde, Despacho n.º 4320/2013). A Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que:

“aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Representa uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial (vias verdes)” (MS, Despacho n.º 4320/2013, p.30).

Articulando com os sistemas de respostas rápidas, vulgarmente designados de “Vias Verdes” este serviço proporciona apoio à Via Verde Sepsis, à Via Verde Acidente Vascular Cerebral e Coronária, assim como apoio à sala de emergência (SE) do Serviço de Urgência. Sendo responsável pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, quer seja, no SU ou no internamento, através do exercício de consultadoria ou nas consultas de follow-up intra-hospitalar garantindo o processo assistencial do doente crítico, com capacidade de resposta qualificada, diferenciada e imediata 24h por dia/7 dias por semana (MS,2017). Com esta redefinição organizativa e funcional dos serviços, em termo institucionais, este “permite prevenir a doença crítica, ou pelo menos, detetá-la precocemente, evitando a sua progressão, minimizando consumo de camas intensivas e reduzindo duração de internamento no SMI e, conseqüentemente, custos de tratamento” (MS, 2017, p.7).

1.2.1. Estrutura, recursos físicos e recursos materiais

Quanto à sua estrutura, a principal unidade é do tipo open space, uma área de enfermaria dotada dos recursos e logística definidos pelas Recomendações Técnicas (RT) para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos (RT 09/2013) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Dela fazem parte 4 boxes individualizadas por cortinas, dispostas em frente a um balcão central. Esta zona central, onde se encontram os computadores, constitui não só uma zona de registos, mas também de vigilância, sendo que, “a localização da área de preparação de terapêutica e do posto de vigilância favorece

a visualização e monitorização contínua dos doentes, bem como o acesso rápido aos mesmos, caso se afigure necessário, enquanto os profissionais procedem à preparação de terapêutica, consulta ou realização de registos no processo clínico do doente” (Martins, 2019, p.22). Cada unidade do doente encontra-se equipada com um monitor com capacidade para monitorização permanente de pressão arterial, traçado cardíaco, frequência cardíaca, pressão venosa central e oximetria de pulso, existindo ainda a possibilidade de adicionar módulos para monitorização hemodinâmica invasiva (sistema PiCCO: Pulse Contour Cardiac Output) e neuromonitorização (Índice Bispectral [Bispectral Index Scale]); um ventilador que permite instituir suporte ventilatório invasivo e não invasivo; várias bombas e seringas infusoras; um controlador da pressão do cuff; um aspirador subglótico e um aspirador de secreções (preparado e regulado de 150- 200 mBar) ambos montados, além das rampas de oxigénio e de ar comprimido. Todos eles colocados à cabeceira da cama, uma proximidade que maximiza os efeitos adversos de níveis mais elevados de ruído ambiental para os doentes (Darbyshire et al., 2019).

Existem neste serviço 4 máquinas para realização de técnicas de substituição renal (TSR) contínuas. Entre as várias técnicas passíveis de serem realizadas, a mais frequente é a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC). Todas as máquinas são móveis e são transportadas para junto da unidade do doente quando necessário. Não dispondo a unidade de fonte de água e de saída para desperdícios de efluentes, os despejos são realizados na sala de desinfeção no serviço adjacente.

Esta unidade dispõe de 2 carros de emergência, um encontra-se no corredor, junto à “unidade improvisada”, e o outro, no corredor interno da unidade principal. Em relação à tipologia de monitorização, e de acordo com o equipamento disponível, realiza-se a monitorização hemodinâmica e ventilatória, ETCO₂, pressão intra-arterial, pressão venosa central (PVC), pressão intra-abdominal (PIA) e débito cardíaco (PiCCO).

A aplicação informática utilizada para realizar os registos médicos e de enfermagem é o Metavision, este permite o registo em tempo real dos dados provenientes do monitor e do ventilador e ao mesmo tempo, encontra-se interligado com outros sistemas de informação utilizados, permitindo aceder a exames imagiológicos e resultados laboratoriais. Da cama 1 a 4, os dados captados pelo monitor e pelo ventilador, são transmitidos automaticamente para a central de monitorização e para o sistema

informático, o que permite o registo dos mesmos no processo clínico do doente, sem necessidade de transcrição, sendo apenas necessário proceder à sua validação.

No entanto, da cama 5 a 8, apenas uma das unidades permite a transmissão direta dos dados, sendo necessário proceder manualmente e de forma sistemática e periódica à realização dos registos no sistema informático.

Numa zona contígua ao posto de vigilância e registo, encontra-se a bancada de trabalho (superfície em inox) onde são preparados medicamentos e outros materiais, dividida por uma estrutura plástica da “zona de sujos”, onde é feita a limpeza e desinfeção da maior parte do material, incluindo as bacias após cada higiene. Tem um armário de armazenamento de material e equipamento de uso clínico (ex. soluções de grande volume), servindo também de espaço de armazenamento de roupa.

Há uma porta de maior dimensão que abre para a parte central da unidade e é utilizada para passagem de equipamento de assistência médica de maior dimensão e para a deslocação de doentes, sobretudo nas situações mais prioritárias, constituindo uma passagem de acesso fácil a outras unidades funcionais, mas também, uma fonte de ruído significativa. Existe uma outra porta, na lateral, que comunica com o corredor de passagem dos profissionais, a qual é a utilizada habitualmente. Além da zona aberta, a unidade dispõe de um armazém de materiais, que é em simultâneo a sala de convívio e de refeições e de um gabinete comum para o enfermeiro chefe e médicos. Não existe um quarto de isolamento, pelo que, quando necessário, procede-se à identificação da zona consoante o tipo de isolamento (ex. isolamento de contacto); fica acessível o equipamento de proteção individual (EPI) e o doente fica na cama mais resguardada, normalmente junto à parede, para evitar que esta unidade seja uma zona de fluxo de circulação de outros doentes e profissionais.

Não dispõe de um espaço destinado ao acolhimento e reuniões com os familiares/pessoas significativas, normalmente quando necessário as conversas ocorrem junto do doente ou no corredor, tentando garantir alguma privacidade. Devido à atual situação pandémica, os doentes não têm visitas, salvo em algumas situações em que é solicitada autorização ao Conselho de Administração (CA), envolvendo doentes, que devido à gravidade do quadro clínico se prevê que venham a falecer em breve; porque é necessário haver contato direto com familiares/cuidadores no sentido de obter determinados esclarecimentos ou em situações em que as visitas influenciam a decisão do doente em

querer permanecer internado (ex. mães que anseiam por regressar a casa com os seus filhos menores, mas que é necessário permanecerem mais algum tempo no SMI).

1.2.2. Recursos humanos

O SMI é composto por uma equipa multidisciplinar, dispendo de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais (AO), fisioterapeutas e uma funcionária administrativa, preparados para prestar assistência diferenciada aos utentes e seus familiares. Do corpo clínico do SMI fazem parte 5 médicos biespecialistas (especialidade em medicina interna/especialidade em medicina intensiva) em regime permanente e 3 médicos com formação específica em medicina intensiva a tempo parcial. Sendo assim, quando nos referimos a recursos humanos, falamos dos vários técnicos que compõem a equipa que pertence a um determinado serviço, contudo iremos colocar em evidência os profissionais de enfermagem, uma vez que é esta equipa o nosso alvo de intervenção.

Inicialmente a equipa de enfermagem era constituída por 23 enfermeiros, encontrando-se uma colega em licença de maternidade e outra solicitou transferência de serviço, ficando constituída por 21 enfermeiros até à data de término do estágio. Quanto ao grau académico, de acordo com a análise dos dados apresentada a posteriori, no âmbito do diagnóstico da situação, verificamos que, a equipa de enfermagem é constituída maioritariamente por enfermeiros de cuidados gerais, que se regem pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2015a) e pelo enquadramento conceptual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem ([PQCE] OE, 2001).

Tal como se encontra explanado no Regulamento n.º 743/2019, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem na prestação direta de cuidados de enfermagem, o rácio enfermeiro/doente preconizado é de 1:2, sendo flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes. Respeitando maioritariamente uma distribuição de 4 enfermeiros para cada turno (manhã, tarde e noite), 3 destes dedicados exclusivamente à prestação direta de cuidados e um a funções de gestão (responsável de turno), podendo vir a incluir a prestação de cuidados direta se necessário.

O enfermeiro responsável de turno, é normalmente um enfermeiro detentor de título de enfermeiro especialista ou um enfermeiro a quem o enfermeiro chefe lhe vê reconhecidas competências independentemente de ter ou não o título de especialista, valorizando outros critérios, tais como, a experiência profissional, bem como a perícia demonstrada em áreas específicas de maior complexidade. No turno da manhã dos dias úteis, acresce o enfermeiro chefe, mas independentemente, deste estar, presente ou não, é o enfermeiro responsável quem assume a gestão da equipa responsável pela prestação de cuidados e ao qual cabe, no final de cada turno, a distribuição dos doentes pelos elementos do turno seguinte.

1.2.3. Análise da produção e gestão de cuidados

Nesta ULS, não está, no entanto, instalada a capacidade de intervenção em regime de urgência/emergência na área de cirurgia vascular, cirurgia plástica/maxilo-facial, neurocirurgia e não existe a valência de cirurgia cardiotorácica, aspetos que condicionam a referenciação inter-hospitalar dos doentes, associados à limitação imposta por critérios geográficos e de tempo de acessibilidade a estruturas hospitalares centrais (MS, 2017). Na prática, a referenciação destes doentes, tem sido definida pela patologia específica de órgão, sendo os fluxos estabelecidos em função das valências específicas e de especialidades envolvidas (MS, 2017). As únicas especialidades que existem neste serviço, durante as 24h do dia, 7 dias por semana são as de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna e Ortopedia. Dispõe, em horário não permanente, do apoio das especialidades de Psiquiatria, Cardiologia, Urologia, Neurologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, nomeadamente médicos de especialidades não contempladas na equipa interna da unidade, ficando condicionados por vezes aos fins de semana. No que se refere aos MCDT, têm apoio permanente da especialidade de Medicina Física e Reabilitação, Imunohemoterapia, Patologia Clínica, Radiologia Convencional e TAC/AngioTAC. Também tem autonomia, na realização da técnica de broncoscopia e ecografia, realizadas por alguns dos Médicos Intensivistas. Articula com o bloco operatório em caso de necessidade de uma intervenção cirúrgica urgente, coordenando o processo com o médico que está de urgência de cirurgia.

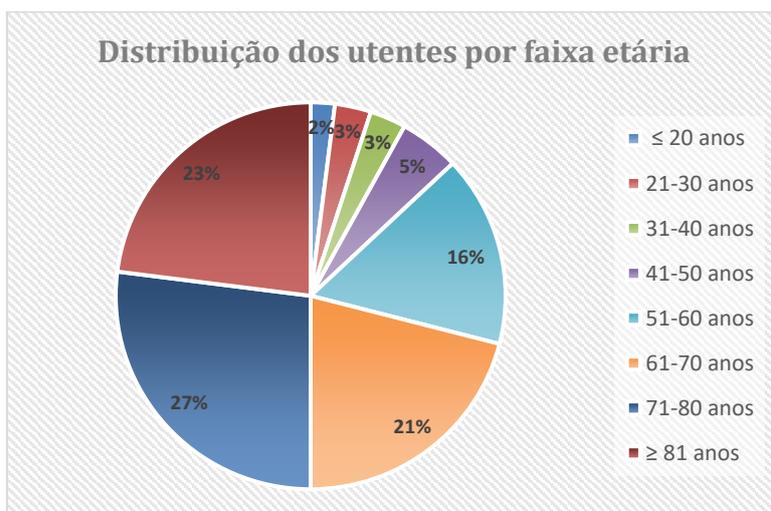
As transferências dos doentes para outras unidades hospitalares, são realizadas pelos elementos da equipa de enfermagem, sendo um dos motivos principais de referência inter-hospitalar a inexistência de valências médicas específicas, referidas anteriormente. Este SMI é parte integrante da Rede de Referência em Medicina Intensiva, aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 10 de agosto de 2017, que estabelece, na zona sul do país, quatro eixos de referência (MS, 2017). Neste contexto, terá como eixo de referência terciária¹ o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), “sempre que se verificar indisponibilidade esporádica do Centro Hospitalar do Algarve e para as áreas de Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Cardiotorácica e Cirurgia Plástica” (MS, 2017, pp. 76-77).

No ano de 2019, sendo o ano que eventualmente poderá ser mais representativo da realidade, dado que 2020 e 2021, foram anos atípicos devido à pandemia por Covid 19, este SMI dispoendo de 8 camas (4 no piso 1 e 4 no piso 3), registou 251 admissões de doentes, provenientes do serviço de urgência, serviços de internamento ou de outras instituições. Consoante os dados obtidos durante a avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos (Ministério da Saúde, despacho n.º 4320/2013) a demora média das UCIP é dependente do tipo de doentes, variando, contudo, entre os 6,0 e os 10,4 dias, sendo que a demora média deste serviço é de 6,1 dias. De acordo com a mesma fonte, preconiza-se uma taxa de ocupação ideal entre os 75 e os 80%, atingindo este serviço taxas de ocupação de 57,7%, significativamente mais baixa do que o expectável.

Com base nos dados fornecidos por Pinto & Hilário (2019), no que respeita aos doentes internados no SMI no decorrer do ano de 2019, 42% eram do sexo masculino e 58% do sexo feminino, compreendidos maioritariamente na faixa etária dos 71-80 anos de idade (27%), seguidos dos doentes com idade > 80 anos (23%) e posteriormente com idade compreendida entre os 61-70 anos (21%). Pela análise conjunta dos três últimos grupos etários, verificámos que a maioria dos doentes internados tinham idade igual ou superior a 61 anos (71%). Cuidados de saúde direcionados claramente a uma população envelhecida, tal como, constatamos no gráfico 1 que se segue:

¹ “Referência para instituições hospitalares com a totalidade das valências/especialidades médicas.” (MS, 2017, p.13)

Gráfico 1- Distribuição dos utentes do SMI por faixa etária no ano de 2019



Fonte: Pinto & Hilário (2019)

De acordo com a mesma fonte, tendo em conta o modo de ventilação, em 2019, 56% dos doentes internados beneficiaram de ventilação espontânea, 37% de ventilação mecânica invasiva (VMI), 5% de ventilação não invasiva (VNI) e apenas 2% com a modalidade de alto fluxo. De referir ainda, que destes, 84% teve necessidade de recorrer a técnicas de substituição renal (TSR). Confrontando os dados obtidos no decorrer do estágio e os emanados no Despacho n.º 4320/2013, a maioria dos doentes internados apresentam as seguintes situações clínicas mais frequentes: infeções graves, sépsis ou choque séptico; doenças agudas ou crónicas agudizadas, potencialmente reversíveis (ex. DPOC agudizada ou insuficiência cardíaca congestiva); pós-operatórios de diferentes patologias, com necessidade de meios extraordinários de suporte de vida ou monitorização diferenciada; politraumatizados; pós paragem cardiorrespiratória; morte cerebral, potenciais dadores de órgãos e alterações extremas do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido base. Neste âmbito, os cuidados de enfermagem especializada à PSC, exigem competências específicas para lidar com as situações emergentes, tendo em conta os aspetos inerentes à pessoa, prestando cuidados de forma holística, envolvendo o doente e a família, que acabam por vivenciar alterações no seu quotidiano e na sua saúde (OE, 2018).

A prestação de cuidados é realizada de acordo com o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro assume a responsabilidade pela prestação de cuidados holísticos aos doentes que lhe são atribuídos em cada turno, sendo evidente um espírito de equipa e de entre ajuda.

Este serviço articula com as várias comissões técnicas que existem nesta instituição, tal como, o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), o GPQ e o Gabinete de Segurança e Higiene no Trabalho (GSHT).

De acordo com informações fornecidas pela enfermeira orientadora, vários enfermeiros são elementos dinamizadores de projetos que visam a melhoria contínua da qualidade, são exemplo destes, o projeto de intervenção sobre infeção associada ao cateter venoso central (CVC) e ao cateter vesical (CV), através da avaliação das práticas desenvolvidas pela equipa, por forma a identificar lacunas e estratégias de melhoria, bem como, a implementação de estratégias do “feixe de intervenções” de prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), cuja avaliação/monitorização é efetivada através de auditorias internas, como forma de otimizar a taxa de cumprimento do mesmo.

A avaliação da carga de trabalho de enfermagem é realizada pela aplicação de uma escala de medida, a Therapeutic Intervention Scoring System -28 (TISS- 28).

TISS-28 é uma escala de medida da gravidade da situação crítica e da carga de trabalho de Enfermagem em SMI e tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo despendido pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos na pessoa em situação crítica (Padilha et al., 2005). Assim, e na opinião do mesmo, o score da escala TISS-28 permite não só estimar as intervenções e, portanto, a gravidade indireta das pessoas em situação crítica, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem. O preenchimento diário desta escala é realizado no final do turno da manhã e é da responsabilidade do enfermeiro que tem a pessoa em situação crítica a seu cargo, tendo como referência os cuidados que foram prestados nas 24 horas anteriores.

A aplicação da TISS-28 na área de Cuidados Intensivos também permite classificar as pessoas em situação crítica em 4 classes de hierarquização por grau de gravidade (Classes de Cullen) através do somatório dos pontos atribuídos às intervenções de Enfermagem. As classes de Cullen ajudam, indiretamente, a compreender o grau de vigilância necessário bem como a necessidade de cada pessoa em situação crítica permanecer internada num serviço de cuidados intensivos.

Baseando-nos na análise da classificação da TISS-28 já realizada pelos enfermeiros deste SMI, indagámos sobre qual a carga de trabalho de enfermagem com recurso a esta escala e procurámos caracterizar retrospectivamente a gravidade dos doentes internados durante o período de estágio final (junho a outubro de 2021). Foi possível aceder aos dados pretendidos através do sistema informático utilizado no serviço, garantindo sempre o anonimato dos doentes. Verificámos que a maioria dos registos (>93%) se encontravam na classe de Cullen III, que corresponde a 20-39 pontos, ou seja, doentes que carecem de cuidados intensivos devido à sua instabilidade hemodinâmica. O facto desta análise ser referente a doentes a quem foram prestados cuidados diretamente, permite retirar determinadas elações, as quais acabam por serem corroboradas no estudo de Meneguetti, Araújo, Nogueira, Gulin & Laus (2017), as pessoas que faleceram e também as que permaneceram internadas mais tempo, provavelmente, por apresentarem uma condição mais instável, com necessidade de um acompanhamento mais rigoroso e múltiplas intervenções terapêuticas, apresentaram uma carga de trabalho superior.

Assim, verificou-se que os valores da TISS-28 oscilaram entre 11 pontos e 51 pontos apresentando uma média de 26,95 pontos. Considerando que cada ponto da TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de trabalho de um enfermeiro, num turno de 8 horas, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, os enfermeiros gastaram em média 285,67 minutos, o que corresponde a aproximadamente 4,7 horas de cuidados diários de enfermagem. Contudo, posto que, “este instrumento avalia a carga de trabalho retrospectivamente e que a situação do doente crítico está em constante mutação, apresenta pouca utilidade na organização do trabalho que é realizada de forma prospetiva, no início de cada turno” (Martins, 2019, p.26).

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

Para a consecução prática da IPM, adotou-se a metodologia de projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) como linha orientadora, a qual, visa a resolução de problemas, permitindo assim a aquisição de conhecimentos e competências na elaboração de projetos numa situação concreta e real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Desta forma, a metodologia de projeto assume a estreita ligação entre a teoria, a investigação e a prática, considerando que esta se baseia no conhecimento teórico e na evidência para uma consequente aplicação em contexto prático (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), instigando assim à aplicação da prática baseada na evidência.

2.1. Problemática: o ruído em cuidados intensivos

A importância do ruído tem vindo a ser reconhecida como um fator determinante de bem-estar e conforto de doentes e profissionais de saúde. O impacto do ruído nos cuidados de enfermagem prestados em ambiente hospitalar é uma temática pertinente e que acompanha a própria génese da Enfermagem (Silva, 2014).

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1999 para ruído comunitário recomendam um máximo de 35 decibéis (dB), ajustados para a faixa de audição normal [dB (A)] durante a noite e 40 dB (A) durante o dia, para ambientes hospitalares. Determinando um nível de Pressão Sonora Contínuo Equivalente (Leq) máximo de 35 dB(A) em salas de tratamento e observação de doentes e 30 dB(A) em enfermarias. A *United States Environmental Protection Agency* (USEPA) citada por Berglund, B., Lindvall, T. & Dietrich (1999) fornece orientações para os níveis de ruído no ambiente hospitalar, em que recomenda níveis de 45 dB(A) para ruído diurno e 35 dB(A) para ruído noturno.

A nível nacional não existem diretrizes específicas para o controlo deste agente em meio hospitalar. A legislação portuguesa, relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde em matéria de exposição dos trabalhadores aos riscos devidos ao ruído, consiste no Decreto-Lei n.º 182/2006, de 6 de setembro, que transpõe a Diretiva n.º 2003/10/CE,

de 6 de fevereiro, do Parlamento Europeu e do Conselho. Este decreto-lei estabelece valores limite de exposição, no que se refere à exposição pessoal diária (LEX8h) e ao nível de pressão sonora de pico (LCpico). Para o LEX8h, o valor limite de exposição é de 87 dB (A) e para o LCpico é de 140 dB (C). Contudo, para LEX8h superiores a 80 dB (A) ou LCpico superiores a 135 dB (C), admite-se que há risco para a audição.

Em ambiente hospitalar, os níveis de exposição pessoal diária ao ruído encontram-se, geralmente, abaixo dos níveis preconizados na legislação nacional. No entanto, podem ocorrer efeitos que vão além da perda de audição, que podem potenciar a ocorrência de erros e acidentes de trabalho neste tipo de instituições (Santos & Miguel, 2012). Como já foi referido, o Decreto-Lei n.º 182/2006, de 6 de setembro, que estabelece os valores limites para a exposição pessoal diária ao ruído, não se adequa ao ambiente hospitalar.

De referir também que, a eliminação ou a redução do ruído excessivo é uma obrigação legal muito importante para as instituições, sobretudo as instituições prestadoras de cuidados de saúde e seus trabalhadores, pois quanto mais seguro e saudável for o ambiente de trabalho menores serão as probabilidades de acidentes de trabalho, de absentismo elevado e de diminuição de rendimento do trabalho (Decreto-Lei nº 182/2006).

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são serviços hospitalares que se caracterizam por serem unidades complexas, altamente apetrechadas tecnologicamente cujo objetivo é a vigilância, monitorização e tratamento de PSC, e em que a situação é considerada potencialmente reversível (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013). Muitos dispositivos médicos tecnológicos são usados nestas unidades, para vigilância, diagnóstico e tratamento e muitos deles causam ruído significativo.

Um ambiente complexo, fechado, organizado, extremamente dinâmico e também barulhento, com fluxo de pessoas controlado (Backes, M. T.S., Erdmann, A. L. & Büscher (2015).

Assim, depreendemos que a complexidade tecnológica tem aumentado para uma melhor prestação de cuidados de saúde, mas ao mesmo tempo, determina um aumento dos níveis sonoros associados (Pires, 2016). Além disso, cuidados de higiene, alimentação, aspiração, e outros dispositivos usados durante os cuidados, bem como o ruído das chamadas telefónicas, podem aumentar o volume ainda mais, atingindo valores acima dos recomendados pela OMS em ambiente hospitalar (Çakir, Aslan & Alhan, 2016).

Face ao exposto consideramos atual e relevante a intervenção, a qual submetemos à apreciação da Instituição do Ensino Superior que detém a gestão administrativa do Mestrado em Enfermagem, tendo merecido a sua aprovação. Sendo assim, esta IPM, denomina-se “O Ruído no Contexto dos Cuidados Intensivos: Contributo para a Segurança e Qualidade dos Cuidados”, enquadrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade dos cuidados”, definida para o Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.

2.2. Enquadramento teórico e conceptual

A produção de conhecimento resulta na combinação de processos de investigação, na abordagem a conceitos já definidos e na reflexão de ambos em cada situação (Vilelas, 2017). Na mesma linha de pensamento, o autor supracitado, refere que os conceitos são necessários à produção de conhecimento, de forma a servir de base ao pensamento e esclarecer o conteúdo de partida.

Em simultâneo, através da utilização de uma teoria em Enfermagem, no que ao doente crítico diz respeito, procuramos encontrar uma forma diferenciada de compreender os conceitos nos quais se centra esta profissão e esta problemática.

Como referimos anteriormente, elegemos a Teoria do Conforto de Kolcaba como referencial teórico para este trajeto de desenvolvimento de competências. Esta é uma teoria sobre necessidades humanas, aplicável à pessoa doente que experimenta múltiplos estímulos em situações estressantes de assistência à saúde e em que, no seu cerne está o holismo (Kolcaba, 2001).

Sabe-se que “as teorias de enfermagem fornecem uma base de conhecimento científico para orientar a prática profissional, sistematizar o conhecimento e organizar o cuidado” (Barbosa & Silva (2018) citado por Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P. & Bitencout, G. R., 2020, p.2).

Por outro lado, de acordo com Fortin (1999) “conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo” (p.39). Consideramos então pertinente e necessária uma breve fundamentação da problemática, com uma descrição dos conceitos centrais associados a esta. Optamos por

apresentar o seguinte grupo de conceitos que se relacionam entre si em virtude da relevância em nos ajudar a orientar a prática de cuidados em enfermagem. Tomamos assim, como referência teórica para a consecução deste relatório, os conceitos identificados nos enunciados descritivos dos padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001 [PQCE]) como centrais ao domínio da disciplina de enfermagem, que integram a sua teoria e que são: Saúde, pessoa, ambiente e os cuidados de enfermagem.

A **saúde** é um estado subjetivo, não podendo ser definida como o oposto de doença. Representa um estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural, sendo uma condição individual e variável no tempo (OE, 2001).

A **pessoa** é um ser social, com comportamentos baseados em valores, crenças e desejos. É um ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se. Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente, assim como, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica da pessoa, que por sua vez, são influenciadas pelo bem-estar e conforto físico. Cada pessoa deve ser vista como um ser uno e indivisível (OE, 2001).

Por outro lado, o **ambiente** é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que influenciam as pessoas e o seu conceito de saúde.

O foco da intervenção do enfermeiro deve ser sempre na interdependência pessoa/ambiente (OE, 2001). Tal como refere Kolcaba, os enfermeiros podem e devem manipular as características do ambiente circundante, para aumentar o conforto do doente (Kolcaba, 2001; Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006) e na sua relação com outros conceitos, pode auxiliar na restauração da saúde.

Por fim, os **cuidados de enfermagem** centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas, tendo cada uma os seus valores, crenças e desejos de natureza individual. A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o doente, a qual Kolcaba define como um compromisso para com o Outro e em que o Outro se sente ajudado. Esta, concretiza-se no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Além de ser um processo dinâmico que se vai fortalecendo,

tem como objetivo ajudar o doente a ser proactivo na realização do seu projeto de saúde (OE, 2001).

2.2.1 Teoria do conforto de katharine kolcaba

A teoria do conforto de katharine kolcaba, é uma teoria humanista e holística, centrada nas necessidades do doente, que instiga a investigação em saúde, defendendo o conforto como forma de proporcionar cuidados de qualidade e melhorar os resultados para o doente, o que atesta a sua importância para a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento. Caracteriza-se por ter um nível de conhecimento menos abstrato, por se dirigir a fenómenos ou conceitos específicos e por refletir a prática (Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006).

Procura valorizar a prática, relacionando-a aos resultados institucionais e dá visibilidade às intervenções de enfermagem que promovem a solidez das instituições. Apresenta-se como uma teoria de médio alcance na prática de Enfermagem. Segundo Kolcaba (2001), as teorias de médio alcance são concretas, adaptáveis, fáceis de aplicar e focam-se na obtenção de resultados positivos.

Os fenómenos ou conceitos da teoria são transversais a diversas áreas da disciplina de enfermagem e refletem uma grande variedade de situações de cuidados de enfermagem. No contexto da EMC na área da Enfermagem à PSC, enquadra-se na medida em que foca um dos principais problemas com que se depara um enfermeiro em cuidados à PSC— a prestação de cuidados de Enfermagem que permitam incluir o conforto como sendo um dos principais focos, tal como o motivo principal de doença. Esta teoria revê o conforto com um resultado desejável imediato dos cuidados de Enfermagem (Kolcaba, 2001). Por outro lado, o ambiente em cuidados intensivos, caracteriza-se por ser um ambiente complexo, em que a PSC experimenta múltiplos estímulos geradores de tensão, e de acordo com os pressupostos da teoria de Kolcaba, perante estímulos complexos os seres humanos têm respostas holísticas.

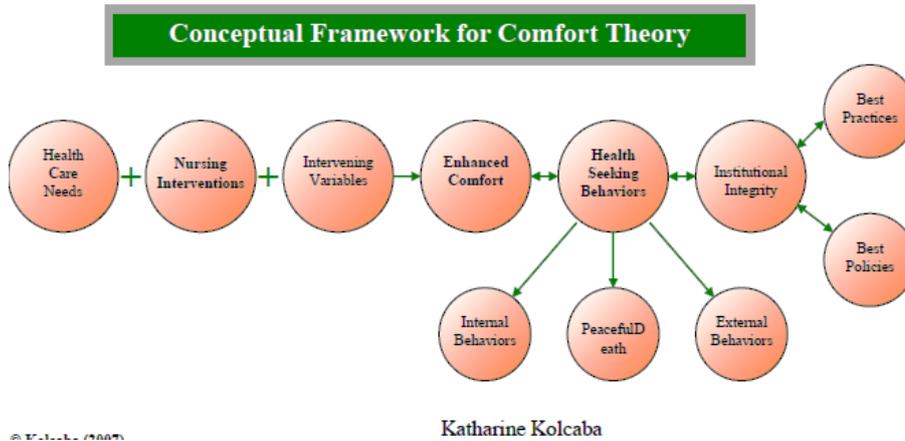
No entanto, a autora consciencializa que o resultado esperado pode não ser pleno, “dado o conforto (total) poder ser raro em situações stressantes de cuidados, onde as necessidades de conforto são elevadas” (Kolcaba 2003, pp. 16-17). De facto, em cenários críticos, o doente exposto a esta condição de desequilíbrio, pode não atingir a plenitude do

seu conforto esperado. Apesar disto, a percepção com que este fique de ter sido ajudado, encorajado e suportado por parte de quem presta cuidados, garante a manutenção do conforto e possibilita que a relação terapêutica na obtenção de conforto, seja possível e efetiva. Sentir-se ajudado fortalece o doente e estreita a relação de cuidados (Carvalho, 2018).

Objetivando definir conforto, Kolcaba citada por Oliveira (2013) diz-nos que é a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto através da experiência imediata e holística da satisfação dos três tipos de necessidades (alívio, tranquilidade e transcendência) presentes nos contextos que influenciam o estado de conforto (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Confortar é muito mais do que tirar a dor ou evitá-la, é fazer entender o doente que existe um profissional capaz de suportar consigo a sua dor, que assume um compromisso para com ele, dando-lhe a tranquilidade necessária para enfrentar o momento crítico em que se encontra. E para restabelecer o seu equilíbrio, inclui o período de doença no seu projeto (Carvalho, 2018).

De igual forma, procura definir necessidades de cuidados de saúde como “necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais” (Kolcaba citada por Tomey & Alligood, 2002). Estas necessidades podem ser físicas, sociais, ambientais, psicoespirituais, são impulsionadas por políticas sociais e culturais e motivadas por expectativas do doente. Já as medidas de conforto, são definidas como “intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas” (Kolcaba citada por Tomey & Alligood, 2002). Os comportamentos de procura de saúde, são comportamentos adotados pela pessoa no que diz respeito à procura de bem-estar de forma a contribuir para a sua saúde individual. Assim como, a integridade institucional alude a qualidades e condições das instituições que proporcionam à pessoa serviços íntegros, seguros e honestos (Kolcaba citada por Tomey & Alligood, 2002), possuindo uma componente normativa e descritiva baseada num sistema de valores orientado para o doente, indo ao encontro dos princípios e valores desta mesma instituição de saúde, também eles orientados para o doente. Remetemos a atenção para a figura seguinte, através da qual procuramos clarificar a inter-relação entre os conceitos supramencionados.

Figura 1. Esquema representativo da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba



Fonte: A linha conforto.

Disponível em: www.Thecomfortline.com

A Teoria do Conforto (Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C., 2006) propõe que “quando o conforto dos enfermeiros é aumentado, os enfermeiros ficam mais satisfeitos, mais comprometidos com a instituição e capazes de trabalhar de forma mais eficaz. Esses resultados dos enfermeiros resultam em melhores resultados dos doentes e aumento da força organizacional” (p.539). Vários novos objetivos no plano estratégico de enfermagem foram especificamente “dedicados a aumentar o conforto dos enfermeiros através da promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e confortável” (p. 541), delineando para tal, a criação de práticas positivas e mudanças ambientais.

De uma outra perspetiva, os enfermeiros identificam as necessidades de conforto dos doentes que não foram atendidas pelos sistemas de apoio existentes e elaboram intervenções para atender a essas necessidades. Se ocorrer um aumento do conforto, os doentes são fortalecidos para se envolverem em comportamentos de busca de saúde. Quando os doentes se envolvem em comportamentos de busca de saúde como resultado de serem fortalecidos por ações de conforto, estes e os enfermeiros ficam mais satisfeitos com seus cuidados de saúde. Quando os doentes estão satisfeitos com os seus cuidados de saúde numa instituição específica, essa instituição mantém a sua integridade, a qual pode ser operacionalizada como satisfação do doente, altas bem-sucedidas, otimização da relação custo-benefício, menos absentismo e menor rotatividade. Por sua vez, os

comportamentos de busca de saúde podem ser definidos como ações do doente das quais ele pode ou não estar ciente, que pode ou não ser observado e que são preditores ou indicadores de melhoria dos cuidados de saúde (categorizados como internos [ex. cura, função imunológica], como externos [ex. estado funcional, percepção de saúde] ou como morte tranquila).

Os pressupostos da teoria de Kolcaba defendem que a pessoa em situação de doença é o centro dos cuidados, parceira na identificação das suas necessidades de conforto e medidas (estratégias) para as colmatar. A instituição promotora de cuidados de saúde trabalha para satisfazer as necessidades dos parceiros de cuidados (utente e família) (Kolcaba, 2003).

Esta teoria relaciona a prática aos resultados institucionais e tal como afirmamos anteriormente, dá visibilidade às intervenções de enfermagem que promovem a solidez das instituições. A própria autora da teoria, afirma que, o conforto é o resultado essencial do cuidado de saúde. Assim, conclui-se que ao prestar cuidados de saúde, o conceito de conforto deve estar presente em cada situação, pois este é um dos resultados esperados e não só uma medida isolada.

A enfermagem tem procurado, ao longo da sua história, contextualizar os seus cuidados, para que possam adaptar-se a qualquer pessoa e circunstância, objetivando-se como um dos principais outcomes proporcionar conforto nas suas várias dimensões e no meio em que se encontra, nesta vertente particular de estudo, em contexto dos cuidados à PSC (Kolkaba, 2003). Nesta perspetiva, onde o conforto resulta da intervenção do enfermeiro, sendo este uma finalidade essencial dos cuidados de saúde, a gestão e otimização do ambiente que circunda a pessoa, no qual se insere o ruído, é da responsabilidade do enfermeiro, ambicionando a melhoria do estado de saúde através da manutenção de um ambiente adequado, promovendo assim o conforto da pessoa, tornando os cuidados de enfermagem humanistas e individualizados, procurando enobrecer, assim, a prestação de cuidados de saúde de excelência (Locsin; Nightingale, citados por Pereira, 2017).

Ao elaborar a sua Teoria do Conforto, Kolcaba (2003) conceptualizou e operacionalizou o conceito de conforto, e a sua relação com os cuidados de enfermagem.

Segundo esta teoria, os cuidados de enfermagem têm como objetivo máximo proporcionar o conforto da pessoa, podendo este atingir três níveis - alívio, tranquilidade

e transcendência – destacando quatro contextos que influenciam o conforto - físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Segundo Kolcaba (2003), o primeiro nível de conforto é o alívio, um estado em que a necessidade específica da pessoa foi colmatada e satisfeita melhorando assim a sua condição de conforto (ex: controlo da dor), sendo necessário para a recuperação da sua função anterior ou para uma morte tranquila. A tranquilidade é o estado de calma, contentamento e satisfação da pessoa (ex: resolução de uma situação que deixe a pessoa ansiosa), sendo a transcendência o nível em que a pessoa se pode superar, demonstrando competências para resolver os seus problemas, desafios e sofrimento, assim como o potencial para controlar o seu futuro (Kolcaba, 2003; Kolcaba, Tilton & Drouin, 2006).

Adicionalmente, os três níveis de conforto ocorrem e são influenciados por quatro diferentes contextos (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al., 2006). O conforto físico relaciona-se com as sensações corporais e com a satisfação das necessidades fisiológicas: ausência de dor, mobilidade adequada, adequado funcionamento gastrointestinal, entre outros, encontrando-se muitas vezes relacionado com sinais e sintomas de doença. Na dimensão psicoespiritual, relacionado com a consciência que a pessoa tem de si própria, a auto-estima, a sexualidade, as crenças, os aspetos culturais. sensação de independência, sensação de relaxamento, sentir-se útil e sentir que está informado sobre o que sucede em seu redor e consigo próprio. O conforto sociocultural fomenta-se através da manutenção da relação de ajuda estabelecida entre profissionais e utentes, mantendo o respeito pelas suas necessidades culturais e familiares. No que concerne ao conforto ambiental, este prende-se com o controlo/manipulação do espaço circundante da pessoa de maneira a torná-lo mais terapêutico. Relacionado com o meio envolvente, com as condições e com as influências externas à pessoa. Segundo Kolcaba, Tilton, & Drouin (2006), um dos fatores que influencia o contexto ambiental do conforto é o ruído circundante e, como tal, o seu controlo torna-se importante para a promoção do conforto da pessoa e sua família.

Sendo que, a PSC, é aquela que necessita de cuidados contínuos e complexos e simultaneamente, apresenta constrangimentos na satisfação das quatro dimensões do conforto. Tem frequentemente determinados sintomas, como dor, dispneia ou sede que interferem no conforto físico, encontrando-se, na maioria das vezes, internadas num ambiente desconhecido (SMI), com a sua independência condicionada, sob perda do controlo (desconforto psicoespiritual), afastada dos seus familiares ou pessoas

significativas e à mercê das atitudes daqueles que com ele contactam (desconforto sociocultural). Adicionalmente, o meio que rodeia a PSC é extremamente ruidoso e constantemente iluminado, não existindo, por vezes, diferenciação entre a noite e o dia (conforto ambiental). Apesar destes fatos, perante a PSC, muitas vezes o conforto da pessoa é descurado em virtude da grande panóplia de cuidados necessários para a reposição ou manutenção das funções vitais (Mineiro, 2016). Com base neste paradigma, elegeu-se a Teoria do Conforto de Kolcaba como referencial teórico para este trajeto de desenvolvimento de competências, ajudando-nos a compreender como a redução do ruído contribuirá para o conforto dos doentes/PSC e enfermeiros.

2.2.2 Qualidade em saúde e a segurança nos cuidados

O conceito de qualidade apresenta-se de modos diversos, com atribuição de significado a diferentes aspetos, um conceito em permanente evolução, embora as definições propostas revelem particular ênfase na satisfação do doente. Uma problemática que pode ser encarada em diferentes óticas, “na ótica do utilizador, do prestador, do gestor/financiador, existindo vários fatores que podem condicionar a sua definição” como o contexto de prestação de cuidados (Eiras, 2011, p.21). De facto, “todos os intervenientes e agentes, que interagem na prestação de cuidados assumem a qualidade em diferentes perspetivas, de acordo com as suas necessidades, expectativas e interesses” (Eiras, 2011, p.24).

Segundo a OMS, a qualidade em saúde consiste na prestação de cuidados de saúde eficazes, oportunos, eficientes, equitativos, centrados nas pessoas e seguros, tendo em vista a melhoria dos resultados de saúde desejados pelos indivíduos e comunidades (2006). O MS, através do Despacho n.º 5613/2015, publicou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, onde consigna que “a qualidade em saúde, é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p.13551). Perante tal definição, consideramos que também a teoria de Kolcaba, procura lograr a qualidade em saúde, na medida em que tem em conta variáveis como os recursos disponíveis, adequa

os cuidados às necessidades e expectativas da pessoa doente e pode ser considerada como uma estratégia de melhoria da qualidade, através da promoção da satisfação dos doentes.

A qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde Português, assim como, uma obrigação ética, na medida que, contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Despacho n.º 5613/2015).

No âmbito da qualidade em saúde Donabedian (2003) refere a qualidade em saúde como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes, que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, acrescenta ainda, que definir a qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos. E, estabelece três dimensões para a qualidade em saúde: a dimensão técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente e a dimensão ambiental, que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

Com a inovação científica e tecnológica, o aumento da informação disponível e consequente aumento da complexidade dos cuidados de saúde tornou-se imperativo trabalhar a cultura de segurança do doente por forma a implementar ações preventivas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Também a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, estabelece na Base 2, na alínea b), que todas as pessoas têm direito a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p.56).

A OMS alerta para a necessidade de maximizar a segurança do doente e reduzir o risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde (DGS, 2011).

Segurança do doente, na definição mais frequentemente utilizada, é a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” sendo “direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto

da prestação de cuidados em oposição a risco de não tratamento” (DGS, 2011, pp.13-14), ou, numa definição essencialmente concreta e operacional, a redução do erro, risco e dano no contexto da prestação de cuidados de saúde (OMS, 2019). Importa também, com base na estrutura concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (DGS, 2011), definir o conceito de dano, o qual, “implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico” (p.15) ou dano associado ao cuidado de saúde, que se define como “o dano resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente” (p.15), sendo ambos considerados como conceitos centrais nesta temática.

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade, em 2021, é publicado em Diário da República (Despacho n.º 9390/2021, série 2, n.º 187), o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026” (MS, 2021 [PNSD]). Tendo por base no seu desenho, as recomendações decorrentes dos objetivos de desenvolvimento sustentável, das Nações Unidas e, mais recentemente, do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS. O PNSD 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos e incluindo os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. No seu pilar 3, encontra-se definido como objetivo estratégico, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, através da implementação de determinadas ações, entre elas, a atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde; o desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde e o desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados.

Já no pilar 5, no que se refere a prática seguras em ambientes complexos, temos que:

“o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que este representa

para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros” (p.102).

Assumindo como objetivo estratégico, monitorizar a implementação de práticas seguras, através da atualização dos normativos no âmbito da segurança do doente. O foco na segurança do doente surge assim como um importante dado da qualidade dos cuidados. Este enquadró o tema central de ambos os trabalhos realizados, com base em princípios que sustentam a área da segurança do doente, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos, mais concretamente, a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e a implementação de medidas de prevenção e controlo do ruído num SMI.

2.2.3. Principais fontes de ruído em cuidados intensivos e intervenções para o seu controlo

As medições de ruído são extremamente importantes para avaliar o nível de exposição a que os profissionais de saúde estão sujeitos, dado o risco associado a este tipo de evento. De acordo com Zannin & Ferraz; Zannin et al.; Busch-Vishniac & Ryherd & Loupa citados por Andrade et al., 2021, em hospitais:

“estas medições são ainda mais importantes, dado o aspeto físico e vulnerabilidade emocional dos doentes e o stress ao qual o pessoal do hospital é submetido diariamente. Portanto, trabalhar em situações extremas, enquanto submetido a níveis de ruído que excedem aquele estabelecido por leis, padrões ou agências como a OMS pode atrasar a recuperação dos doentes e prejudicar o desempenho dos profissionais de saúde” (p. 19636).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na redução do stress físico, psicológico e social a que os doentes estão expostos nas UCI e desenvolvem cuidados de saúde integrados com os progressos tecnológicos (Çakir, Aslan & Alhan, 2016) e ao mesmo tempo, eles próprios são objeto, sobre o qual recaem os efeitos adversos do ruído.

Têm sido publicados diversos estudos realizados em meio hospitalar que sugerem a associação da exposição ao ruído a múltiplas consequências para a saúde, tomando como exemplo, Darbyshire et al. (2019), quando nos dizem que o ruído excessivo em hospitais afeta negativamente o sono e a recuperação dos doentes, causa stress e fadiga na equipe e dificulta a comunicação ou Goeren et al. (2018) que nos dizem que ruído excessivo leva ao aumento da percepção da dor, aumento do delírio e aumento do tempo de internamento e até, comprometimento cognitivo contínuo após alta hospitalar.

Deste modo, um dos fatores de risco frequentemente presente nos locais de trabalho é o ruído, definido como som indesejado e perturbador. Um conceito subjetivo afetado por vários fatores culturais e fatores sociais, personalidade individual e atitudes (Agência Europeia do Ambiente, 2021). É, ainda, definido como “qualquer som que cause perturbação subjetiva ou irritação sendo um estímulo desagradável para as pessoas” (Akansel & Kaymakçi, 2008, p.1581).

Alguns estudos tiveram como propósito, determinar a eficácia de intervenções baseadas em comportamento para reduzir o ruído através da implementação de medidas Bundles e da implementação de um "período de silêncio" noturno (Crawford et al., 2018; Goeren et al., 2018; Darbyshire et al., 2019), procurando aumentar a consciencialização entre a equipa e organizar sessões de formação para desenvolver as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde (Çakir, Aslan, & Alhan, 2016; Goeren et al., 2018). Outros concluíram que os níveis de ruído mais elevados nas UCI estão associados aos alarmes dos monitores (101,7 dBA), juntando-se ao bater de portas, ruído do telefone, ruído de bombas infusoras e ruídos da equipa respetivamente (Çakir, Aslan, & Alhan, 2016). A fim de superar esses problemas, sugerem que as tecnologias podem ser desenvolvidas para permitir que os alarmes do monitor possam ser ouvidos apenas pelos profissionais, os telefones devem ter ativado o sistema de vibração e as comunicações desnecessárias devem ser evitadas.

Como fontes de ruído mais significativas, para valores máximos de pressão sonora, foram destacados os alarmes do ventilador (82,7dBA), do sistema de aspiração (91,6 dBA), os dispositivos de oxigénio a alto fluxo (10 l/minuto) (71,4 dBA), as seringas infusoras (68,7 dBA), as atividades dos profissionais de saúde e os diálogos (50-60 dBA) (Jung, Kim, Lee & Rhee, 2020). Confirmando que os níveis de ruído dos dispositivos mecânicos variaram de 41 dBA (min.) a 91 dBA (máx.) e que os dispositivos de monitorização dos doentes geraram

ruído alto e de alta frequência, 85 dB (níveis de ruído de pico). Verificaram ainda, para todas as UCI tipo open space, em internamento de adulto, que o turno da manhã e da tarde são os mais ruidosos nas unidades (níveis de LAeq entre 53,8 e 57,6 dBA) enquanto, no turno da noite os níveis de ruído obtidos foram mais baixos (níveis de LAeq entre 51,5 e 54,4 dBA), desde que não houvesse entrada de doentes. Na maioria das UCI os níveis de ruído durante os dias de fim de semana, eram inferiores aos observados nos dias da semana. No decorrer da discussão dos dados, os autores supracitados sugerem que a redução de ruído pode ser abordada de duas direções: reduzindo ruídos altos acima de 60 dB e reduzindo ruídos contínuos acima de 45 dB.

Crawford et al. (2018) identificam os dispositivos de oxigénio a alto fluxo, como a fonte de ruído mais significativa. Destacando a importância da disseminação dos dados obtidos, em simultâneo com diretivas para criar mudanças e ao mesmo tempo encorajar os enfermeiros a relacionar as suas atividades com estes mesmos dados, como medida eficaz para aumentar a perceção do ruído. Durante o período de silêncio, limitar conversas, eliminando ruídos ambientais e diminuindo as luzes como um lembrete para ficar quieto foram três estratégias simples implementadas para diminuir o ruído (Goeren et al., 2018).

Terzi et al. (2019), alertam, referindo que os níveis de ruído nas UCI estão bem acima dos níveis recomendados, o que afeta os níveis de satisfação e ansiedade no trabalho dos enfermeiros e conseqüentemente o seu desempenho. Num outro estudo que procurou igualmente compreender o impacto dos níveis de ruído sobre os enfermeiros, Alidost et al. (2016), aplicaram um questionário de perceção da sensibilidade ao ruído, os resultados obtidos indicam que com o aumento dos níveis sonoros, o desgaste no trabalho tende a aumentar, especificamente nas subescalas de exaustão emocional, em que os níveis de ruído mais elevados, têm uma relação positiva e significativa com os níveis mais elevados de exaustão emocional, assim como, identificou uma associação significativa e com correlação inversa, entre a experiência no trabalho e a subescala de exaustão emocional, de modo que, com o aumento da experiência no trabalho a exaustão emocional diminuía. Perante estes achados, enfatizamos a necessidade de implementar abordagens para reduzir a poluição sonora em hospitais, e assim, para evitar o desgaste do trabalho dos enfermeiros. A American Association of Critical Care Nurses, defende um “ambiente de prática positiva”, em que a qualidade nos locais de trabalho é sinónimo de qualidade dos cuidados prestados aos doentes, assim como um ambiente seguro no sector da saúde

contribui significativamente para a segurança do doente e suporta resultados positivos para o mesmo (Çakir, Aslan & Alhan, 2016). É necessário melhorar a qualidade dos serviços, com base na evidência científica mais recente que apoie a excelência do desempenho.

Num estudo realizado no Reino Unido (UK) (Darbyshire et al., 2019), constataram que identificar no espaço da UCI, onde se encontram localizadas as fontes de ruído, irá permitir que as intervenções sejam focadas em áreas de altos níveis de ruído, o que pode levar a redução significativa nos níveis de som gerais, ao atuar sobre a fonte.

Bennet et al. (2019) na sua investigação, procuram otimizar a utilização dos monitores com base em critérios de audibilidade e desempenho, em que as investigações revelaram que os alarmes atualmente utilizados, são difíceis de compreender e identificar, muitas vezes são ignorados ou desativados pelos profissionais e não foram adotados por todos os fabricantes de dispositivos, ou seja, não são Standard. Darbyshire et al. (2019) ao avaliar os níveis de pressão sonora numa UCI durante um ano, concluíram que o ruído hospitalar aumentava (0,26 dB anualmente), até ao ponto de comprometer a comunicação. Os alarmes dos monitores, ventiladores e bombas de infusão, não eram padronizados rotineiramente e as atividades em torno dos espaços da cama do doente, muitas vezes levavam ao disparo de alarmes, que não eram silenciados até concluírem. Quase 80% dos ruídos perturbadores são gerados por alarmes de monitor ou ventilador. No entanto, uma proporção significativa do ruído proveniente de conversas é identificada como desnecessária e pode ser evitada.

No geral, os resultados alcançados nos vários estudos, indicam que o comportamento/intervenções por si só, são provavelmente insuficientes para diminuir os níveis de ruído nas UCI para alvos aceitáveis, sugerindo a necessidade de controles de engenharia, com a introdução de soluções tecnológicas e/ou alterações no espaço e equipamentos de trabalho para reduzir a exposição dos doentes a níveis de ruído considerados como perturbadores.

2.3 Diagnóstico de Situação

Nesta etapa procura-se descrever a realidade sobre a qual pretendemos atuar e sobre a qual pretendemos implementar mudanças. É necessário realizar um diagnóstico

rápido, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil e suficientemente aprofundada, para permitir a implementação de medidas pertinentes e resolúveis (Ruivo et al., 2010). Estando de acordo com os cuidados de Enfermagem especializados os quais “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados” (OE, 2018).

A nível institucional existem duas instruções de trabalho (IT), que visam o controlo do ruído hospitalar, com aplicabilidade no serviço de neonatologia (IT.97.0) e na unidade de internamento de psiquiatria (IT. 304.0), ambas têm como objetivo definir e uniformizar a adoção de estratégias para diminuição dos níveis de ruído, por parte dos profissionais de saúde, verificando-se a ausência de qualquer método, processo ou intervenção que tenha em vista o controlo do ruído a nível do SMI.

Na primeira semana de estágio, em reunião com a enfermeira orientadora, a própria referiu que a presença de ruído no SMI era uma realidade incontornável e de difícil controlo. Mas por outro lado, houve interesse de perceber se esta opinião era partilhada pelos pares, para tal, objetivamos caracterizar a perceção individual dos enfermeiros acerca do ruído, através da resposta à questão: “Como considera o nível de ruído nesta unidade?” Observemos então o gráfico seguinte:

Gráfico 2. Perceção dos enfermeiros acerca do ruído



Fonte: A própria

Questionados acerca do nível de ruído da unidade onde se encontravam a trabalhar, constatamos que 19% classifica o nível de ruído como suportável, 61,9% afirma que é alto, 19% classificam o ruído como sendo, muito alto. Nenhum dos enfermeiros

carateriza o nível de ruído como baixo ou como muito baixo. Independentemente da subjetividade que possa estar inerente ao conceito de ruído, os profissionais de saúde têm percepção da existência de ruído nos seus locais de trabalho (Terzi, Azizoglu, Polat, Kaya, & Issever, 2019).

Por outro lado, tivemos a oportunidade de confirmar que, mais de metade dos inqueridos (57%), nunca receberam formação sobre o tema em questão (Gráfico 3.), no entanto, todos consideram que são importantes os programas de sensibilização direcionados à equipa de enfermagem para minorar o ruído, considerando necessária a implementação de estratégias de redução do ruído.

Gráfico 3. Formação na área do tema em estudo



Fonte: A própria

Evocamos aqui, o n.º 1 do artigo 97º da Deontologia Profissional (DP), que emana que devemos sempre exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, fazendo prevalecer o respeito pela vida, pela dignidade humana, a saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015c).

Relativamente à experiência profissional pela análise conjunta dos dois últimos grupos da tabela 1 (Apêndice F), 76,19% dos enfermeiros, apresentam mais de 11 anos de exercício da profissão de enfermagem, destes 5 com mais de 20 anos. De acordo com Benner (2001, p.174), através da experiência adquirida, estes enfermeiros acabam por “apropriar-se de uma quantidade tal de conhecimentos que se tornam capazes de compreender, interpretar e responder às necessidades muito variadas dos doentes”, por outro lado, e de acordo com a mesma autora, a enfermeira “perita”, “age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (p.54), mobilizando tais conhecimentos para

responder de forma global e holística tendo em conta toda a sua complexidade. No nosso entender, esta compreensão é fundamental para identificar e dimensionar o ruído excessivo em cuidados intensivos, como uma problemática real, independentemente da própria motivação de cada um para o desenvolvimento de novos projetos.

Ainda relativamente à experiência profissional, salientamos que, apesar da maioria apresentar longos anos de exercício da profissão de enfermagem, 38 % exerce em contexto de cuidados intensivos há 5 ou menos de 5 anos (gráfico 4.), encontrando-se numa fase importante de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que, segundo Benner (2001), os enfermeiros que integram um novo serviço, em que não conhecem os doentes, podem situar-se no nível de “iniciado” no processo de aquisição de competências “se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares” (p.46).

Gráfico 4. Experiência profissional dos enfermeiros em UCI



Fonte: A própria

À data termino do estágio final, a equipa de Enfermagem era constituída por 21 Enfermeiros, na sua maioria Enfermeiros de Cuidados Gerais (61,9%), um dos quais, exclusivamente em funções de gestão. No contexto da caracterização dos recursos humanos, e no que cabe ao grau académico, encontra-se exposto na tabela 2 (Apêndice F), que aproximadamente 38% dos Enfermeiros (8) são detentores do título de Enfermeiro Especialista, 5 são especialistas em EMC, 2 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação (ER) e um enfermeiro em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (ECSP). Dados estes expressos no gráfico seguinte:

Gráfico 5. Distribuição dos enfermeiros especialistas por área de especialização



Fonte: A própria

Dado o âmbito deste documento, é de referir que, aos Enfermeiros Especialistas em EMC, vêm-se acrescidas as competências do enquadramento concetual dado pelos Regulamentos, 140/2019 (OE, 2019) e 429/2018 (OE, 2018), que regulam as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CEEEMCPSC) respetivamente.

De salientar que, tal como se encontra explanado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), no domínio da melhoria contínua da qualidade, vê-lhe atribuída a competência de garantir um ambiente terapêutico e seguro, evidenciando que, o enfermeiro especialista “considera a gestão do ambiente na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica (...) atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (p.4747), ao assegurar a aplicação dos princípios tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes e fomentar a adesão à saúde e segurança ocupacional.

Como EEEMC deverá conceber planos de intervenção, tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processo médicos e/ou cirúrgicos complexos e para tal, adequa estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto (OE, 2018).

Ao intervir como gestor de risco, o EEEMC, procura atuar sobre as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação, promovendo um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, tendo em vista uma

cultura de segurança, enquanto, fomenta medidas de correção, salvaguardando a segurança e promovendo a formação da equipa, podendo esta, tal como se evidencia neste projeto, ocorrer em articulação com diversas comissões (OE, 2018).

Perante tal desenho, é sem dúvida, uma problemática que abarca o enquadramento conceptual e enunciados descritivos da enfermagem, afirmando-se como pertinente.

Por sua vez, é dever do enfermeiro, nos termos do disposto no artigo 109.º, da DP (OE, 2015c) e no dever da excelência do exercício, em cumprimento do vertido na alínea a), analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; na alínea b), procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; na alínea c), manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias e por último, em cumprimento do explicito na alínea d), assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados.

Tal como, referimos anteriormente, a importância do ruído nas unidades de saúde tem vindo a ser reconhecida como um fator determinante do bem-estar e conforto de doentes e profissionais de saúde (Santos, 2012).

Estes serviços apresentam, geralmente, superfícies (paredes, tetos e pavimentos) que refletem o som e originam tempos de reverberação longos que promovem ecos, mistura e sobreposição de sons e agravam o problema do ruído (Pope, 2010). Recentemente a literatura internacional tem noticiado os efeitos do design dos SMI em relação à funcionalidade, segurança e bem-estar dos doentes e seus familiares. Aponta que as características do projeto destes serviços, ligadas às necessidades dos doentes e seus familiares, são a privacidade, quartos individuais, ambiente tranquilo, a exposição à luz do dia, vista para a natureza, a prevenção da infeção, uma área para a família e horário de visita livres (Backes, M. T.S., Erdmann, A. L. & Büscher, 2015).

Ao analisarmos a estrutura física e orgânica, deste SMI, destacamos o seu design arquitetónico tipo open space, os equipamentos que nela são utilizados, todos eles colocados à cabeceira da cama, as superfícies reverberantes usadas na sua construção,

como fatores que facilitam a produção de ruído frequentemente excessiva, bastante superior aos níveis médios recomendados (Darbyshire et al., 2019).

Após compreender a importância do papel do enfermeiro, como veículo promotor da mudança, para um ambiente terapêutico seguro e de qualidade, partimos para a elaboração de um estudo (Apêndice B), de maneira a melhor compreender a realidade do contexto de estágio, para tal, delineamos como objetivo geral deste estudo avaliar o nível de ruído, a que estão expostos os enfermeiros deste SMI, durante aproximadamente 48 horas. Obtivemos valores médios de ruído diários de 55 dBA e 50 dBA, no período noturno, o que vem corroborar os dados obtidos nos artigos identificados como pertinentes na nossa revisão bibliográfica. De referir também que o menor valor obtido foi um registo diário de 40 dBA e o maior valor, foi igualmente um valor diário, de 83,7 dBA, durante o momento da passagem de turno. Como podemos constatar, os níveis sonoros hospitalares recomendados pela OMS são facilmente excedidos.

Numa procura de trabalhos anteriormente realizados nesta instituição, sobre a temática em estudo, foram-nos fornecidos dados, pelo GSHT, acerca de um trabalho de pesquisa, relativos a 2014, em que foi medido o ruído numa escala de dB(A), no mesmo SMI da unidade de saúde onde decorre este estágio final. Nesta pesquisa os valores foram medidos e registados pelo aparelho, a cada minuto no primeiro período e a cada 17 segundos, no segundo período. Foram calculados apenas os valores médios em ambos os períodos referidos anteriormente, sendo que ao analisar os registos gráficos, constatamos que a maioria dos valores se situam aproximadamente nos 60 dB(A), com valores de ruído de pico significativos. Para facilitar a sua compreensão, passamos à sua representação na tabela seguinte:

Tabela 1. Registo dos valores máximos de pico no SMI em 2014

	Data	Hora	Valor máximo dB(A)/data e hora
1º período	Início - 11 de maio de 2014	8:26 h	79,8 dB(A)/ dia 12/4 às 10:27h
	Termo - 12 de maio de 2014	14:05h	
2º período	Início - 14 de maio de 2014	8:11h	84,4 dB(a) /dia 15/4 às 15:18h
	Termo - 16 de maio de 2014	7:59h	

Fonte: Gabinete de Segurança e Higiene no trabalho da ULS (2014)

Constatamos então, que, já nesta altura os valores registados se encontravam acima dos recomendados pelas diretrizes internacionais, mas abaixo dos preconizados pela legislação portuguesa, mesmo não estando relacionados diretamente com o ambiente hospitalar. Questionamos qual a perceção do elemento do GSHT, sobre esta temática. Aceitámos a sugestão de instalar a aplicação Sound Meter num telemóvel e comparar algumas fontes de ruído/atividades e o nível de pressão sonora. Constatamos que uma conversa normal entre profissionais de saúde equivale a valores entre os 49-60 dBA, valores acima dos recomendados pelas diretrizes da OMS, mas não considerados perturbadores, correspondendo estes a um tom de voz baixo. Tendo em conta que a média dos valores de ruído de fundo, dos registos de 2014, ronda os 60 dBA, este “não foi considerado um problema” e como tal, não foram implementadas medidas corretivas. Se bem que estes achados vão ao encontro do referido por alguns autores (Çakir M., Aslan, F. E. & Alhan H. C., 2016; Goeren et al., 2018) quando afirmam que, o nível médio de pressão sonora nos SMI, situa-se entre 60-63 dB, na verdade, estes também, colocam uma ressalva perante os valores sonoros de pico de alguns equipamentos, que variam entre os 80-85 dBA, dos quais são exemplo, os alarmes dos ventiladores e dos monitores. É sobre estes valores sonoros de pico, que irá recair a nossa intervenção, objetivando minimizar os níveis de ruído de pico e conseqüentemente, de acordo com dados obtidos, em termos da bibliografia encontrada, contribuir para a redução dos efeitos adversos que estes possam vir a causar, sobre o doente e os profissionais.

De acordo com Busch-Vishniac (2005), há uma tendência clara para o aumento gradual do nível de ruído hospitalar desde 1960, durante o horário diurno e noturno. Em média, “o nível de ruído aumentou em aproximadamente 4 dB por intervalo de 10 anos entre 1960 e 2005, o que aproximadamente traduz uma duplicação do volume percebido em um período de 20 anos” (p.3631). Neste contexto, considerando o nível de ruído abundante e aparentemente crescente e seus impactos na saúde, a ausência de diretrizes nacionais para a exposição profissional ao ruído em ambiente hospitalar e os dados por nós obtidos pela avaliação do nível do ruído com o sonómetro, acreditamos que seria útil tentar minimizar os níveis de ruído em cuidados intensivos, assim como priorizar determinadas intervenções com evidência científica de sucesso.

Posto isto, tendo em consideração a descrição da realidade do contexto de estágio, os resultados obtidos a partir do instrumento de diagnóstico aplicado e face à

contextualização teórica apresentada, a qual vem fundamentar a importância do controlo do ruído a nível das unidades de cuidados intensivos identificamos como problemas:

- Não existência de medidas de prevenção e controlo do nível de ruído direcionadas ao SMI;

Após análise da situação recorreu-se ao método de análise SWOT (Apêndice C), para confrontar e refletir sobre os fatores positivos e negativos, internos e externos, identificados perante a situação em estudo. Contribuindo a sua elaboração para a avaliação do potencial da IPM e identificar possíveis limitações, as quais poderiam vir a dificultar o alcance de objetivos exequíveis. A análise SWOT² (fraquezas, ameaças, forças e oportunidades) é “uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010. P.14).

2.4 Definição de Objetivos

Após o diagnóstico da situação e identificação do problema, partimos para a definição de objetivos. Como nos dizem Carvalho & Carvalho (2006) a definição dos objetivos tem duas finalidades. A primeira é indicar o fim a que se espera chegar, tendo presente o caminho que pretendemos percorrer, e todas as ações que devem ser desenvolvidas para esse fim, e a segunda, é que são considerados instrumentos chave para a avaliação do plano de formação.

Para estes mesmos autores, existem critérios a que os objetivos devem obedecer, sendo eles a pertinência (devem ter significado e importância em relação ao problema), precisão (devem ser concretos), devem ainda ser mensuráveis (utilizando os instrumentos que temos à disposição), compreensíveis (identificando corretamente o objetivo) e exequíveis (concretizáveis no tempo previsto).

² SWOT – Strengths, Weakness, Opportunities e Threats (Kodolitsch et al, 2015).

Para Ruivo, Ferrito & Nunes (2010) os objetivos “assumem-se como representações antecipadoras centradas na acção a realizar” (p.18).

Assim perante a problemática identificada, definimos como objetivo geral:

Objetivo geral:

Contribuir para a implementação de estratégias de controlo do ruído em contexto de cuidados intensivos.

Tendo em conta o objetivo geral e de forma a posteriormente poder ser avaliado, procuramos traduzi-lo em termos concretos e específicos, conferindo assim, um maior grau de sensibilidade e objetividade ao enunciado geral (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), para tal, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

Objetivos específicos:

- Identificar eventuais fontes de ruído e formas de intervenção;
- Caracterizar a perceção individual dos enfermeiros acerca do ruído em cuidados intensivos;
- Avaliar o nível de ruído a que estão expostos os enfermeiros do SMI;
- Construir uma instrução de trabalho de controlo do ruído no SMI.

2.5 Planeamento e Execução

Realizado o diagnóstico da situação e a definição dos objetivos é necessário planear a intervenção. Nesta fase é elaborado um plano detalhado da IPM, onde estão pautados os recursos disponíveis e necessários, bem como as limitações que condicionam a intervenção, contemplando de igual forma, a calendarização das atividades através de um cronograma (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Procuramos que a utilização e escolha das atividades, meios e estratégias se coadunem com os objetivos anteriormente delineados (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). A etapa da execução da metodologia de projeto “materializa

a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (p. 23), o que era somente um real construído mentalmente, materializa-se nesta fase.

Tendo em conta um dos pressupostos de Nunes (2013b), “a realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizada, ou seja, por quem tem a responsabilidade e a representação da organização” (p. 14). Procedemos à elaboração e formalização do pedido de autorização para a implementação da intervenção, dirigidos ao Conselho de Administração, tendo em conta que não existe nenhum modelo de declaração normalizada sobre as deliberações do Conselho de Administração, por indicação dos elementos do secretariado da administração, procedeu-se à elaboração do pedido por EDOC (Sistema Emissor de Documentos Fiscais), tendo obtido parecer positivo. Foi também, planeada uma entrevista semiestruturada, com os órgãos de gestão intermédios do SMI, em que foi solicitada autorização do Diretor do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e do Enfermeiro Chefe do mesmo serviço, tendo dado ambos o seu parecer positivo.

Assim sendo, passamos a descrever de seguida, inseridas em cada objetivo específico, as estratégias e atividades a concretizar, bem como os recursos necessários e os indicadores de avaliação inerentes a cada objetivo delineado.

- **Identificar eventuais fontes de ruído e formas de intervenção;**

Para a prossecução deste objetivo específico foram delineadas as seguintes atividades:

- ✓ Realização de uma pesquisa bibliográfica acerca da temática do ruído em cuidados intensivos;
- ✓ Discussão com a enfermeira orientadora e outros profissionais do contexto de ambiente de estágio no SMI para identificar eventuais fontes de ruído e formas de intervenção;

No que se refere aos recursos utilizados, para além dos recursos humanos citados, foram utilizados bases de dados científicas e documentos legislativos de fontes diversas.

- **Caraterizar a perceção individual dos enfermeiros acerca do ruído em cuidados intensivos;**

- ✓ Elaboração do questionário de diagnóstico de situação;
- ✓ Validação do questionário pela Enfermeira orientadora e pela Docente orientadora do estágio;
- ✓ Envio do questionário à Equipa de Enfermagem do SMI;
- ✓ Tratamento dos dados colhidos.

Concomitantemente com a realização do estudo, foi elaborado um questionário de diagnóstico de situação (Apêndice E), a partir do qual obtivemos os dados anteriormente analisados na fase de diagnóstico. O questionário e o consentimento, esclarecido e livre (Apêndice D), foram impressos em suporte de papel, ao qual acresce gastos em material. Estes foram entregues pessoalmente no SMI e foi colocada no grupo de enfermagem online pela enfermeira orientadora, uma mensagem a solicitar a colaboração e a explicar o enquadramento desta atividade. De relevar que este foi previamente revisto e validado pela enfermeira orientadora e pela docente pedagógica para a sua aplicação, tendo como finalidade caracterizar a perceção dos enfermeiros acerca do ruído no SMI em questão, avaliar o nível de conhecimento e pertinência da temática, dados estes relevantes para aferir a adequabilidade e pertinência da IPM. Os questionários foram preenchidos, após ser expresso pela pessoa em causa, o seu consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) e posteriormente colocado num envelope tendo a preocupação de codificar cada um dos instrumentos de colheita de dados entregue. Foi fornecida previamente informação adequada, quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como as suas consequências e riscos, tendo todos de igual forma, oportunidade de participarem no estudo. Tal informação, consta na introdução do questionário.

A amostra foi obtida por método de amostragem não probabilístico e ficou constituída por 21 enfermeiros do SMI, durante o período de colheita de dados, ocorrido entre a segunda quinzena de setembro e a primeira quinzena de outubro de 2021. Os resultados obtidos encontram-se vertidos, na sua totalidade, no Apêndice F.

Para o tratamento dos dados obtidos a partir do questionário, utilizamos o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27, a respetiva fundamentação é difundida no ponto 2.2, referente à fase de diagnóstico da situação, acabando por justificar a resolução deste objetivo específico.

No que concerne a este objetivo, foi estabelecido como indicador de avaliação e indicador de processo das atividades propostas a obtenção de uma taxa de adesão ao questionário de 90%, valor este superado (100%), tendo-se assim a perceção de uma ampla participação.

- **Avaliar o nível de ruído a que estão expostos os enfermeiros do SMI;**

- ✓ Contacto com um dos elementos representantes do GSHT, no sentido de perceber se existe algum “trabalho de campo” anterior e qual a sua perceção sobre esta temática;
- ✓ Solicitar autorização ao enfermeiro chefe para colocar o dispositivo e proceder às medições do ruído (sonómetro);
- ✓ Instalar a aplicação Sound Meter num telemóvel e comparar os valores visualizados no manómetro, com as atividades/fontes de ruído;
- ✓ Solicitar o equipamento necessário (sonómetro, dispositivos para transferência dos dados e calibrador) e apoio para saber utilizá-lo, ao elemento do GSHT;
- ✓ Medir o nível de ruído a que estão expostos os enfermeiros do SMI durante um período de aproximadamente 48 horas, recorrendo a um sonómetro;

Neste estudo foi avaliado o nível sonoro contínuo equivalente, ponderado A (LAeq). Os níveis de ruído de 30-130 dBA (mínimo/máximo) foram avaliados e registados a cada 10 segundos, com um sonómetro (IEC651 Type 2, ANSI S1,4) conjunto para ponderação A, resposta rápida. Este aparelho dispõe de um microfone que mede o som usando um medidor e um filtro de ponderação A, para simular a resposta de frequência do ouvido humano. Os registos tiveram início às 07:38:43.0 horas do dia 19/09/2021 e terminaram às 08:11 horas de dia 21/09/2021, período que corresponde à capacidade da bateria do aparelho. As medições foram realizadas continuamente, mas para melhor conseguir compreender a distribuição dos níveis de ruído, analisámos níveis de ruído em intervalos de tempo específicos (variáveis criadas para facilitar a análise dos dados).

Os valores da intensidade média diária de ruído, medida neste estudo são consistentes com observações de outros estudos (Crawford et al., 2018; Jung et al., 2020) permanecendo, tal como referimos anteriormente na fase de diagnóstico da situação, em aproximadamente 55 dBA para os períodos diurnos e 50 dBA para os períodos noturnos,

valores superiores aos recomendados pela OMS e pela EPA. De frisar também que este é um valor noturno, mais alto do que o nível de ruído de 40 dBA em que a qualidade do sono é afetada (OMS citada por Darbyshire et al., 2019).

De facto, perante a análise dos níveis de ruído e com a aplicação Sound Meter conseguimos perceber que um valor de 60 dBA, equivale a “atividades silenciosas”, comparados estes valores na literatura encontrada, a uma conversa normal; enquanto, 50 dB é equivalente ao nível de ruído de chuvas moderadas; e 40 dB é equivalente ao nível de ruído em uma biblioteca silenciosa. Estes resultados em simultâneo com as evidências do nosso estudo vêm então reforçar a opinião de Horsten, Reinke, Absalom & Tulleken (2018) quando afirmam que as diretrizes da Organização Mundial da Saúde de 1999 para ruído comunitário não são alcançáveis numa UCI moderna, a menos que todo o equipamento seja desligado. Partindo destes pressupostos, o nosso foco principal, passa a ser colocado em reduzir os valores do nível de pressão sonora de pico (LCpico), reduzindo ruídos altos acima de 60 dB, indo de encontro a uma das opções colocadas por Jung (2020) para confrontar a problemática da redução do ruído.

Para a realização deste estudo contámos com o apoio de um especialista na área, um elemento do GHST, com formação específica em métodos e instrumentos de medição do ruído no trabalho, tendo-nos dado indicações imprescindíveis para utilizar o sonómetro de forma exata e segura, garantindo assim a objetividade dos dados gravados.

A respetiva fundamentação encontra-se elencada na estrutura de um artigo, subordinado ao tema “O Ruído no Contexto dos Cuidados Intensivos: Contributo para a Segurança e Qualidade dos Cuidados - Estudo Descritivo”. O artigo supracitado segue as indicações e regras da Revista de Enfermagem Servir e encontra-se neste momento em processo de revisão (Resumo- Apêndice B), acabando por justificar a resolução deste objetivo específico.

- **Construir uma instrução de trabalho de controlo do ruído no SMI (Apêndice O).**

Para concretizar este objetivo específico, foram definidas as seguintes atividades:

- ✓ Elaborar uma proposta de instrução de trabalho (IT) para definir e uniformizar a adoção de estratégias para diminuição dos níveis de ruído;
- ✓ Discussão da proposta com o elemento, do GPQ;

- ✓ Revisão da proposta junto da estrutura de gestão do SMI (Enfermeira orientadora e Enfermeiro Chefe) e com a docente orientadora em estágio;
- ✓ Divulgar a proposta final da instrução de trabalho no grupo online, comum aos enfermeiros do serviço, solicitando uma abordagem participativa da equipa para a sua construção, adaptação e validação;

Assim, da ferramenta construída, fazem parte as medidas definidas pela evidência científica encontrada nos estudos com base na revisão bibliográfica e as adotadas pelos elementos da equipa de acordo com a realidade em contexto clínico. Foi definido como critério de avaliação e indicador de processo das atividades alocadas ao objetivo citado, a intervenção de pelo menos, 50% da equipa de enfermagem na atribuição de sugestões de melhoria na elaboração da IT, divulgada online. De referir que aproveitámos também, os momentos de discussão que surgiram durante a prática clínica, e em que, foram dadas sugestões de melhorias, de forma a reestruturar a nossa atuação e melhorar o nosso desempenho. Assim sendo, tendo em conta que responderam online 57,1% (n=12) e 19,04% (n=4), durante os momentos da prática de cuidados, totalizam 76,2% (n=16), para um universo de 21 enfermeiros.

Divulgar no grupo online, comum aos enfermeiros do serviço, os dados obtidos e representados graficamente, evidenciando quais os níveis de ruído atuais (dados das medições), causas de altos níveis de ruído (fontes) e o impacto do ruído nos doentes e profissionais, a fim de aumentar a consciencialização sobre suas próprias contribuições para o ruído.

Com esta intervenção objetivamos mudanças de comportamento, informando e envolvendo os enfermeiros. Indo esta premissa ao encontro do estudo de, Crawford et al. (2018), quando destaca a importância da disseminação dos dados obtidos, em simultâneo com diretivas para criar mudanças e ao mesmo tempo encorajar os enfermeiros a relacionar as suas atividades com estes mesmos dados, como medida eficaz para aumentar a perceção do ruído. Contudo, face ao tempo limitado para a implementação da IPM, não foi apreciada a congruência entre os conteúdos transmitidos e os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Com o intuito de facilitar o trabalho e de agilizar o processo da elaboração deste projeto foi concebido um cronograma (Apêndice Q) onde estão programadas as atividades

a serem desenvolvidas, inseridas em cada uma das fases da metodologia de projeto. Contudo, por motivos alheios à nossa vontade e de todos os intervenientes neste projeto, não nos foi possível seguir o cronograma, proposto, devido à declaração do estado de emergência e da declaração, por parte da OMS, da Pandemia pelo SARS-COVID-19 (OMS, 2020), exigindo às organizações de saúde, incluindo a ULS onde se desenvolveu a IPM, uma enorme capacidade de reorganização de processos, estrutura e valências, de forma a implementar medidas de caráter excepcional, para responderem à atual situação de saúde pública. Tal situação, implicou uma alteração do planeamento inicial, causando algum constrangimento, por não ter sido possível cumprir com o cronograma, mas por outro lado, não deixou de se tornar numa situação de aprendizagem em termos da adaptação às adversidades.

2.6 Avaliação e Resultados

Nesta etapa da IPM, realiza-se uma apreciação global do que foi realizado. Desta forma, podemos afirmar que esta fase implica a “(...) verificação da consecução dos objectivos definidos inicialmente” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.26).

Os enfermeiros têm presente que o ambiente no SMI é barulhento, a maioria classifica o ruído percecionado como elevado e reconhecem que podem ser instituídas medidas para ser controlado, de acordo com a resposta ao questionário. Quando questionados, a enfermeira orientadora e os restantes pares, identificam como principais fontes de ruído os alarmes dos equipamentos, e as conversas dos profissionais de saúde, o que vai ao encontro das principais fontes referidas na literatura (monitores, ventiladores, seringas infusoras e conversas das pessoas). Este ruído não é indiferente e provoca desconforto nos doentes e nos enfermeiros, pondo em causa o conforto ambiental, físico e psicoespiritual (Kolcaba, 2003). No entanto, muitas vezes, o controlo do ruído não é considerado uma prioridade, sendo relegado para segundo plano, por não valorização desta temática (Mineiro, 2016), apesar de influenciar decisivamente a qualidade e o risco inerente dos cuidados prestados. Um dos fatores, que contribui para o descontrolo do ruído, prende-se com a não consciencialização dos profissionais para esta problemática, em que, apesar de considerarem que o ambiente em cuidados intensivos é ruidoso, é assumido que esse ruído é inerente, e por vezes indissociável do próprio ambiente e dos

cuidados aí prestados (Neto et al., Graneto & Damm, citados por Mineiro, 2016). Além, de que, a grande maioria dos doentes se encontram sedados e entubados, criando por vezes a falsa sensação de que o ruído não os estimulará (Mineiro, 2016).

Conseguimos avaliar o nível de ruído a que estão expostos os enfermeiros do SMI onde decorreu o Estágio Final e onde desenvolvemos a IPM. Os resultados revelaram que os valores são superiores aos determinados pelas diretrizes da OMS e da EPA dos EUA, mas inferiores aos explanados na legislação nacional sobre esta temática. Identificamos eventos de ruído de pico como um fator significativo de ruído neste ambiente. Estes, embora breves, podem contribuir significativamente para a exposição ao ruído (Goeren et al., 2018). Um bom exemplo, que nos é dado por Jung, Kim, Lee & Rhee (2020) são os alarmes do monitor Philips, usado no SMI onde decorreu o nosso estudo. Daqui concluímos que sendo possível identificar fontes de ruído de pico, através da bibliografia documentada, e que ao serem passíveis de uma intervenção do enfermeiro, podemos delinear estratégias neste sentido. Os dados por nós encontrados, levaram-nos a questionar, qual a verdadeira dimensão desta problemática. De facto, dados isolados carecem de pertinência, mas se tomarmos como quadro de referência a Teoria de Kolcaba, e abordarmos de forma sistemática este fenómeno, contextualizando-o com base numa perspetiva holística, nas necessidades do doente internado em cuidados intensivos, nos comportamentos de procura de saúde, alicerçados numa procura de bem-estar e promoção da saúde individual, assim como, na integridade institucional, baseada num sistema de valores orientado para o doente, revela-se numa problemática que carece de todo da intervenção de enfermagem. Sendo esta perspetiva fundamentada com base na afirmação de Tomey & Alligod (2002), segundo os quais “o recurso a teorias e modelos conceptuais na realização de trabalhos, ou no exercício profissional é deveras importante, dado que estes são “(...) estruturas ou paradigmas que fornecem um amplo quadro de referência para abordagens sistemáticas aos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada” (p.7). Consideramos, sendo assim, ter ficado demonstrada a pertinência do estudo desta problemática, e a necessidade de uma intervenção adequada e dirigida, garantida pela intervenção do EEEPSC.

Construímos uma IT, visando a diminuição do nível de ruído no SMI, contando com a participação ativa dos elementos da equipa, conseguindo uma resposta positiva perante o indicador de avaliação estabelecido para esta atividade, em que, mais de metade dos

enfermeiros da equipa (76,2%) participaram na sua elaboração. Contudo, um dos fatores identificados como limitadores na elaboração da análise SWOT, concretamente, a dependência de elementos da estrutura orgânica para obtenção de aprovações, acaba por comprometer a implementação da mesma. Coincidindo com a substituição do elemento representante do GPQ, encontrando-se de momento a aguardar aprovação, para a sua posterior implementação na Instituição. Desta forma, consideramos que também o objetivo supracitado foi atingido, através da elaboração da IT.

Consideramos importante referir que, tendo em consideração o limite temporal imposto pelo período de estágio, e a temática em estudo, não definimos indicadores de processo e resultado direcionados para a avaliação da mudança da prática e eventuais consequências para o doente. Procurando, estruturar o nosso raciocínio, no contexto desta IPM, os resultados seriam por nós entendidos, como as mudanças na pessoa doente que foram influenciados pelos cuidados, no que se refere a ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem que decorrem de mudanças resultantes de conhecimentos e capacidades adquiridas suscetíveis de influenciar a saúde ou decorrer de comportamentos que favoreçam a manutenção da saúde, entre os quais se insere o conforto e a satisfação do destinatário dos cuidados (Kolcaba, 2003; Donabedian, 2003).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Quando falamos na prática profissional em enfermagem o ICN (2010) define competência como a “aplicação efetiva de uma combinação de conhecimento, habilidade e julgamento demonstrado por um indivíduo na prática diária ou desempenho no trabalho” (p.17). No desempenho das funções de enfermagem para os padrões exigidos, a competência engloba, conhecimento, compreensão e julgamento clínico, além de, uma série de habilidades cognitivas, aptidões técnicas ou psicomotoras e interpessoais, perante uma diversidade de atributos e atitudes pessoais (ICN, 2010).

Também Le Boterf (2002), numa procura de dilucidar competência, expressa-a como a capacidade de recrutar e conciliar os três domínios do saber, nomeadamente o Saber-Saber, o Saber-Fazer e o Saber-Ser, no intuito de atuar em situações complexas. Esta não resulta somente do somatório dos saberes, mas também pela combinação dos domínios do saber, sendo que cada um se modifica na relação com os outros.

Para poder desenvolver os comportamentos associados às competências que compõem o perfil de exigências, Ceitil (2016) defende que é necessário que estas possuam os seguintes componentes, assim, para além dos domínios anteriormente mencionados, acrescenta o Querer-Fazer e o Poder-Fazer. Sendo de relevância, que para o mesmo, o Saber, integra o conjunto de conhecimentos que permitem ao profissional realizar os comportamentos associados às competências; o Saber-Fazer, engloba o conjunto de habilidades e destrezas, que tornam possível aplicar os conhecimentos que o profissional possui, objetivando a solução de problemas que surgem num determinado contexto; o Saber-Ser ou Saber-Estar, diz-nos que, não é suficiente desempenhar as intervenções de uma forma eficiente e eficaz em determinado local, é também necessário que os comportamentos estejam de acordo com as normas e regras da instituição em geral e da equipa em particular, relacionando assim este domínio, com as atitudes e interesse do profissional. Em relação ao Querer-Fazer, na opinião do autor supracitado, o profissional deverá querer realizar e desenvolver os comportamentos que compõem as competências, relacionando-o com o fator motivacional, e por último, fala-nos do Pode-Fazer, o qual

designa como sendo a capacidade de a instituição dispor de todos os meios e recursos necessários ao desempenho dos comportamentos associados às competências.

Por sua vez, de acordo com a OE (2003), competência é um fenómeno multidimensional complexo, definido como, a “capacidade de o enfermeiro praticar a sua atividade de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional” (p.246). Estas desenvolvem-se sobretudo através de uma consciencialização, reflexão crítica, problematização e reconstrução constante da realidade e das experiências clínicas vivenciadas. Este processo de aquisição de competências requer-se, inevitavelmente, gradual, progressivo, reflexivo, implicando uma ligação contínua e sistematizada entre a teoria e a prática e entre os vários domínios do conhecimento.

Este curso de Mestrado com especialização, teve como objetivo a aquisição e desenvolvimento das CCEE (OE, 2019), das CEEEMCPSC (OE, 2018), bem como as competências de Mestre em Enfermagem, estas últimas, com enquadramento legal no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março e modificações posteriores, com republicação mais recente no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

Importa, neste contexto, descrever as competências associadas ao grau de Mestre, definidas pelos Descritores de Dublin, emanados na sequência do Processo de Bolonha. É implementada uma mudança no paradigma de ensino, os estudantes são constituintes centrais e ativos no processo de aprendizagem baseado no desenvolvimento de competências de acordo com os objetivos traçados. Em que deve ser fomentado o desenvolvimento de competências que permitam ao enfermeiro recorrer a conhecimento científico comprovado (Prática Baseada na Evidência), mobilizando-o através do julgamento clínico, de forma a contribuir para a resolução de situações complexas e tomada de decisão, assim como, possuir competências de aprendizagem de modo autónomo (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Decreto-Lei n.º 65/2018). Finalizando este ciclo de estudos, o enfermeiro deve, também, ter adquirido competências que lhe permitam desenvolver novos conhecimentos em enfermagem (através de projetos de investigação), sendo igualmente capaz de comunicar e divulgar os seus resultados e conclusões. Perante estas metas, foram traçadas determinadas competências. Assim, o Mestre em Enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Decreto-Lei n.º 65/2018).

Para nortear a aquisição das competências referidas durante a UC do Estágio Final, logo no início, foi elaborado um projeto de estágio (Apêndice A), almejando a definição clara e concreta de objetivos a atingir durante o estágio, bem como das atividades a serem desenvolvidas, sendo este documento um recurso central no planeamento do estágio. Sendo que, surge como um documento de trabalho, sistematizado e organizado e ao mesmo tempo dinâmico, por forma a veicular a aquisição de competências, já anteriormente definidas.

Antes de darmos início à análise reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, salvaguardamos que, face à transversalidade das competências de Mestre em Enfermagem, algumas das quais evidenciam estreita dependência com as competências comuns e específicas do EEPSC, partilhando entre si conceitos comuns e transversais, optámos por realizar a abordagem conjunta das mesmas,

quando considerado apropriado, inevitavelmente descritas e fundamentadas à luz da prática baseada na evidência.

Adotamos uma metodologia descritiva e crítico/reflexiva, aliando a componente teórico-prática, à DP, aos Padrões da Qualidade e às Competências de Mestre, apoiada pela pesquisa bibliográfica, com ênfase na mais recente evidência científica. Doravante, perante a transversalidade do doente crítico, optamos por realizar a análise das principais atividades desenvolvidas nos vários contextos da prática e da maneira como contribuíram para a consecução dos objetivos traçados e desenvolvimento de competências.

Ao longo de todo o percurso formativo procurou-se a articulação e a integração dos conteúdos das diferentes unidades curriculares desenvolvidas ao longo do curso, as quais, no seu todo, configuram um conjunto de saberes, mobilizado na realização das atividades durante a prática clínica, no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Contudo, a especificidade dos contextos da prática, as oportunidades que foram surgindo, as situações novas e complexas, constituíram também elas, momentos de aprendizagem, mas sobretudo a oportunidade de consolidar conhecimentos.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem

As CCEE, definidas como “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2019, p. 4745), albergam quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Este conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em regulamento próprio de cada área de especialidade.

Assim como, Enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744), neste contexto, na área de especialização EMC, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos

problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

➤ **Competências Comuns do EE do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal no seu campo de intervenção;

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

➤ **Competência de Mestre em Enfermagem:**

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

Ao abrigo das competências anteriormente redigidas é esperado que todo o enfermeiro especialista e mestre venha a praticar cuidados seguros e responsáveis no âmbito do domínio profissional, ético e legal.

No Artigo 99.º dos princípios gerais da DP (OE, 2015c) o conceito de responsabilidade remete-nos no seu ponto 3, alínea a), para a “responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade” como princípio orientador para a prática dos enfermeiros. De facto, também a teoria do conforto de Kolcaba, eleva este compromisso que existe entre profissional e comunidade, para a qual, representa uma responsabilidade sobre ela, em que, procura descrever o conceito, intervenções de enfermagem, como um termo abrangente para o compromisso de enfermeiros e instituições em promover cuidados de conforto (Kolcaba, 2001).

Segundo o REPE, no seu, Artigo 8.º, ponto 1, determina que, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015c, pp.101-102), no seguimento desta afirmação, caminhamos no sentido da Deontologia de Enfermagem, integrado no Estatuto da OE, em vigor atualmente pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, concretamente no Capítulo VI - DP (Conselho Jurisdicional da Ordem dos

Enfermeiros, 2015). Desta forma a deontologia proporciona indicações/orientações para as ações dos profissionais à luz das diretrizes do Código Deontológico posto que este “não pertence ao domínio da meta a alcançar mas do imediato a cumprir, do dever de hoje” (p.14) e, na medida em que é um conjunto estruturado de deveres “ assume-se como um todo, sendo que cada dever apresenta, no enunciado, a sua relação com os direitos do Outro, a quem se prestam cuidados, e/ou com as responsabilidades próprias da profissão” (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 14).

Tendo em conta o contexto dos estágios, procuramos destacar alguns princípios e deveres do enfermeiro, no âmbito profissional, ético e legal, que foram alvo de reflexão.

Enfermagem é uma disciplina e uma profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa, surgindo dilemas e problemas éticos que exigem uma tomada de decisão fundamentada. Como enfermeiros garantimos a participação em processos de decisão de dilemas éticos que surgiram na prática (OE, 2019), através de momentos de discussão e reflexão em equipa interdisciplinar (médico/enfermeiro), apesar de que, enquanto alunos, não nos foi possível tomar uma decisão última. No entanto, todas as decisões que foram sendo tomadas em contexto de estágio, tanto por nós como pelos enfermeiros orientadores, foram sendo discutidas e ponderadas por ambas as partes. Segue como exemplo os dias de estágio em que tivemos internados dois doentes, cujo prognóstico era irreversível e iriam morrer muito em breve, não fossem todos os tratamentos e meios tecnológicos dispensados, que teimavam em manter de uma forma indefinida o suporte vital.

São estes momentos, os quais nos levam a indagar sobre determinados pensamentos, entre eles os de Nunes (2016) quando reflete sobre os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro, afirmando que, o enfermeiro age uma ação de cuidado que se torna interação e relação. Mas nem sempre, porque cuida de pessoas em coma, ventiladas, inconscientes, por vezes um Outro de quem não pode realmente (re)querer participação em ação recíproca. Destarte, interação ocorre quando possível. Relação é encontro “entre” e efetiva-se de modo próprio, em presença. “O que a relação requer é presença, digamos assim - requer que o Outro permaneça e que, ao mesmo tempo permaneça Outro” (p. 11).

Aqui, procuramos pautar a nossa intervenção, defendendo o respeito pela dignidade humana. De acordo com Nunes (2013):

“O respeito radica no reconhecimento da dignidade da Pessoa Humana, na ideia de que o ser humano, como sujeito moral, possui uma dignidade absoluta. O respeito considera todos, independentemente das suas características e dos seus antecedentes, como pessoas igualmente dignas. É esta a premissa de base: assente na Dignidade, ou melhor, no reconhecimento da Dignidade (sua e do Outro)” (p.7).

Tal como se encontra explanado na DP (Capítulo VI), no seu artigo 99.º “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro” (OE, 2015c, p. 80). Já no REPE, no seu artigo 5.º, os cuidados de Enfermagem são caracterizados por, “terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” e “estabelecerem uma relação de ajuda com o utente” (OE, 2015c, p.100).

O respeito pela vida humana é um imperativo ético que se torna mais evidente quando estamos perante pessoas vulneráveis, como é o caso dos idosos ou da pessoa em fim de vida.

Felizmente, nestas situações era permitida a visita dos familiares, momentos de relação de ajuda, que foram sempre aproveitados, por considerarmos fundamental a participação dos familiares no processo de cuidar, tivemos em conta as suas opiniões, demonstramos disponibilidade para escutar as suas dúvidas, pois só assim é possível um cuidar com dignidade e qualidade.

Por vezes, atendendo ao seu estado clínico, o doente em cuidados intensivos, não tem capacidade de decisão, competindo à equipa multidisciplinar fazê-lo, ou porque os doentes estavam sob efeito de anestesia, em coma, em coma induzido, sonolentos ou confusos, a sua capacidade de decisão estava comprometida, obrigando-nos a reger-nos pelos princípios éticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) de forma a garantir os melhores cuidados. Por outro lado, quando o doente estava consciente e na plenitude das suas capacidades, solicitámos o seu consentimento e englobámo-lo nos cuidados e na tomada de decisão.

Nunes (2011), ressalva que a dignidade humana é essencial. O ser humano possui uma dignidade absoluta e as intervenções de enfermagem têm "a preocupação da sua defesa"(p.70). Contudo consideramos que um dos fatores que pode comprometer a dignidade humana é a falta de privacidade. No SU, por exemplo, a dignidade pode estar em

risco, não só pela própria vulnerabilidade associada à situação de doença, a qual normalmente surge de modo súbito, como pelo facto de presenciar a situação de outros doentes, ficar em serviços lotados em corredores e experienciando ambientes barulhentos e desconhecidos, desapropriando-o da sua privacidade.

Por outro lado, nos cuidados intensivos, atendendo a todos os dispositivos invasivos e não invasivos necessários, os doentes não se encontram vestidos, mas sim protegidos apenas com um lençol. Apesar de todos os constrangimentos que possam ter vindo a existir, tentámos manter a sua privacidade.

No que diz respeito ao dever de informação, e no respeito pelo direito à autodeterminação, no Artigo 105º da DP (OE, 2015c), consta que, o enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (p.84), indo ao encontro da necessidade de conforto a nível psicoespiritual, segundo Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006), a necessidade de sentir-se útil e sentir que está informado sobre o que sucede em seu redor e consigo próprio.

Em ambos os contextos de estágio, a informação pôde ser transmitida pessoalmente ou por telefone. Quando por telefone, não podendo confirmar a identidade do interlocutor, essas são mais restritas, e obrigam o enfermeiro, não só a questionar e registar a relação familiar com o utente, como eventual, outra informação suscetível de ser pertinente.

De referir que, durante a realização da IPM, não foram por nós negligenciadas as competências inseridas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, medidas anteriormente mencionadas.

No questionário aplicado online, numa fase pós intervenção, no trabalho desenvolvido no SU e no questionário aplicado na fase do diagnóstico de situação na IPM, encontrava-se explícito, para além da descrição aplicável a cada instrumento e dos objetivos inerentes, a possibilidade de declinar o preenchimento dos mesmos. Sendo que no primeiro foi enviada mensagem via email e no segundo em formato de papel. A redação da IPM garante também o anonimato, a confidencialidade dos dados e a garantia que estes apenas serão utilizados para a intervenção em questão, não havendo para tal, registo de qualquer informação que permita identificar os participantes e correlacionar as observações realizadas com estes. Durante as gravações de áudio foi solicitada a autorização do enfermeiro chefe, para proceder à colocação do aparelho na unidade, de

maneira a não perturbar as rotinas do serviço, procurando prevenir a ocorrência de práticas que poderiam colocar a PSC e a sua segurança em risco, desenvolvendo desta forma a tomada de decisão preventiva e antecipatória no âmbito da prática de Enfermagem especializada, de acordo com a unidade de competência “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (OE, 2019, p. 4746).

➤ **Competências Comuns do EE do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade:**

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

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

B3 – Desenvolve e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

➤ **Competência de Mestre em Enfermagem:**

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

Aludindo à DP, no seu Artigo 97º, no seu ponto 1, alínea a), “é dever do enfermeiro exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015c, p. 78).

Tem-se vindo a assistir à criação de documentos normativos por parte da OE, tendo a qualidade e segurança do doente como conceitos implícitos embora com um carácter transversal aos mesmos. Assim, neste contexto, achamos pertinente proceder a uma leitura atenta dos pressupostos presentes nos PQCE (OE, 2001) e no RPQCEEPSC (OE, 2015b), onde, neste último documento, se confere uma importância acrescida ao EEEPC, face à exigência cada vez maior de padrões de qualidade em saúde e à progressiva diversificação e aumento da complexidade das problemáticas em saúde.

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros constituem-se como um instrumento relevante para precisar o papel do enfermeiro junto

dos utentes, dos outros profissionais, do público e das políticas (OE, 2015b). Simultaneamente, pretende-se que estes norteiem a prática especializada do EEEPSC (OE, 2015b), levando a que, os enfermeiros se defrontem com a procura das melhores soluções como garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, para obter a excelência na qualidade, e perceber o que ainda existe para desenvolver à luz do que demonstra a evidência científica. Para tal, os cuidados especializados do EEMC, requerem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, sendo que a sua prática deve ter como pedra basilar a qualidade, por forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, 2018).

Tendo em conta que, o enfermeiro deve utilizar como instrumento metodológico de trabalho - o processo de enfermagem (PE) – acreditamos que a aplicação de uma teoria, como a teoria do conforto, pode facilitar a identificação das necessidades da pessoa doente internada e proporcionar conforto, ao facilitar a sua operacionalização (Cardoso, 2020). Por sua vez, e de acordo com os mesmos autores, se os pressupostos da teoria de Kolcaba orientam o PE, ele pode levar ao cuidado baseado em evidências e à promoção do conforto, para a pessoa doente e sua família, mesmo em ambiente hospitalar hostil como um SMI.

Com benefício à segurança do doente, tivemos em consideração a transição segura de cuidados, através da elaboração de registos de enfermagem completos e individualizados, procedendo à elaboração das notas de enfermagem no sistema informático Sclínico e Metavision de acordo com a metodologia ABCDE³ (A- Via aérea; B- Respiração; C- Circulação; D- Disfunção neurológica e E- Exposição). Esta metodologia, vem propiciar uma forma mais criteriosa e rigorosa para a sua elaboração, com base na preocupação da segurança do doente e da continuidade de cuidados, e assim, minimizar a perda de informação.

O planeamento de uma formação, solicitada no decorrer do primeiro estágio, surgiu enquadrada num programa de melhoria contínua da qualidade, um projeto institucional ao qual procurámos dar continuidade.

³ A (Airway) - permeabilização da Via Aérea; B (Breathing) - ventilação e oxigenação; C (Circulation) - assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D (Disability) - disfunção neurológica; E (Exposure) – exposição (INEM, 2012).

Procedemos à avaliação da prática clínica, através do diagnóstico das necessidades, com fundamentação em evidência científica após realizar uma revisão sistemática da literatura e consulta de procedimentos normativos em vigor no serviço. Para dar resposta aos objetivos traçados, foram realizadas as seguintes atividades/estratégias: uma apresentação em PowerPoint (Apêndice H) com áudio (Apêndice I) sobre a temática e respetivo plano de sessão (Apêndice G) com o objetivo de dar a conhecer os conceitos explanados no PR: 346.0 de 2018 e os dados obtidos através da pesquisa realizada nas bases de dados; um vídeo sobre a operacionalização da mnemónica ISBAR, com alguns diapositivos (identificação das categorias e critérios) e através da representação, a apresentação de um caso clínico vivido no serviço, de acordo com a mnemónica ISBAR. Em simultâneo, elaboramos um memorando sobre a metodologia ISBAR (Apêndice K), para ser afixado no serviço (após aprovação institucional) nos locais estratégicos onde ocorre a transição de cuidados (SO, SE e balcão). Estas atividades formativas foram divulgadas através do grupo online, comum à equipa de enfermagem do SU, e após, o formulário de avaliação da sessão (Apêndice I) pelos emails dos enfermeiros, contando com a colaboração da enfermeira chefe. Foi realizada a avaliação da sessão pelos formandos, de acordo com os indicadores de atividades definidos e, no sentido de avaliar o impacto desta formação, inserida num plano de formação contínuo, estabelecemos como indicador de processo: taxa de doentes transferidos com aplicação da mnemónica ISBAR na transição de cuidados. Tendo como meta, garantir uma taxa de efetividade de aplicação da mnemónica ISBAR superior a 10% nos primeiros 3 meses.

Esta temática, enquadra-se numa área sensível da prestação de cuidados de Enfermagem, a transição de cuidados dos doentes, mais concretamente, na transferência entre serviços, momento particularmente vulnerável à perda de informação clínica com potenciais consequências negativas para a segurança do doente. Teve como finalidade uniformizar padrões comunicacionais dos enfermeiros na transição de cuidados, entre serviços e assim minimizar as falhas e incongruências na transmissão de informação, através do uso da técnica ISBAR.

A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, tendo como exemplo as mudanças de turno e a transferência ou

alta dos doentes. Quando ocorre em ambientes complexos como o serviço de urgência tem de ser transmitida de forma precisa e fiável e em tempo útil para o cuidado à pessoa.

The Joint Commission citada por Nwaukwa S. & Satyshur, R. (2021) define a transferência de cuidados como “transferência e aceitação da responsabilidade de cuidado ao doente alcançada por meio da comunicação” (p. 813). É um processo em tempo real de passagem de informações específicas do doente de um cuidador para outro ou de um equipe de cuidadores para outra, com o objetivo de garantir a continuidade e segurança do cuidado do doente. Transferências realizadas de forma incorreta, estão implicadas em 80% dos potenciais eventos adversos que ocorrem em instalações de saúde (Eiras, 2011). Como resultado, TJC citada por Nwaukwa S. & Satyshur, R. (2021) apela às instituições prestadoras de cuidados de saúde para implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde, uma abordagem de comunicação padronizada e baseada em evidências, como a situação, histórico, avaliação e recomendação (SBAR). SBAR é reconhecido pela TJC, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) como meio de comunicação eficaz (Nwaukwa S. & Satyshur, R. 2021).

Esta ferramenta, quando usada na transferência dos doentes, melhora a comunicação, reduz a ocorrência de EA e promove a segurança do doente (Nwaukwa S. & Satyshur, R. 2021; Muller et al. 2018).

A realidade é que cada vez mais se verifica uma preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de Enfermagem com o objetivo centrado na segurança do doente. Enquanto elemento diferenciado que desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área do domínio da qualidade, o Enfermeiro Especialista deve apostar no desenvolvimento de protocolos e de projetos que construam práticas seguras e que apostem na educação e desenvolvimento de competências de comunicação no seio das equipas (Santos & Ferrão, 2015).

Procurando garantir a continuidade deste projeto institucional e a sua operacionalização, pensamos ter contribuído positivamente na melhoria da qualidade, minimizando os riscos associados a uma comunicação inadequada nos cuidados de saúde. Para tal, procuramos, adotar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte institucional de iniciativas de governação clínica, sendo que fomentando a implementação

deste programa de melhoria continua da qualidade, objetivamos, a criação de um ambiente terapêutico e seguro.

Como constatamos, o enfermeiro orientador, assume frequentemente a coordenação do turno e da equipa, mas estas funções de coordenação vão mais além da prestação de cuidados, tanto numa perspetiva de consultoria, como de gestão de processos e de cuidados. Nesta esfera de ação e no que cabe às principais orientações emanadas, pelo Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares (PERH) 2017-2022, no seu eixo IV – operacionalização da gestão, houve oportunidade de participar num processo de auditoria, à equipa multidisciplinar, na prestação direta de cuidados de saúde. No domínio da prevenção, tivemos como objetivo estratégico, monitorizar o correto acondicionamento, a capacidade de triagem e a implementação de uma política de reciclagem, em vigor na instituição, garantindo o acompanhamento e o controlo através de uma monitorização continua, neste contexto, através de uma auditoria interna. Reconhecemos que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, para tal, avaliamos a qualidade, e, partindo dos resultados, poderão vir a ser implementados programas de melhoria continua da qualidade, sendo assim um critério de avaliação para a competência B2 (OE, 2019).

De referir que houve um esforço da nossa parte para aquisição de competências e destreza no manuseamento do material que não dominávamos, sobretudo se tivermos em conta a discrepância entre o nosso local de trabalho primário e o contexto clínico do estágio. Comprometemo-nos em aprender a manusear os equipamentos com os quais não estávamos familiarizados, o que se revelou fundamental para uma prestação de cuidados adequada, eficiente e em tempo útil, minimizando o risco associado ao seu uso e potenciando a sua utilização nas situações emergentes. No SU, nos dias em que estávamos alocadas à sala de emergência, ficávamos responsáveis pelo material aí existente e pela gestão deste ao longo do nosso turno. Assim, executámos esta atividade de forma autónoma, repusemos material e fizemos a gestão deste, comunicando intercorrências ou faltas, com a aplicação de uma chek-list (ferramenta elaborada por enfermeiros do serviço). Pudemos ainda, tanto no SU como no SMI, realizar testes em equipamentos específicos como ventiladores ou desfibrilhadores. No SU, em particular com o monitor desfibrilhador (Nihon Khoden, à cabeceira da unidade do doente; Lifepak 20, carro de emergência e Lifepak 12, utilizado nas evacuações) e com os ventiladores (Oxilog 1000 e Oxilog 3000). No

SMI, testamos de acordo com protocolos instituídos, os ventiladores (Philips V60 Plus) e seringas que se encontravam armazenadas, colaborando em planos de manutenção preventiva de equipamentos.

Já no SMI, optamos pela leitura dos manuais de utilização, dos ventiladores (Servo-i e Philips V60 Plus), dos monitores (Philips Life Science), do aspirador subglótico (EVAC), do sistema BIS espectral e o dispositivo para implementar as técnicas de substituição renal, o mais usado no serviço (Prismaflex®) e posteriormente a confrontação na prática, procurando sempre tirar dúvidas com a enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa. Visando a prevenção de complicações através de uma correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade (OE, 2018). Em contexto de cuidados intensivos e mais concretamente, no desenvolvimento da IPM, foi essencial o correto manuseamento dos aparelhos, para procedermos à otimização da configuração dos alarmes e minimizar o nível de ruído.

No campo de estágio do SMI deparámo-nos com uma barreira, o sistema informático Metavision. Até então não tínhamos tido contacto com este sistema informático nem com a sua linguagem. Neste campo foi fundamental a disponibilidade da enfermeira orientadora, pois a aquisição de competências informáticas requer treino e prática. Assim, a adoção de um ambiente terapêutico e seguro passou por conseguir manusear este sistema informático de forma o mais autónoma possível.

Para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é necessário o conhecimento da estrutura física e dinâmica organizacional. Assim foi delineado como objetivo, conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do SUMC e do SMI, os recursos humanos e materiais, e até, a produção de cuidados. Para a persecução do objetivo específico definido foi fundamental a observação de todos os circuitos de ambos os serviços, conhecendo os respetivos espaços físicos e organização, sendo, portanto, fundamental o conhecimento da equipa multiprofissional, da estrutura física, da dinâmica organizacional e funcional dos contextos de estágio, de modo a possibilitar a melhor integração possível. Para tal, os primeiros turnos foram dedicados ao reconhecimento do espaço físico, para entender os circuitos e os espaços existentes, assim como a identificação dos locais de armazenamento dos diversos materiais e equipamentos. Também estabelecemos como prioridade, o conhecimento e familiarização com os protocolos existentes e os projetos em curso ou em concetualização.

Procurámos reunir esta informação, através da observação e da partilha de informação, entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, das enfermeiras orientadoras e das chefias de enfermagem.

➤ **Competências Comuns do EE do Domínio da Gestão dos Cuidados:**

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

➤ **Competência de Mestre em Enfermagem:**

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

Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Neste domínio, em ambos os estágios, propusemo-nos desenvolver a nível individual, estratégias e competências, procurando alcançar uma melhor gestão dos cuidados, de forma a promover, a integração e a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar. Foi sem dúvida o sair da zona de conforto e abraçar dois contextos fora da realidade habitualmente vivida no dia a dia da prática de cuidados. Apesar do nosso percurso profissional nos dotar de algumas competências nesta área, aqui, estas foram direcionadas para um campo de maior especificidade, multidisciplinaridade, complexidade de processos e dinâmica. Especialmente no SU, pela imprevisibilidade que o caracteriza, os diferentes postos de enfermagem, o constante fluxo de doentes e a diversidade de sinais e sintomas, os quais provocaram alguma dificuldade de adaptação. Com o apoio da enfermeira orientadora e o conhecimento do espaço físico e dinâmica do próprio serviço, foi possível contornar esta dificuldade inicial, aproveitando para desenvolver competências no âmbito da gestão do tempo disponível e do estabelecimento de prioridades.

Para conseguirmos atingir o desenvolvimento das competências, acima mencionadas, procuramos observar e analisar as funções assumidas pelo enfermeiro chefe de equipa ou responsável de turno. Este é constantemente solicitado para a resolução de problemas ou conflitos, exigindo disponibilidade mental e capacidade de resolução, vindo a ser também, ponto de partida de referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde. Neste âmbito, acresce, a observação dos restantes responsáveis de turno/chefe de equipa, pelas diferentes decisões tomadas, foram uma experiência valiosa pela aprendizagem e pela perceção da eficiência dos diferentes tipos e métodos de gestão para o regular funcionamento de dois contextos clínicos bastante complexos. Mesmo que, como discentes, não tenhamos tido a oportunidade de exercer autonomamente funções de gestão e liderança, consideramos que esta metodologia de observação e análise crítica, sobre determinados aspetos, proporcionou o desenvolvimento das competências evidenciadas.

A gestão é um domínio que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (OE, 2001). No SU a enfermeira orientadora em funções de gestão como chefe de equipa, proporcionou várias vezes, a oportunidade de perceber as atividades desenvolvidas diariamente no âmbito da gestão, de recursos humanos e materiais. Perceber a complexidade dos mesmos, permitindo-nos compreender a forma como são geridas as diferentes equipas, como é realizada a distribuição dos enfermeiros, assim como a sua redefinição no decorrer do turno, caso as circunstâncias exijam a reorganização da equipa, mas também, como são realizados os pedidos de materiais, medicamentos e como são geridos os stocks de materiais, tanto no SU normal, como no SU Covid.

Procurando identificar as funções do enfermeiro especialista na área da coordenação e gestão, pelas especificidades que caracterizam o SU, e de acordo com necessidades identificadas no processo de prestação de cuidados, compreendemos, que para além das funções mencionadas anteriormente, é fundamental planear a alta em colaboração com a equipa multidisciplinar, doente e família, divulgando e articulando com os recursos disponíveis na comunidade, assim como, na gestão de conflitos e na supervisão de tarefas. Perante esta última intervenção, ao longo de ambos os estágios, procurámos orientar a decisão no que concerne às tarefas a delegar e procedemos à supervisão e avaliação dos cuidados prestados em situação de delegação, por forma a garantir a

qualidade dos mesmos. Para conseguir otimizar o trabalho em equipa, adequando recursos e favorecendo respostas, houve necessidade de delegar tarefas e, em conjunto com a enfermeira orientadora, foi possível fazê-lo para com os AO. Procurando agilizar o serviço, garantindo a segurança e a qualidade do mesmo pela supervisão. Consequente à DP de enfermagem, encontra-se vertido na alínea e), do artigo 109º, que o enfermeiro no dever da excelência dos cuidados, deve procurar “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (OE, 2015c, p.86).

No SU a gestão dos recursos materiais é realizada através da utilização do Sistema PYXIS, um sistema de dispensa de materiais de consumo clínico e produtos farmacêuticos, que permite também uma metodologia de reposição “por níveis”, realizada às segundas, quartas e sextas, pelos técnicos de farmácia e armazém. Um avanço na gestão dos recursos materiais, mas um entrave nas situações mais urgentes. Não é facultada passe de acesso do sistema, aos alunos em estágio, pelo que, sempre que necessário, têm de ser solicitados os medicamentos e materiais ao enfermeiro orientador ou aos outros elementos da equipa. Quanto à gestão dos recursos humanos, em cada turno de trabalho, é identificado um enfermeiro para ser responsável de turno, sendo que normalmente este é o chefe de equipa. De realçar que o responsável de turno é sempre um enfermeiro especialista. No início de cada turno os enfermeiros reúnem-se na sala de pausa, onde eventualmente o chefe de equipa do turno anterior pode fazer a transição de alguma informação relevante. A posteriori o chefe de equipa assiste à passagem de turno dos AO e a seguir assiste à passagem de turno no SO.

No SMI a gestão dos recursos materiais é feita pelo método de reposição previsível de gastos, não sendo possível por níveis, uma vez que o serviço onde decorreu o estágio, se encontrava num período de transição para uma nova unidade, em parte, num espaço improvisado.

Estes turnos, proporcionaram a oportunidade de reconhecer as necessidades de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tendo conhecimento dos circuitos e métodos de reposição.

Desde o início das obras para a construção do novo SMI, na ULS em questão, que deixou de existir uma UCI para doentes em situação crítica com infeção a Covid 19. Estabeleceu-se um acordo com determinadas instituições de saúde e em articulação com

os médicos dos cuidados intensivos e o coordenador local para a transferência destes doentes, os mesmos são ventilados nas enfermarias e após estabilização, o seu transporte é assegurado por um médico e um enfermeiro do serviço de Medicina Covid. Acontece que nenhum dos enfermeiros desse serviço tem especialização em EMCPCSC, sendo garantido apoio pelo médico intensivista e quando possível pelo enfermeiro responsável de turno no SMI. De referir que os cuidados necessários foram sempre assegurados, mas nem sempre nas condições ideais.

Perante tal situação, em primeira instância, fizemos o levantamento das necessidades, e, mediante a identificação das lacunas existentes, planeamos e dinamizamos vários momentos formativos, intervindo de forma autónoma na formação da equipa de enfermagem em contexto clínico. Procurando gerir os recursos disponíveis nas situações de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, neste caso o doente com covid 19, em contexto de enfermaria, visando a resolução de alguns conflitos que possam existir, mas sobretudo, a otimização da qualidade dos cuidados. Procuramos auscultar as dúvidas, dificuldades e anseios dos colegas do SMC e quais as expectativas de ambas as equipas envolvidas neste processo. No sentido de aumentar o nosso conhecimento na área da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, nomeadamente em contexto de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, efetuamos um profundo estudo de bibliografia relevante, incluindo pesquisa de artigos atuais com conteúdos pertinentes e que fundamentem a prática clínica e assumimos o papel de formadores oportuno em contexto de estágio, nomeadamente na implementação de ações de formação em serviço.

Face ao exposto, foi definido em conjunto com a enfermeira orientadora e com apoio de dois médicos intensivistas a elaboração de várias sessões de formação em serviço. Foram elaboradas e apresentadas no SMC, quatro sessões de formação sobre as quais passamos a enumerar os temas: “A pessoa doente em contexto de situação crítica - Intervenções de enfermagem na administração da terapêutica” (Plano da sessão-Apêndice L) com um segundo módulo, “Aminas” (Plano da sessão- Apêndice M), após as quais foram implementadas algumas estratégias, com o objetivo principal de contribuir para a diminuição do risco de erro na administração de terapêutica em contexto de situação crítica, entre elas, a elaboração das etiquetas de identificação de drogas e a substituição da tabela de incompatibilidade de fármacos que existia no serviço, por outra mais atual e revista pelos pares.

A terceira formação teve como tema “Intubação de sequência rápida (ISR) em adultos na enfermaria – intervenções de enfermagem” (Plano da sessão-Apêndice N), da qual resultou a sugestão da elaboração de um guia orientador de boas práticas, de acordo com as diretrizes mais atuais emanadas pela DGS. Por último, mas não menos importante “Ventilação mecânica invasiva, no doente com covid 19 – intervenções de enfermagem” (Plano da sessão-Apêndice O). Estas duas últimas, com uma componente prática dinâmica, tal como podemos constatar nos respetivos planos de sessões de formação.

Durante as formações a enfermeira orientadora manteve-se presente, intervindo sempre que necessário, garantindo o seu apoio. O feedback da equipa de enfermagem e enfermeira orientadora foi positivo. De acordo com os enunciados descritivos dos PQCEPSC foi alcançada a Organização dos Cuidados Especializados (OE, 2015b).

➤ **Competências Comuns do EE do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:**

D1 – Desenvolve o Autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

➤ **Competência de Mestre em Enfermagem:**

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

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

Neste domínio, o Regulamento sobre as CCEE (OE, 2019), realça a capacidade intrínseca de autoconhecimento e do estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais do EE como aspetos centrais para a prática de enfermagem e para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Durante o EC procuramos desenvolver competências técnicas e científicas, mas também relacionais, desenvolver a assertividade e a capacidade de aceitação da crítica, como fator de crescimento pessoal e profissional. Os anos de experiências ou a idade não foram fatores limitadores de aprendizagem, pelo

contrário, foi sempre assumida uma postura de partilha e de querer aprender, pois só assim pudemos dar o nosso melhor quando cuidamos do Outro.

De acordo com a DP, no artigo 109.º, do dever da excelência do exercício “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2005c, p.86).

O desenvolvimento desta IPM, conduziu à elaboração de um estudo que permitiu avaliar o nível de ruído (níveis sonoros contínuos equivalentes [LAeq]), a que estão expostos enfermeiros de um SMI e caracterizar a perceção individual, e de uma revisão bibliográfica, que permitiu determinar quais os valores de referência, elucidar sobre a maneira como o ruído se encontra nos serviços de medicina intensiva, apresentando evidência científica referente às principais fontes de ruído, às consequências do ruído para a PSC/profissionais de saúde e às principais intervenções de enfermagem para o seu controlo. Para além de ter sustentado a criação de uma instrução de trabalho foi estruturado em forma de artigo científico, contribuindo, deste modo, para a disseminação da investigação e para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência.

De acordo com Ruivo et al. (2010), independentemente da forma pela qual se opta por divulgar os resultados, seja através de comunicações, posters, redação do relatório final ou apresentações em eventos científicos, a publicação, constitui, um recurso fundamental à prática de enfermagem, tendo em conta que, “a evidência permite a aquisição de conhecimentos científicos e desta forma a prestação de cuidados com maior qualidade, ou seja, uma prática baseada na evidência” (pp.34-35).

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem

Em 2001, a OE, referiu que seriam necessários profissionais qualificados para dar resposta ao número crescente de doenças com início súbito e às crónicas que se agudizam; ao aumento e à complexidade dos acidentes; ao acréscimo de violência urbana e às catástrofes naturais em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem conduzir

a pessoa à morte (OE, 2015b). Perante o supracitado, destacamos a importância da existência de profissionais qualificados, que prestem cuidados dirigidos às situações específicas, em que, o EEEPSC, se assume como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (OE, 2015b, p. 17241). Atendendo ao conceito de enfermeiro especialista, anteriormente citado e dentro do que os CEPSC pressupõem “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2015b, p.17241), considera-se legítimo inferir que o foco da prática de Enfermagem do EEEPSC, onde este detém um conhecimento aprofundado, é a pessoa em situação crítica. Por sua vez, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEPSC procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, nos quais, “uma intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica” (OE, 2015b, p.17241) é um elemento importante, no que cabe aos cuidados de enfermagem especializados. Sendo que, este tipo de intervenção, alicerça-se nos pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba, em que, defende que a pessoa em situação de doença é o centro dos cuidados, parceira na identificação das suas necessidades, as quais incluem cuidados de enfermagem competentes e holísticos e quando estas necessidades são satisfeitas, são alcançados melhores resultados para estes e para a instituição, incluindo maior satisfação do doente.

Nas duas áreas de prática clínica que frequentámos, contactamos com doentes em estado crítico e suas famílias, reconhecendo que o doente em estado crítico, pode encontrar-se em diferentes contextos e atendendo à especificidade da sua situação, beneficiar de um cuidado de enfermagem especializado. De facto, o ambiente onde podemos encontrar a pessoa em situação crítica, não se restringe apenas às unidades de internamento, com especificidade para os SMI. Muitas vezes, a “porta de entrada” deste doente instável é o SU.

Tal como se encontra explanado no Regulamento nº 140/2019, a OE, define como competências específicas as “que decorrem das respostas humanas aos processos de

vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745). Desta forma, preconiza-se que o EEEPSC, para além das competências comuns, detenha o seguinte perfil de competências:

“1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; 2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 3 - Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, pp.19363-19364).

➤ **Competência Específica do EEEPSC:**

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

Ao longo de ambos os períodos de estágio, prestamos cuidados a diversos doentes em situação crítica. Foi-nos proporcionada a oportunidade de adquirir, treinar e aperfeiçoar a capacidade de atuação face a situações imprevistas urgentes e emergentes em doentes com necessidades de cuidados complexos. Durante o percurso formativo houve situações em que foi necessário aplicar competências em suporte avançado de vida (SAV), num contexto de paragem cardiorrespiratória (PCR), dos quais são exemplo, o episódio em que um doente do serviço de internamento, vai realizar uma tomografia axial computadorizada (TAC) e num quadro de PCR é necessário proceder à sua transferência imediata para o SU/sala de emergência (SE). Aqui participamos ativamente no processo de reanimação, tendo oportunidade de implementar o algoritmo do suporte básico de vida (SBV) e SAV, com necessidade de proceder posteriormente à técnica de entubação orotraqueal (EOT) e ventilação mecânica invasiva (VMI).

Na SE são admitidas as pessoas a quem é atribuída uma “prioridade vermelha”, ou seja, emergente, incluindo as que são transportadas pela VMER. Neste posto foi possível colaborar na prestação de cuidados à pessoa doente em situação emergente e em risco de falência orgânica. Tem capacidade máxima para 3 doentes, idealmente 2 macas ocupadas

e uma vaga, para situações do momento. O ambiente na SE é também gerador de stress para o doente, pelo qual, tivemos a preocupação em manter a pessoa doente o mais confortável possível, explicando todos os procedimentos, questionando se tem dor ou se algo o preocupa, garantindo um ambiente tranquilo e sempre que o desejar, permitir a entrada de familiares ou pessoa significativa.

Contudo, as situações que se revelaram como mais recorrentes na sala de emergência (SE), foram os doentes com arritmias cardíacas, em que a fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida foi a mais habitual, sendo importante a identificação de focos de instabilidade (reais e potenciais), estabelecendo prioridades e atuando de forma eficaz. Proceder a uma identificação correta do ritmo cardíaco, foi fundamental, assim como, a mobilização dos conhecimentos adquiridos no curso de SAV, permitindo-nos ter presente o algoritmo de atuação na Taquidisritmia.

Tivemos igualmente oportunidade de prestar cuidados a doentes politraumatizados, com implementação de técnicas de imobilização e transferências, sobretudo nas situações em que iam fazer exames complementares. No SU, após estabilização do doente crítico é necessário proceder à realização de exames complementares de diagnóstico, para estabelecer um tratamento precoce e adequado e/ou para proceder a transferência para local adequado. A execução de exames complementares de diagnóstico, fora da sala de emergência, comporta riscos importantes, pela mobilização e deslocação para locais nem sempre preparados para receber doentes críticos (Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO, 2010). Quando é necessário o doente ir realizar TAC, este faz-se acompanhar de médico e enfermeiro, assim como de todo o material necessário para manter a monitorização, vigilância hemodinâmica e suporte ventilatório, além do desfibrilhador cardíaco e do ressuscitador manual, antecipando qualquer instabilidade. De acordo com o exposto no Parecer 09/2017 da OE, é fundamental refletir sobre o risco/benefício desse transporte, devendo o nível de cuidados não ser inferior ao verificado no serviço de origem e estar preparado para a eventual necessidade de o elevar. Ao longo do período de estágio, acompanhámos três doentes durante o transporte intra-hospitalar ao serviço de imagiologia, um da SE com o diagnóstico de choque séptico, outro do serviço de observação (SO), um doente politraumatizado com VMI e por último, um doente do SMI, também politraumatizado com VMI.

Após proceder à estabilização do quadro clínico, muitos dos doentes da SE, foram por nós transferidos para o SO. Neste posto, encontram-se os doentes em maior risco de falência orgânica ou em situação crítica grave, estando sob monitorização contínua de sinais vitais e rigorosa vigilância médica e de enfermagem.

Estes momentos de cuidar a PSC, permitiram-nos mobilizar e demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma (OE, 2018, p.19363). A concretização dos cursos teórico-práticos em SAV e trauma, durante o curso de mestrado, revelou-se extremamente útil e importante, trazendo maior segurança e precisão na capacidade de atuação nestas situações.

Ao longo do nosso percurso profissional no SMI, foram igualmente desenvolvidas competências no que respeita à execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, nomeadamente: cuidados de enfermagem na entubação e extubação orotraqueal, na manutenção da via área artificial, gestão da VMI; intervenções de enfermagem durante a execução de broncofibroscopia; técnicas de substituição renal com anticoagulação com citrato; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, incluindo manuseamento de cateter PiCCO e realização de ponto hemodinâmico, avaliação de pressão venosa central e pressão intra-abdominal; intervenções de enfermagem durante a colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central, cateter de Diálise e linha arterial. Bem como, o posicionamento de um doente em decúbito ventral. Por outro lado, procurámos também dar, especial atenção à avaliação neurológica detalhada com a avaliação da Escala de Coma de Glasgow e avaliação pupilar com caracterização do tamanho, forma, fotoreatividade.

Um dos desafios quando se utiliza a sedação profunda, é saber se o doente está realmente sedado, sendo a avaliação efetuada pela Escala de Richmond Agitation – Sedation Scale (RASS) ou pelo índice Bispectral (Bispectral Index Scale)], sendo este mais utilizado nas situações do foro neurológico.

A escala de RASS permite, através da observação e estimulação do doente, identificar o nível de sedação. Esta vai desde o “não responde” (-5, sem resposta à estimulação física ou verbal) até o “combativo” (4, combativo ou violento, perigo imediato para o pessoal). Na posição “0”, o doente encontra-se “calmo e acordado” (Barbosa, 2018).

Na unidade a existência de terapêutica complexa é constante. Ao longo da prática clínica preparamos e gerimos terapêutica complexa, tendo por base as recomendações e

protocolos, mantendo a segurança, evitando o erro, e estando desperta para possíveis complicações.

Foi para nós uma prioridade assegurar a adequação dos diversos protocolos existentes no SMI, às situações concretas, monitorizando e prevenindo os efeitos secundários e as complicações que lhe possam ser associadas, e avaliando os seus resultados. Exemplos objetivos desta prática são a aplicação de protocolos complexos de gestão de sedoanalgesia e a sua interrupção temporária, protocolo de administração de noradrenalina e controlo da glicémia através de administração de insulina por via endovenosa, em que a titulação dos ritmos de perfusões é implementada pelo enfermeiro de forma a obter os resultados esperados com o mínimo de complicações associadas, atuando em cooperação com o médico prescritor. Sempre que era alterado o ritmo de uma perfusão, era registada a hora em que tal acontecia, com especial atenção para os registos dos sinais vitais nesse momento, permitindo avaliar de uma forma segura as reações do doente ao ajuste terapêutico. Outros protocolos foram igualmente implementados, entre eles, a cardioversão química.

Entendemos como relevante referir que durante o período de estágio no SMI, a técnica de substituição renal (TSR) foi das técnicas de suporte de órgão implementada com maior frequência, o que já era espetável, tendo em conta os dados anteriormente referidos no ponto 1.2.3, relativos à análise da produção e gestão de cuidados em que constatamos que 84% dos doentes internados no ano de 2019, tiveram necessidade de recorrer a terapia de substituição renal (TSR). Esta técnica requereu da nossa parte, um maior investimento, em termo de estudo, para conseguirmos compreender todos os pormenores, garantir a sua aplicação prática e dar resposta precocemente às complicações resultantes da sua implementação. É uma técnica que exige além de conhecimento uma grande bagagem em horas de experiência, face a todas as complicações que acabaram por surgir. Do ponto de vista mecânico, tivemos de lidar com várias complicações, entre as quais, presença de coágulos no sistema, ar no sistema, anomalia ou falência da bomba, paragem geral da máquina e problemas associados aos acessos. Tivemos a oportunidade de contar com a disponibilidade dos colegas peritos nesta área, os quais contribuíram para conseguir dar uma resposta apropriada e imediata nestas situações mais complexas e que mais tarde nos permitiram participar nos cuidados de enfermagem inerentes a todo o processo.

Os cuidados ao doente crítico visam fundamentalmente suportar e recuperar funções vitais, permitindo tratar a doença, mas na nossa opinião é fundamental que o enfermeiro tenha também, um papel interventivo na prevenção. Sobrelevamos a prevenção das úlceras por pressão, uma vez que o enfermeiro desempenha um papel de relevo, tendo como intervenções autónomas, os posicionamentos, cuidados à pele e a gestão da alimentação. Sendo atualmente, a nível institucional o aparecimento das úlceras por pressão, um importante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Além das intervenções mencionadas anteriormente, atuámos em colaboração com os técnicos de reabilitação promovendo sempre que possível um levante precoce, usufruindo das tecnologias disponíveis, nomeadamente as camas articuladas. No âmbito do tratamento de feridas e úlceras por pressão, podemos contribuir com os nossos conhecimentos, adquiridos através da formação permanente e pela experiência em internamento de Medicina, justificando o nosso ponto de vista, através de um raciocínio fundamentado na evidência científica.

Um outro procedimento importante neste processo de qualidade e bem-estar do doente é a avaliação da dor. Relevando que no cuidado à PSC e ou falência orgânica, o enfermeiro especialista deve ser capaz de realizar a gestão da dor e do bem-estar, de forma diferenciada, e otimizar as respostas (OE, 2018). Segundo López-Alfaro (2019) esta é um conceito complexo e multidimensional que desenvolve reações múltiplas que podem afetar a evolução da pessoa doente. Numa outra perspetiva, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (AIPD) citada por Souza (2020), elaborou um novo conceito, que procura abraçar tudo que foi conquistado em termos de avanços tecnológicos e clínicos, para a definição de dor. Dessa forma, atualmente a dor passou a ser conceituada como *“uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”* (p. 294). Reconhecendo que a dor nem sempre está relacionada a uma lesão tecidual evidente em termos histopatológicos, e que o estado emocional da pessoa doente influencia diretamente a perceção que ele tem sobre a dor. Entendendo que, a perceção dolorosa é extremamente individual e altamente influenciada por fatores externos. Em Portugal, a dor foi instituída como sendo o 5º sinal vital, desde 2003 (DGS, 2003). Atende que a dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Diz ainda que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos

doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde, recomendando-se a sua monitorização sistemática. Por sua vez, o enfermeiro não só deve avaliar a dor na pessoa em situação crítica, como também de identificar e planear intervenções adequadas ao seu controlo e intervindo na sua gestão (OE, 2008).

No SU, a avaliação da dor é realizada através da aplicação da escala qualitativa nos doentes conscientes e que conseguem quantificar a dor. Nos doentes que apresentam comprometimento da capacidade de comunicar, é utilizada a Escala de Faces, convertida em escala numérica para efeitos de registo. Em relação aos doentes ventilados, sentimos necessidade de uma escala comportamental de avaliação da dor.

Nas unidades de terapia intensiva, a dor é um fator de stresse para os doentes internados, contribuindo para quadros de desorientação e agitação, causando alteração no padrão do sono e exaustão. Sendo de extrema importância para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o controlo da dor e o uso de ferramentas adequadas para avaliação das necessidades dos doentes (Branco, 2020).

A PSC em contexto de CI, sente dor não apenas pela situação de doença, mas também pela longa imobilidade e pelos diversos procedimentos invasivos aos quais pode ser submetida. A própria gravidade da situação clínica e os procedimentos invasivos necessários ao processo de tratamento, estão relacionados à presença da dor, sendo a sua avaliação e registo dos dados importantes para monitorizar a evolução e tomar as decisões necessárias ao tratamento (López-Alfaro, 2019). Apesar do impacto desfavorável da dor, o sofrimento que causa e das suas repercussões, os cuidados ao doente com dor continuam a ser um desafio, sendo que a dificuldade ou a impossibilidade de comunicar a experiência de dor ou a sua intensidade está relacionada com a própria condição do doente, que muitas vezes está num estado crítico, e a comunicação é dificultada pela alteração do estado de consciência, pelo uso de sedativos e/ou dos ventiladores (Branco, 2020).

A sintomatologia da dor é um dos principais constituintes para a procura de cuidados de saúde. De acordo com Kolcaba, k., Tilton, C. & Drouin, C (2006), por sua vez, os comportamentos de busca de saúde podem ser definidos como ações do doente das quais ele pode ou não estar ciente, que pode ou não ser observado e que são preditores ou indicadores de melhoria dos cuidados de saúde. Dentro do que são os três níveis de conforto definidos por Kolcaba (Kolcaba, 2003; Kolcaba, k., Tilton, C. & Drouin, C., 2006), já

definidos anteriormente, a ausência de dor, insere-se no contexto do conforto físico relaciona-se com as sensações corporais e com a satisfação das necessidades fisiológicas: em consonância com a mobilidade adequada, adequado funcionamento gastrointestinal, entre outros, encontrando-se muitas vezes relacionado com sinais e sintomas de doença. De acordo com a própria autora da teoria, para alcançar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou em falência orgânica, na avaliação da dor devem-se destacar componentes psíquicos, socioculturais, estado emocional, alteração da personalidade, relações familiares, de trabalho, lazer, crenças e adesão ao tratamento farmacológico e outras terapias não farmacológicas. Estes diferentes contextos refletem uma perspetiva holística da pessoa, demonstrando que o Conforto e alívio da dor, apenas é alcançado quando a Transcendência é atingida nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, k., Tilton, C. & Drouin, C., 2006). Para um melhor conhecimento dos contextos estes são definidos de forma individual, mas, para proporcionar o conforto da pessoa, é fundamental compreender que os contextos são indissociáveis (Mineiro, 2016).

Assim, quando avaliámos a dor tivemos em consideração, sempre que possível, a “dor total”, sob a influencia de todos os contextos anteriormente referidos, com maior relevância no contexto ambiental, em que concluímos que o ruído pode ser um fenómeno ambiental, cuja variação da intensidade pode ter impacto na intensidade da dor percecionada pelo doente (Kolcaba, 2003). Simultaneamente, avaliamos a dor, recorrendo à escala numérica, quando esta era possível de ser aplicada, e no doente sob ventilação mecânica e/ou com depressão do estado de consciência, recorrendo à escala Behavioral Pain Scale (BPS), sendo um imperativo a gestão adequada da dor, caso esta existisse. A escala BPS pode ser de elevada precisão e fácil aplicabilidade na PSC, com incapacidade de relatar a dor, sendo uma escala observacional que se baseia em parâmetros fisiológicos e expressões corporais do indivíduo.

Tendo em conta os protocolos de analgesia existentes, administramos terapêutica analgésica endovenosa, opióide e não opióide, em perfusão contínua ou em bolús, monitorizando a resposta ao(s) fármaco(s) e os possíveis efeitos secundários e adversos. Concomitantemente, antes de qualquer procedimento que fomentasse o aparecimento de dor, inicialmente aumentávamos o ritmo de perfusão do fármaco caso este estivesse em curso e/ou então era administrado normalmente um opióide forte de ação rápida com o

objetivo de atenuar a dor associado ao procedimento, procurando gerir da melhor forma as medidas farmacológicas no controlo da dor.

Houve um grande investimento da nossa parte, para conhecer as drogas utilizadas no SMI, nomeadamente a sua indicação, dose de indução/perfusão contínua, diluições, vantagens e potenciais efeitos adversos. Foi importante a pesquisa bibliográfica realizada, a pesquisa de documentos/protocolos existentes no serviço, mas sobretudo a disponibilidade dos colegas em esclarecer todas as dúvidas/questões que iam sendo colocadas.

Toda a informação compilada, foi posteriormente apresentada como formação em serviço, ajudando-nos a sedimentar o conhecimento adquirido, a dar visibilidade e aplicabilidade ao trabalho desenvolvido em estágio, com implicação na melhoria dos cuidados prestados, mas também, proporcionou a capacidade de diagnosticar precocemente e ter capacidade de resposta perante as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos através de novas competências adquiridas nesta área. De salientar que perante a identificação de dor, de intensidade ligeira ou moderada, procurámos instituir medidas não farmacológicas para alívio ou controlo da dor, no caso de dor intensa, estas foram instituídas de modo complementar em associação com medidas farmacológicas, de acordo com os protocolos de analgesia em vigor.

De acordo com o explanado no Guia Orientador de Boa Prática acerca da Dor ([GOBPD], 2008, p.7), “a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional”. De facto, tal como nos diz, Nunes “o que mais releva e é realmente importante, é valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e a que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode” (GOBPD, 2008, p.8).

A PSC apresenta-se muitas vezes incapaz de comunicar verbalmente, pelo qual é necessário que o enfermeiro esteja desperto para as necessidades por si expressas e desenvolver alternativas para facilitar a comunicação do doente com os profissionais e com a família.

Para Phaneuf (2005):

“a comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, de modo mais global pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, criar laços significativos com ela” (p.23).

No SU, o enfermeiro é o primeiro profissional de saúde a estabelecer contacto com a família/cuidador da pessoa doente, também eles alvo dos seus cuidados. O primeiro contacto acontece logo à entrada deste serviço, na área destinada à informação e comunicação com os familiares. Aqui, tivemos oportunidade de assistir a família na gestão do impacto emocional imediato, decorrente de situações críticas e na gestão da relação terapêutica utilizando a relação de ajuda como facilitadora dos processos de transição saúde-doença.

Não no SU, mas sim no SMI, fomos confrontados com situações em fim de vida, sendo a nossa intervenção mais direcionada à família. “Uma situação de perda origina mudanças na vida da pessoa, sendo o luto e o sofrimento os processos através dos quais as pessoas procuram desenvolver os seus mecanismos de adaptação” (Pereira, 2008). Aqui os cuidados de enfermagem demonstram ser fundamentais, não só proporcionando o conforto do familiar/cuidador de forma a atingir tranquilidade, como um estado de transcendência, em que a pessoa se pode superar, demonstrando competências para superar os desafios e o sofrimento (Kolcaba, k., Tilton, C. & Drouin, C., 2006). Como profissionais de saúde, procurando assistir os familiares/cuidadores nas perturbações decorrentes da situação crítica de saúde/doença procuramos intervir de forma a “dignificar a morte” e os processos de luto, através da escuta ativa identificar as necessidades dos familiares, disponibilidade para estar presente e ao mesmo tempo respeitar “os silêncios”, assim como manter um ambiente propiciador para que estes possam exprimir os sentimentos e emoções.

A interrupção diária da sedação vem sendo estudada nos últimos tempos, este processo consiste em desligar a infusão de sedativos até que o doente desperte e seja capaz de responder a ordens verbais ou demonstre agitação. É realizada diariamente até que a equipe multiprofissional perceba que o doente está apto para extubação endotraqueal (Barbosa, 2018). No decorrer do processo de remoção do sistema de VMI, os doentes estavam conscientes e com o tubo endotraqueal colocado, para nós era evidente o sentimento de ansiedade, nervosismo e até mesmo desespero expresso nos seus rostos, “era como se nós sentíssemos esse desespero”. Sempre que possível utilizávamos a escrita ou a linguagem gestual como estratégia para podermos comunicar, mas sentimos que a nossa proximidade, o toque e a atitude de empatia procurando acalmar o doente eram essenciais além de qualquer outra estratégia utilizada.

Nas últimas décadas em que temos vindo a prestar cuidados de enfermagem, passou-se para uma utilização excessiva de exames complementares e de fármacos e, em contrapartida, deixou-se de valorizar cada vez menos, a escuta e o diálogo com o doente (Souza, 2020). Os profissionais de saúde sabem cada vez mais sobre as doenças e conhecem cada vez menos os doentes e as pessoas que estes nunca deixam de ser, mas para nós continua a ser um verdadeiro desafio conhecer cada pessoa pela sua individualidade e singularidade na sua história de vida. Neste sentido, como profissional de saúde procurámos estar presente na relação com os nossos doentes, demonstrando disponibilidade, escuta, respeito, autenticidade, aceitação incondicional, confiança e compreensão empática. Pois só assim é possível estabelecer uma relação que ajude o doente, a gerir a sua ansiedade e medos vividos porque é neste encontro que o enfermeiro toma consciência das emoções, sentimentos e comportamentos do Outro.

Desta forma, apoiámos o doente e família no processo de transição e adaptação saúde-doença, perante situações decorrentes de processos médicos e cirúrgicos complexos por forma a adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto (OE, 2018), tendo como premissa a excelência e a qualidade no cuidar.

➤ **Competência Específica do EEEPSC:**

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

Reconhecemos que, “os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (OE, 2018, p.19362).

Estas situações de catástrofe ou emergência multivítima, ocorrem de forma inesperada, e como podemos constatar, o serviço de urgência é a “porta de entrada” para estas situações e o serviço de cuidados intensivos acaba por ser o “destino” de muitas destas vítimas.

Fundamental para o enquadramento desta competência é a definição do conceito de catástrofe, situação de exceção e de emergência. A catástrofe, tendo em conta a Lei de bases da Proteção Civil — Decreto-Lei n.º 27/2006, define-se no seu artigo 3º, ponto 2, como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2006, p. 4696). A situação de exceção pode ser definida por uma situação que cria “desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p.19362). Enquanto, emergência é consequência de agressão sofrida por uma pessoa por parte de um qualquer fator que “que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” (OE, 2018, p. 19362).

Atendendo aos conceitos anteriormente referidos podemos afirmar que vivemos tempos de exceção e catástrofe, provocados pelas complicações da infeção pelo SARS-CoV2, sendo os cuidados de saúde sujeitos a uma pressão sem precedentes à escala mundial.

Estes momentos, coincidiram com o período letivo em que decorreu este Mestrado com especialização, tendo sido declarado, o estado de emergência a nível nacional e muitos de nós enfermeiros fomos impossibilitados de realizar os estágios profissionais e mobilizados para os nossos locais de trabalho onde eram necessários os nossos serviços. Foi necessária a ativação, do Plano de contingência no âmbito da

prevenção e controlo de infeção pelo novo coronavírus (covid-19) aprovado em CA, dia 13 de março de 2020, requerendo a reestruturação dos espaços do SU, do SMI e da criação do SMC, anteriormente o serviço de Medicina 1. A pandemia por Covid 19, veio por à prova todos e cada um dos profissionais da área da saúde, exigindo de nós capacidade de perseverança, adaptação e atualização dos conhecimentos quase ao momento, devido à ausência de evidência científica acerca do comportamento de vírus SARS Cov2 e a necessidade de proporcionar cuidados adequados. Eram emanadas quase semanalmente pela DGS novas diretrizes acerca de medidas a serem implementadas, entre muitas, a utilização do equipamento de proteção individual (EPI), medidas de isolamento, triagem dos resíduos e a limpeza e desinfeção das unidades e equipamento de uso clínico.

Havendo uma maior afluência de doentes internados e perante a gravidade da situação, as PSC, com necessidade de técnicas de suporte ventilatório invasivas permaneceram nas enfermarias de medicina, aos quais, tal como referimos anteriormente, prestámos cuidados com apoio da equipa de cuidados intensivos. Tendo sido assegurados os meios de evacuação e transporte por nós, enfermeiros do SMC. Não detendo nenhuma experiência profissional em contexto de cuidados intensivos, apenas a bagagem fornecida pelas várias unidades curriculares lecionadas, estes turnos foram particularmente motivadores, mas também, exaustivos e, até, algo assustadores, face a um fluxo constante de doentes infetados e uma dinâmica complexa. Mas, tal como consta em nota introdutória, foram estes estímulos que nos incentivaram a continuar este percurso académico.

Perante a incapacidades de algumas instituições, como as ERPI darem apoio a um número tão elevado de idosos infetados, ao abrigo do plano de contingência desta unidade de saúde, estes, foram deslocados para outras estruturas de apoio. Por falta de recursos humanos, enfermeiros de vários serviços foram mobilizados para estas estruturas para a prestação de cuidados, e assim acabámos por fazer parte deste plano de contingência. Individualmente, um enfermeiro por turno da manhã, era encaminhado para um pavilhão da base aérea, onde se encontravam várias utentes de uma ERPI, infetadas com Covid19. Uteses que apresentavam sintomas ligeiros, pelo qual não careciam de estar hospitalizadas, mas pelas comorbilidades associadas careciam de uma vigilância mais apertada, pelo risco de agravamento da situação clínica. De referir que, foram sempre proporcionados os cuidados básicos, mas era uma situação que carecia da intervenção do

enfermeiro, pela necessidade de assistência direta à pessoa doente e pela necessidade de reduzir o risco de exposição a uma doença altamente infecciosa. A pandemia provocada pelo vírus SARS-Cov2 veio destacar a importância dos cuidados de enfermagem para a manutenção da vida e do direito à saúde (Oliveira, Freitas, Araujo, & Gomes, 2020), em que os enfermeiros, desempenham um papel fundamental, na resposta destas situações de emergência de saúde pública, que podem resultar em mortes substanciais e perturbações socioeconómicas (Oliveira, Freitas, Araujo, & Gomes, 2020).

Inicialmente foi necessário perceber qual o nosso papel e limitações, quais os recursos (materiais e humanos) que tínhamos a nosso dispor, conhecer o espaço físico, a dinâmica instituída e saber onde obter informação e recursos adicionais. Foi necessário assumir uma posição de liderança no desenvolvimento dos papéis de alguns membros da equipa, introduzindo medidas corretivas perante algumas inconformidades. A primeira palavra que surgiu no nosso pensamento, foi “organização” e perante tal desafio, implementamos um processo de “triagem” necessário neste ambiente não controlado. Definida pela Organização Mundial de saúde (WHO, 2011), como o processo de categorização e priorização das vítimas com o objetivo de proporcionar cuidados ao maior número possível de pessoas, com os recursos disponíveis. Contando com apenas 9 horas, abordamos individualmente cada uma das utentes, procedemos à sua identificação e elaboramos uma lista com os nomes (confirmados a posteriori com as assistentes sociais) de acordo com o número do quarto, identificamos sinais e sintomas de potencial agravamento pela patologia covid, solicitamos medicação em falta (ex: canetas de insulina) e procuramos gerir a equipa de funcionários que tinham sido contratados para garantir os cuidados básicos, sobretudo na administração da medicação. Procuramos antes de mais, definir prioridades, pelo que, no final do turno os utentes instáveis foram referenciados para a médica assistente, para eventual transferência para a unidade de saúde, por agravamento da função respiratória, procedimento inerente ao plano de contingência.

Sabemos que esta situação, não ocorreu verdadeiramente em contexto de estágio, mas foi com base nos conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares neste mestrado, que consideramos ter contribuído para a melhoria dos cuidados prestados. O vivenciar este momento, permitiu-nos gerir cuidados neste tipo de situação e apesar de sabermos que é uma situação imprevisível, consideramos que nos consciencializou para a sua eminência e possibilidade de ocorrência. Consideramos que

toda a pesquisa efetuada, os documentos vigentes consultados e as atividades desenvolvidas e planeadas concorreram para aquisição e consolidação desta competência.

De relembra que, cada SU deve ter um plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas, seguindo as orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde e este plano deve ser do conhecimento de todos os profissionais do respetivo Serviço, devendo ser realizada formação e exercícios de simulação periódica (MS, Despacho n.º 10319/2014), sendo considerada a sua existência, um dos padrões mínimos para o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e um critério, indicador de qualidade para avaliação do seu funcionamento. Fazendo com que, a preparação dos profissionais de saúde, que prestam cuidados no serviço de urgência, em particular os enfermeiros, para situações inesperadas que requerem um aumento dos recursos disponíveis, como catástrofe, interna ou externa ou situação de multivítimas, seja fundamental.

De acordo com a DGS (2010) é recomendado que todas as unidades de saúde do SNS criem um plano de emergência, e caso o mesmo já exista, a realização de análise periódica ao mesmo para a avaliação da reação da unidade de saúde perante uma situação de catástrofe ou emergência multivítimas. De acordo com a mesma entidade, de forma que, os procedimentos do plano sejam simples e eficazes devem assentar em quatro pilares: a organização e gestão, os recursos humanos, a prestação de cuidados e os recursos gerais, todas eles considerados áreas suscetíveis da intervenção do EEEMC.

No início do estágio, procuramos saber junto da enfermeira orientadora se existia um plano de emergência no SU, bem como uma reflexão conjunta relativamente a situações de catástrofe já ocorridas. Segundo a mesma, foi criado um grupo de trabalho, que atualmente está a desenvolver este projeto. Dele fazem parte enfermeiros com especialização em EMC, mas também, enfermeiros peritos nesta área em associação com elementos do GSHT e Gestão do Risco e GPQ. Em relação ao Plano de emergência interna desta unidade de saúde, foi aprovado pelo CA em 2010 e dele fazem parte as seguintes seções: Organização da Segurança em Emergência, Gestão de Emergência, Plano de Evacuação e Plano de Comunicação. Segundo Alexander (2015), um plano de emergência pode ser definido como um processo de preparação estruturada para futuras situações de contingência, tal como desastres ou situações multivítimas, não sendo um produto ou um

resultado, pelo que alguns dos objetivos do plano são a manutenção da segurança pública, a limitação dos danos, a proteção da vulnerabilidade e a utilização eficiente dos recursos de emergência. O mesmo autor refere, ainda, que o bom plano deve ser realista e pragmático, deve corresponder às necessidades urgentes dos recursos disponíveis e deve ter em conta as limitações nas capacidades de respostas.

Durante o estágio, não foi realizado nenhum simulacro, assim como, não houve nenhum exercício/treino direcionado à equipa de enfermagem no SU/SE. Loke e Fung (2014), ressaltam o fato dos desastres terem aumentado por todo o mundo e a necessidade de preparar os enfermeiros para estas situações. Os mesmos autores, concordam que somente através da educação e treino, os profissionais desenvolvem competências necessárias para atuar em desastres. A simulação permite estar preparado para os desastres, aumenta a capacidade e confiança para lidar com as situações desastrosas e agiliza a interação da equipa. Salientam, igualmente, que a comunidade deve estar também preparada através da promoção da consciencialização sobre desastres.

Ainda neste contexto, foi por nós considerado essencial conhecer o plano de resposta a situações de catástrofe desta unidade de saúde, realizado por elementos do GSHT em 2017. No qual está definida a intervenção do SU em situações de catástrofe e multivítimas, assumindo-se como zona do centro de operações, onde será realizada a triagem primária por um enfermeiro e por um médico. A diferenciação das diversas áreas que compõem o centro de operações é realizada recorrendo a cores, consoante o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Sendo que os núcleos básicos de atuação são: Zona de triagem; vermelha- Zona de suporte avançado de vida; amarela- Zona de tratamento urgente; cinzenta - Zona de tratamento irreversível e preta - Zona de falecidos. Neste estão detalhados todos os procedimentos para os vários níveis de catástrofe e respetivos modos de atuação, número de elementos a mobilizar, organização do serviço e intervenção de cada profissional. Na sala de triagem encontra-se um Kit de emergência, onde podemos encontrar um stock de material para atuação imediata (kits para colheita de sangue; kits de identificação das zonas por cores; pulseiras de identificação; fichas de triagem de catástrofe, com respetivo local para registo de cuidados prestados, entre outros). Em relação a situações anteriores e de acordo com a experiência da enfermeira orientadora, houve neste serviço uma situação de múltivítimas, após um incêndio numa ERPI, em que o Gabinete de Crise determinou que o nível de resposta era o Nível II, tendo sido necessário

recorrer a todos os recursos do hospital, neste sentido, quem estava de prevenção foi chamado e após mudança de turno, ficaram ambas as equipas.

No SMI, de acordo com a enfermeira orientadora, acerca dos procedimentos nas situações de emergência, exceção e catástrofe, não existe um plano de catástrofe específico para estas unidades, existindo sim orientações no plano comum a todos os serviços do hospital. Nestas situações, o serviço assume-se como área de apoio e organizam-se (recursos humanos, materiais e altas/transferências de doentes) de maneira a facilitar a entrada dos doentes em estado crítico, nomeadamente SMI e bloco operatório.

Uma outra área que consideramos fundamental, perante a importância da intervenção do enfermeiro especialista, é o papel desempenhado na implementação de sistemas de triagem de prioridades nos serviços de urgência. Tal como se encontra explanado no artigo 12^o do Despacho nº 10319/2014 “é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades nos serviços de urgência” (p.20675), tendo em conta que a sobrelotação dos SU é um problema que se verifica a nível nacional. A uniformização de procedimentos e as tomadas de decisões suportadas em algoritmos clínicos, permitem ao profissional de saúde, dado o fluxo significativo de pessoas nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades, encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança (DGS, Norma 002/2018). Por outro lado, a ausência desta metodologia de trabalho, poderá constituir um obstáculo ao funcionamento adequado do SU, na medida em que a sua utilização, respeita as boas práticas em situação de urgência.

No SUMC desta unidade de saúde, é utilizado o STM. Este tem como objetivo a identificação clara e sistematizada de critérios de gravidade, indicando a prioridade clínica de atendimento do doente e o respetivo tempo recomendado até à primeira observação médica (DGS, Norma nº 002/2018).

Durante o período de estágio, o aluno tem a oportunidade de ficar alocado ao posto de triagem, tanto no SU normal, como no SU Covid e em conjunto com a enfermeira orientadora realizar vários processos de triagem. O método do STM, consiste em identificar a queixa apresentada e seguir o fluxograma de decisão (no total 52 que podem abranger situações clínicas possíveis). Este fluxograma surge baseado num sistema de algoritmos, constituído por cinco níveis de urgência (associados a cores) que refletem as várias condições e classificações de risco, incluindo a explicação dos critérios de aplicabilidade,

facilitando e orientando desta forma o profissional de saúde e determinando o tempo estimado e prioridade para o atendimento inicial (DGS, Norma nº 002/2018).

A triagem de Manchester identifica, perante os sintomas, um critério de prioridade, não estabelecendo diagnósticos clínicos (DGS, Norma nº 002/2018). O Grupo Português de Triagem (2002) considera que o enfermeiro é o profissional de saúde mais indicado na avaliação e classificação dos riscos exibidos pelos doentes que recorrem às urgências, sendo fundamental que as suas ações sejam orientadas por protocolos de avaliação, identificando a gravidade, as prioridades de atendimento e qual a área de tratamento, visando cuidados de saúde seguros e competentes. Durante os processos de triagem que podemos observar, foi possível verificar a complexidade do protocolo, assim como, algumas dificuldades sentidas pela enfermeira orientadora e na equipa de enfermagem no geral, segundo a mesma. Sendo baseado num “algoritmo fechado”, é por vezes difícil eleger qual o fluxograma que mais se adequa à queixa da pessoa. Cabe ao enfermeiro que executa a triagem identificar a queixa que mais se adequa ao protocolo de maneira a poder atribuir uma prioridade correta, sendo que, para este processo mental, é basilar a experiência anterior acumulada pelo profissional, assim como a formação específica nesta área. É preponderante que este procedimento não se cinja apenas ao cumprimento mecânico de um algoritmo informatizado, mas implica, igualmente, uma observação atenta, crítica e discriminativa por parte do enfermeiro, que servirá de base para o seu raciocínio clínico (DGS, Norma nº 002/2018). A oportunidade de participar neste processo, fez-nos compreender que o momento da triagem condiciona todo o atendimento da PSC no SU, sendo crucial para o despiste de situações urgentes ou emergentes que necessitem de atenção rápida e imediata.

De frisar que, comunicação em geral é um aspeto fundamental, mas em emergência assume um papel ainda mais proeminente (INEM, 2019). Desta forma, adotamos uma forma objetiva, clara e eficaz, tendo sempre em mente a necessidade de adequar técnicas de comunicação tendo em conta o público-alvo por forma a ajudar a pessoa em situação crítica, família ou cuidador a reconhecer, adaptar e gerir a complexidade do seu estado de saúde ou a equipa multidisciplinar na receção de indicações, gerindo a comunicação de informações referentes à evolução da situação. Cabe ao EEEMC a gestão e implementação de técnicas e habilidades de comunicação (OE, 2017).

Segundo a Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO, o atendimento inicial do doente com trauma obedece à sequência “ABCDE”, segue o protocolo do doente politraumatizado segundo o Advanced Trauma Life Support (ATLS), que inclui a abordagem ABCDE e a avaliação secundária. Esta metodologia é universalmente aceite e recomendada no nosso país. A abordagem sistematizada e sequencial de avaliação e atuação de prioridades “ABCDE” emerge da identificação de condições potencialmente fatais e o início do tratamento que permita evitar a deterioração clínica (INEM, 2019). Por outro lado, uma abordagem protocolada e uniforme, permite ainda melhorar o trabalho em equipa (INEM, 2019) e adequar a resposta em situação de trauma.

Pelo exposto consideramos que a competência “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação”, foi alcançada com sucesso.

➤ **Competência Específica do EEPSC:**

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

A infeção adquirida em internamento hospitalar e o aumento das resistências bacterianas aos antibióticos são problemas relacionados, cujo agravamento à escala mundial é deveras preocupante para os serviços de saúde, para os profissionais de saúde e para os cidadãos em geral, na perspetiva da preservação da segurança do doente e da saúde das populações (Despacho n.º 3844-A/2016, de 15 março).

De acordo com a IJC (2017), a implementação efetiva, nas instituições hospitalares, das medidas preconizadas como necessárias à promoção e à efetividade de boas práticas na área do controlo de infeção e da gestão do risco/segurança do doente, representa uma condição indispensável para melhorar processos e resultados, minimizar as complicações potencialmente evitáveis, e reduzir a incidência de EA.

A OE (2015b) define as IACS como uma situação clínica resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

Atualmente, sabe-se que o enfermeiro desempenha um importante papel na prevenção e controlo de infeção. Esse facto é amplamente reconhecido e aparece descrito em regulamento pela nossa ordem profissional como uma das competências inerentes aos enfermeiros. Onde se encontra explicito que, atendendo ao elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro EEEMC responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018).

Durante o período de estágio, procuramos ter conhecimento dos principais documentos inerentes à prevenção e controlo de infeções em cada serviço e orientamos a nossa prestação de cuidados pelas diretivas de prevenção e controlo de infeção de caris nacional e institucional. Aplicámos diversas medidas de prevenção de IACS, bem como princípios e técnicas de assepsia, contudo neste relatório iremos dar destaque à prevenção de IACS mais frequentes nas unidades de cuidados intensivos.

Assim, agimos em conformidade com os elementos dinamizadores de projetos que visam a melhoria continua da qualidade, salvaguardando o cumprimento de procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos. Tal como referimos anteriormente no item sobre a produção de cuidados no SMI, os que se encontram em vigor nesta unidade de saúde são, o projeto de intervenção sobre infeção associada ao CVC e ao CV, bem como, a implementação de estratégias do “feixe de intervenções” de prevenção da PAI. Nos cuidados intensivos, o cateterismo urinário representa uma das ferramentas vitais para a monitorização do doente crítico e a sua indicação considera-se geralmente apropriada, assim sendo e de acordo com a Norma 019/2015 (DGS, 2017a), garantimos o cumprimento da técnica asséptica no procedimento. Em contrapartida, no SU, e de acordo com a enfermeira orientadora, por vezes, os CV são utilizados de forma abusiva e inseridos sem indicações apropriadas. Tendo em conta que, a aplicação de estratégias eficazes de prevenção e de controlo das infeções urinárias associadas ao cateter vesical, incluem a redução do número de cateterismo vesical desnecessário (Wooller et al., 2018), preconizam a efetividade de boas práticas, procedendo à avaliação sistemática da possibilidade de evitar ou a necessidade de manter o cateter vesical e removê-lo logo que possível.

Inserida no mesmo contexto, foi prestada atenção à prevenção da PAI, com base na Norma 021/2017 (DGS, 2017b) através da realização de várias intervenções: manter elevação da cabeceira do leito (superior a 30 graus), otimização do tubo endotraqueal (verificação do posicionamento do tubo, mudança do fio de nastro, verificação da pressão do cuff do tubo oro traqueal, antes e depois dos posicionamentos ou mobilizações), troca do circuito apenas quando sujo ou danificado, aspirar a cavidade oral após a higiene oral e previamente à aspiração de secreções brônquicas; utilizar técnica asséptica aquando da aspiração de secreções brônquicas (através do tubo orotraqueal com pressão que não exceda os 150 mmHg negativos e durante 15 segundos). Outra intervenção que tivemos sempre a preocupação de realizar, foi lavar a cavidade oral com clorhexidina a 0,12% a cada quatro horas, utilizando escova de dentes com o mínimo de água, para reduzir o volume de qualquer material aspirado. A higiene oral, uma das intervenções padrão ouro no controle da colonização da cavidade oral, inibe a formação do biofilme, com isso, a invasão das vias aéreas por microrganismos causadores de infeções (Santos, 2020). Quanto à prevenção da infeção associada CVC, o serviço também tem uma bundle, cujas intervenções são baseadas na norma nº022/2015 (DGS, 2015a) da Direção Geral da Saúde, intitulada de “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Assim, adotamos as várias intervenções que constam da bundle, nomeadamente a realização da higiene das mãos antes do manuseamento do CVC, descontaminação das conexões com álcool a 70 graus antes do seu manuseamento, realização do penso utilizando uma técnica asséptica, utilização de máscara e luvas esterilizadas aquando da realização do penso, uso da cloro-hexidina a 2% em álcool na desinfeção da pele e realização do penso sempre que necessário, quer seja quando o penso esteja visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele ou 7 dias, após a sua realização, se penso transparente.

Efetivamente, o GCL-PPCIRA, realiza diariamente, a vigilância de microrganismos, a vigilância de microrganismos-problema (aqueles que causam frequentemente doença e com taxas de resistência epidemiologicamente significativa) e de microrganismos alerta (os que apresentam um padrão de resistência ou suscetibilidade intermédia aos antimicrobianos), pouco habitual ou de baixa prevalência em Portugal. Segundo consta na Norma 004/2013 (DGS, 2015b), esta última categoria de microrganismos, produtores de uma enzima denominada de carbapenemases (KPC), representa, atualmente, uma grande

preocupação pela sua resistência aos antibióticos e conseqüentemente, pela dificuldade em encontrar um tratamento eficaz. Em contexto de SU e SMI, estivemos despertos para a necessidade de pesquisa para *Staphylococcus aureus* multirresistente (MRSA) e KPC, esta é realizada de acordo com o protocolo instituído, a todo o doente vindo de outra instituição de saúde. Neste contexto, torna-se imperativo a implementação de medidas urgentes para a sua contenção, estabelecendo procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão, através da gestão de doentes e das medidas de isolamento.

Numa última análise consideramos que, ao longo de todo este percurso, ficou consolidada esta competência específica do EEPSC, pois foi sempre tido em conta o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica ou falência orgânica, respondendo eficazmente na prevenção e controlo da infeção (OE, 2018, p.19364).

➤ **Competências de Mestre em Enfermagem:**

- 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Na nossa opinião, as competências em questão são indissociáveis das competências que até agora foram alvo de análise e reflexão e que consideramos ter desenvolvido. Pelo que, e perante a fundamentação anteriormente apresentada, concluímos que a quarta e a sétima competências de mestre foram igualmente conseguidas.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio, de cariz profissional, espelha o percurso desenvolvido ao longo do Mestrado em EMCPSC, com especial destaque para a unidade curricular Estágio Final.

Procuramos caminhar para a aquisição e desenvolvimento das competências, quer como EEEPSC, quer como Mestre em Enfermagem, através de uma análise crítica, fundamentada com base na evidência científica e alicerçada na teoria do conforto de Katharine Kolcaba. Efetivamente, quando se prestam cuidados numa perspetiva holística, é requerida a mobilização de conhecimentos e competências para dar a resposta às necessidades da pessoa, para garantir o seu conforto, satisfação e bem-estar, para assegurar um ambiente seguro e a prevenção de complicações e proporcionar uma reabilitação precoce ou um fim de vida digno, ou seja, para procurar continuamente garantir a qualidade nos cuidados de saúde.

Dado o limite cronológico estabelecido para desenvolvimento do estágio e da IPM, prevemos a posteriori, a divulgação e implementação da IT, pelos respetivos elementos do serviço. Contudo, através da inclusão de elementos do GSHT no grupo de trabalho da IPM, procurou-se incentivar a continuidade da mesma.

Foi um percurso que não ocorreu de forma tão linear como esperávamos, foram surgindo entraves, dificuldades que contornámos, de forma a conseguir atingir os objetivos propostos desde o início. O facto de ficar em simultâneo em estágio com outra colega do Mestrado e a orientadora ser a mesma, além de existir a condição de não coincidirem os turnos, foi algo que limitou o cumprimento do cronograma, conseguindo contornar essa dificuldade, implementando estratégias fora do limite do período de estágio. Contudo expressamos a nossa gratidão por nos ter sido disponibilizado um campo de estágio, mesmo com estas particularidades.

Por todas as suas características, foi um projeto no qual foi necessário mobilizar um conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo das unidades curriculares do plano de estudos, permitindo refletir sobre os mesmos em uma vertente prática, um exercício fundamental, tendo em conta que não detínhamos experiência em cuidados intensivos.

Consideramos ter conseguido mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística a problemas reais identificados e a necessidades existentes, atendendo aos descritivos que consideram a atribuição de grau de mestre e dos regulamentos das CCEE e das competências específicas do EEEPSC, necessários para a aquisição de novas competências, pautando pela melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente crítico.

As competências adquiridas ao longo deste percurso, proporcionaram-nos um novo olhar sobre a realidade, permitindo introduzir mudanças baseadas na evidência, no nosso contexto de ação, tais como, continuar a investir na formação pessoal e profissional, bem como sempre que possível, participar em projetos de investigação no serviço onde exercemos funções, com o intuito de aplicar e aumentar os conhecimentos adquiridos em atividades que consideramos relevantes e que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Pensamos assim, ter atingido os objetivos propostos, persistindo a sensação de que o caminho percorrido, apesar das dificuldades, foi extremamente enriquecedor. Ao concluir esta etapa, e ao olhar para trás, podemos referir que todas as oportunidades foram “agarradas” e exploradas ao limite, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e enriquecimento profissional.

REFERÊNCIAS:

- Administração Central dos Serviços de Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa. Acedido em 2 de janeiro de 2022. Retirado de <http://www2.acss.min.saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.
- Alexander, D. (2015). Disaster and emergency planning for preparedness, response, and recovery. *Oxford Research Encyclopedia of Natural Hazard Science*. DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199389407.013.12>.
- Agência Europeia do Ambiente. (2021). Consultado em https://www.eea.europa.eu/pt/pressroom/infografia/poluicao-sonora-na-europa/image/image_view_fullscreen.
- Akansel, N., & Kaymakçi, Ş. (2008). Effects of intensive care unit noise on patients: A study on coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), pp. 1581–1590. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02144.x>.
- Alidosti, M., Delaram, M., Dehgani, L., & Maleki Moghadam, M. (2016). Relationship between self-efficacy and burnout among nurses in Behbahan City, Iran. *Women's Health Bulletin*, 3(4). DOI: <https://doi.org/10.17795/whb-30445>.
- Andrade, L.E., Silva, D. C., Lima, E. A., Oliveira, R. A., Zannin, P. H., & Martins, A. C. (2021). Environmental noise in hospitals: A systematic review. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(16), pp. 19629–19642. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-021-13211-2>.
- Assembleia da República (2006). Lei de Bases da Proteção Civil nº 27/2006. Diário da República, 1.ª série A, nº 126 (3 de julho de 2006). Consultado a 11/04/2022. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/537862>.
- Assembleia da República (2019). Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019. Diário da República, 1ª Série, nº 169 (4 de setembro de 2019), pp. 55-66. Consultada em: <https://www.sipenf.org.pt/lei-de-bases-da-saude-lei-n-o-95-2019-de-4-setembro>.
- Backes, M. T., Erdmann, A. L., & Büscher, A. (2015). The living, dynamic and complex environment care in Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(3), pp. 411–418. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>.
- Barbosa, T. P., Beccaria, L. M., Silva, D. C., & Bastos, A. S. (2018). Associação entre sedação e eventos adversos em pacientes de terapia intensiva. *Acta Paulista De*

Enfermagem, 31(2), pp. 194–200. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800028>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (2ª ed.). Quarteto.

Bennett, C., Dudaryk, R., Crenshaw, N., Edworthy, J., & McNeer, R. (2019). Recommendation of new medical alarms based on audibility, identifiability, and detectability in a randomized, simulation-based study. *Critical Care Medicine*, 47(8), pp. 1050–1057. DOI: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003802>.

Berglund, B., Lindvall, T. & Dietrich (1999). *Guidelines for community noise*. In *Protection of the human environment*. World Health Organization. Retirado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>.

Branco, E. P. & Cruz, I. (2020). Prática de enfermagem baseada em evidências sobre o controle da dor em UTI- Revisão Sistematizada da Literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, 12 (1), p.1. Acedido a 13 de janeiro de 2022 em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=142753728&lang=pt-pt&site=eds-live>.

Busch-Vishniac, I. J., West, J. E., Barnhill, C., Hunter, T., Orellana, D., & Chivukula, R. (2005). Noise levels in Johns Hopkins Hospital. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 118(6), pp. 3629–3645. DOI: <https://doi.org/10.1121/1.2118327>

Çakir, M., Aslan, F. E., & Alhan, H. C. (2016). Determination of Factors that Cause Noise in Intensive Care Unit Environment. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 8(3), pp. 197-203. DOI: <https://doi.org/10.5336/nurses.2015-44340>.

Cardoso, R. B., Souza, P. A., Pereira Caldas, C. P., & Bitencourt, G. R (2020). Nursing diagnoses in hospitalized elderly patients based on Kolcaba's Comfort Theory. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(4). DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20066>.

Carvalho, A. A. S, Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação – Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científica, Lda.

Carvalho, J. I. T. (2018). Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale. Tese de Mestrado. Universidade de Évora. Acedido a 11 de março de 2022 em: <http://hdl.handle.net/10174/23452>.

Ceartil, M. (2016). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Edições Sílabo.

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Crawford, K. J., Barnes, L. A., Peters, T. M., Falk, J., & Gehlbach, B. K. (2018). Identifying determinants of noise in a medical intensive care unit. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 15(12), pp. 810-817. DOI: <https://doi.org/10.1080/15459624.2018.1515491>.
- Darbyshire, J. L., Müller-Trapet, M., Cheer, J., Fazi, F. M., & Young, J. D. (2019). Mapping sources of noise in an intensive care unit. *Anaesthesia*, 74(8), pp. 1018-1025. DOI: <https://doi.org/10.1111/anae.14690>.
- Decreto-Lei nº 183/2008 (2008). Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª Série, nº 171 (4 de setembro de 2008). pp.6225 – 6233. Portugal. Consultado em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/183/2008/09/04/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei nº18/2017 (2017). Diário da República, 1º Série, n.º 30 (10 de fevereiro de 2017). pp. 694 – 720. Portugal. Consultado em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/18/2017/02/10/p/dre/pt/html>.
- Despacho n.º 3844-A/2016 (2016). Diário da República, 2.ª série — n.º 52 (15 de março de 2016). p. 9254. Portugal. Consultado em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3844-a-2016-73865550>.
- Despacho n.º 9390/2021 (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, 2ª Série, nº 187 (24 de setembro de 2021). pp. 96-103. Consultado em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>.
- Direção-Geral da Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Autor. Acedido em 22 de fevereiro de 2022. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Circular normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de março de 2022. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcqco-de-31032010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Acedido em 12 de abril de 2022. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. Norma 015/2013. Acedida a 14 de maio de 2022 em https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf.

- Direção-Geral da Saúde (2015a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma n.º 022/2015 De 16/12/2015. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2015b). Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. Norma 004/2013, atualizada em 13 de novembro de 2015. Acedido em 12 de janeiro de 2022 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042013-de-21022013-jpg.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma n.º 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde (2018). Norma nº 002/2018 de 09/01/2018 – Direção-Geral da Saúde – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Acedido em: <https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Janeiro/i024340.pdf>.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford University Press.
- Eiras, Margarida (2011). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10362/13667>.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Goeren, D., John, S., Meskill, K., Iacono, L., Wahl, S., & Scanlon, K. (2018). Quiet Time: A Noise Reduction Initiative in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 38(4), pp. 38-44. DOI: doi:10.4037/ccn2018219.
- Grupo Português de Triagem. (2002). *Triagem no serviço de urgência: Grupo de triage de Manchester: Manual do formando* (2ª ed.). Lisboa: Author.
- Horsten, S., Reinke, L., Absalom, A. R., & Tulleken, J. E. (2018). Systematic review of the effects of intensive-care-unit noise on sleep of healthy subjects and the critically

ill. *British journal of anaesthesia*, 120(3), pp. 443-452. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.09.006>.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. Departamento de Formação em Emergência Médica. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-SuporteAvan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf> (data da consulta: 01/09/2019).

International Council of Nurses (2010). Scope of Nursing Practice and Decision-Making Framework TOOLKIT. Genebra: Autor. Retirado de: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2010_ICN%20Scope%20of%20Nursing%20and%20Decision%20making%20Toolkit_eng.pdf.

International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.

Joint Commission International (2017). Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 6ª edição. Consultado em: [https://store.jointcommissioninternational.org/jci--accreditation-standard-for-hospitals-6th-edition/?ref=JCIPR/#googtrans\(pt\)](https://store.jointcommissioninternational.org/jci--accreditation-standard-for-hospitals-6th-edition/?ref=JCIPR/#googtrans(pt)).

Jung, S., Kim, J., Lee, J., Rhee, C., Na, S., & Yoon, J. (2020). Assessment of Noise Exposure and Its Characteristics in the Intensive Care Unit of a Tertiary Hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134670>

Kodolitsch, Y. V., Bernhardt, A. M., Robinson, P. N., Kölbl, T., Reichensperner, H., Debus, S. & Detter, C. (2015). Análise de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças como ferramenta para traduzir evidências em estratégias médicas individualizadas. *Aorta*. 03(03), pp. 98-107
DOI: 10.12945/j.aorta.2015.14.064.

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

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care*. Springer.

Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006). Comfort Theory, a unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), pp. 538-544. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>.

Kolcaba K. (2022) A linha conforto: um site dedicado ao conceito de conforto em enfermagem. Disponível em: www.comfortline.com.

LeBoterf, Guy (2002) – *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 2ª ed. Editora Artemed, São Paulo, Brasil.

- Loke, A. Y., & Fung, O. W. (2014). Nurse's competencies in disaster nursing: implications for curriculum development and public health. *International journal of environmental research and public health*, 11(3), pp. 3289–3303. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph110303289>,
- López-Alfaro, M. P., Echarte-Nuin I., Fernández-Sangil P., Moyano-Berardo, B. M. & Goni-Viguria, R. (2019). Percepción del dolor de los pacientes pos-quirúrgicos en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermagem Intensiva*. 30(3): pp.99-107.
- Martins, M. A. I. (2019). Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva: Prática Baseada em Evidências (Relatório de Estágio). Instituto Politécnico de Setúbal. Consultado em: <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4916>.
- Menegueti, M. G., Araújo, T. R., Nogueira, T. A., Gulin, F. S., & Laus, A. M. (2017). Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa. *Ciência y Enfermería*. XXIII. 23 (2), pp. 69-79. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000200069>.
- Mineiro, T. R. R. (2016). A Promoção do Conforto da Pessoa em Situação Crítica: A intervenção especializada do enfermeiro no controlo do ruído (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.26/1751>.
- Ministério da Administração Interna (2013). Decreto-lei n.º 72/2013. Diário da República, 1.ª série, n.º 105, pp. 3190-3199. Acedido em 2 de fevereiro de 2019. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/05/10500/0319003199.pdf>.
- Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto de 2014. Níveis de Responsabilidade e Localização. Diário da República, 2ª série, n.º 153. Portugal, pp. 20673-20678. Consultado em: https://dre.pt/pesquisa//search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn.
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª Série, n.º 157 (16 de agosto de 2018), pp. 4147 -4182. Acedido a 3 de fevereiro de 2021 em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.
- Ministério da Saúde (2013). Despacho n.º 4320/2013- Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Diário da República, 2ª Série, n.º 59 (25 de março de 2013), pp.1-459. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2015/08/27/avaliacao-da-situacao-nacional-das-unidades-de-cuidados-intensivos/>.
- Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2.ª Série, n.º 102 (27 de maio de 2015), pp. 13550 -13553. Consultado em:

https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Desp_5613_2015.pdf.

Ministério da Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação – Medicina Intensiva. Lisboa: República Portuguesa. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>.

Ministério da Saúde (2021). Serviço Nacional de Saúde. Obtido de Unidade Local de Saúde, EPE. Beja. Consultado a 10 de março de 2021 em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/ulsba-epe/>.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). Decreto-Lei n.º 182/2006. Diário da República, 1ª Série, nº 172 (6 de setembro de 2006), pp. 6584 – 6593. Retirado de: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/182/2006/09/06/p/dre/pt/html>.

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *British Medical Journal*, 8(8), pp.1–10. DOI: doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202.

Nwaukwa, S., Nwaukwa, S., & Satyshur, R. (2021). Implementation and evaluation of a patient handoff tool to improve nurse to nurse communication. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(3). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.01.029>.

Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Lusociência.

Nunes, L. (2013a). Competências morais dos profissionais de Enfermagem - «CINCO ESTRELAS» REVISITADAS. VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal. pp. 1-14. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.26/4804>.

Nunes, L. (2013b). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Acedido em 20 de setembro de 2021. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.

Nunes, L. (2016). *Ética em Enfermagem - Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro*. *Revista Servir*. 59 (2), pp. 7-17.

Oliveira, C. S. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), pp. 1-8. Consultado em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE17_Artigo1_2_8%281%29.pdf.

Oliveira, K. K. D., Freitas, R. J. M., Araujo, J. L., & Gomes, J. G. N. (2020). Nursing Now and the role of nursing in the context of pandemic and current work. *Rev Gaucha Enferm*, 42(spe). DOI:10.1590/1983-1447.2021.20200120.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de novembro de 2019. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados>. Pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Do caminho percorrido e das propostas: Análise do primeiro mandato – 1999- 2003. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa. Acedido em 22 de fevereiro de 2022. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2.ª Série, n.º 79 (23 de abril de 2015), pp. 10087 - 10090. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª Série, n.º 123 (26 de junho de 2015), pp. 17240-17243. Acedido em: 10 de novembro de 2019. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). Estatuto da OE e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Parecer nº 09/2017. Mesa do Colégio da Especialidade Médico-cirúrgica. Consultado a 10 de janeiro de 2022 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º 135 (16 de julho de 2018), pp.19359-193370. Acedido em 10 de janeiro de 2022. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª Série. n.º 26, pp. 8648-8653. Acedido em 14 de janeiro de 2022. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. França: World Health Organization. Retirado de: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
- Organização Mundial da Saúde (2019). Patient Safety – Global action on patient safety. Organização Mundial da Saúde. Acedido em 7 de maio de 2022. Retirado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.
- Organização Mundial da Saúde (2020). WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. Organização Mundial da Saúde. Acedido a 21 de abril de 2020. Retirado de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. D., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. D. A. L. M. D., Vattimo, M. D. F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M. D., Cruz, V. F., & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): Diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), pp. 229–233. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234200500020>.
- Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Formasau. Coimbra.
- Pereira, M. R. C. (2017). Gestão do ambiente no cuidado à pessoa em situação crítica: uma intervenção de enfermagem especializada. (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Consultado em <http://hdl.handle.net/10400.26/22154>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pinto & Hilário (2019). Doentes internados na UCIP ano de 2019. Trabalho não publicado.
- Pires, S. A. R. (2016). Exposição Ocupacional ao Ruído em Unidades de Cuidados Intensivos numa Unidade Hospitalar da Grande Lisboa (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Consultado a 15 de maio de 2022 em: <http://hdl.handle.net/10400.5/12879>.
- Pope, D. (2010). Decibel levels and noise generators on four medical/surgical nursing units. *Journal of Clinical Nursing*. 19, pp. 2463–2470.
- Regulamento n.º 743/2019 (2019). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª Série, n.º 184 (25 de setembro de 2019), pp. 128-155. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf.

- Ruívo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos* (15). pp. 1-37. Acedido em 13 de janeiro de 2020. Retirado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Santos, J. & Miguel, A. S. (2012). Níveis Sonoros em Ambiente Hospitalar – O Caso das Unidades de Cuidados Intensivos. Sociedade Portuguesa de Segurança e Higiene Ocupacionais. Consultado a 4 de fevereiro de 2022 em: <http://hdl.handle.net/10400.22/7504>.
- Santos A. P. L. & Ferrão S. A. S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica: Revisão da Literatura. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pp.1-34.
- Santos, C., Nascimento, E. R., Hermida, P. M., Silva, T. G., Galetto, S. G., Silva, N. J., & Salum, N. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva Na Emergência Hospitalar. *Escola Anna Nery*, 24(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0300>.
- Silva, N. M. J. & Nunes, M. M. J. C. (2014). *Ruído hospitalar: implicações no bem-estar do doente* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.19/2060>.
- Souza, J. B., & Barros, C. M. (2020). Considerations about the new concept of pain. *Brazilian Journal of Pain*, 3(3). DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200190>.
- Terzi, B., Azizoğlu, F., Polat, Ş, Kaya, N., & Işsever, H. (2019). The effects of noise levels on nurses in intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 24(5), pp. 299-305. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12414>.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lusociência.
- Vilelas, J. (2017-). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.
- Wooller, K. R., Backman, C., Gupta, S., Jennings, A., Hasimja-Saraqini, D. & Forster, A. J. (2018). A pre and post intervention study to reduce unnecessary urinary catheter use on general internal medicine wards of a large Academic Health Science Center. *BMC Health Services Research*, 18(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3421-2>.

Apêndices

Apêndice A. Resumo Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



4º MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESTÁGIO FINAL

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Serviço de Medicina Intensiva

Docente Orientador:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Orientador Clínico:

Enfermeira Especialista Paula Cabrita

Discente:

Idália Marcelo | nº 1668

Julho

2021

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

Neste domínio é esperado que o enfermeiro desenvolva uma prática profissional “agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” na área da especialidade (A1) e garanta práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

Desta forma as atividades propostas assentam em:

- Mobilizar conhecimentos da unidade curricular do 1º semestre: Ética, Epistemologia e Direito em Enfermagem;
- Consultar, sempre que necessário os documentos orientadores do exercício da enfermagem, nomeadamente: REPE e DP, integrada no estatuto da OE, no sentido de esclarecer e sedimentar conceitos;
- Realizar a consulta de normas e procedimentos vigentes no SMI e atuar de acordo com os mesmos;
- Mobilizar conhecimentos éticos e deontológicos nas tomadas de decisão relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias privilegiando o seu envolvimento, e na relação com a equipa multidisciplinar;
- Suscitar a reflexão com a enfermeira orientadora (EO), sobre os processos e os resultados das tomadas de decisão por parte da equipa, nas situações de maior complexidade ética;
- Promover a proteção dos direitos humanos dos doentes e dos restantes elementos envolvidos no processo de prestação de cuidados, respeitando nomeadamente o direito no acesso à informação, à confidencialidade, à privacidade e à autodeterminação, bem como o respeito pelos seus valores, costumes e crenças.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade é esperado que o enfermeiro tenha, um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas

institucionais na área da governação clínica (B1). Adicionalmente conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (B2).

Assim, as atividades propostas tendo por base estes primeiros pontos do domínio são:

- Realização de colheita de informação, a um dos elementos do Gabinete da Qualidade da ULSBA, através do telefone, no sentido de perceber quais os programas de melhoria contínua da qualidade em prática no SMI e identificar normas, procedimentos e indicadores relevantes para a prática de cuidados de qualidade;
- Realização de colheita de informação, junto da enfermeira orientadora (EO) e do enfermeiro chefe, após solicitar reunião, no sentido de confirmar os programas já implementados e dar resposta a questões como:
 - Quais as mudanças produzidas por esses projetos?
 - Já existe em curso algum projeto ao qual possa dar continuidade?
 - A minha EO participa em algum projeto de melhoria da qualidade?
- Identificar potenciais domínios que poderão ser alvo de projetos de melhoria da qualidade, no contexto do EC, junto do enfermeiro chefe, da EO e dos restantes elementos da equipa;
- Colaborar com a equipa de enfermagem na dinamização de projetos em curso no SMI;
- Divulgar de forma informal junto à equipa de enfermagem, experiências e outros projetos de melhoria contínua da qualidade dos quais seja conhecedora e que se possam enquadrar no contexto do SMI.
- Elaborar um projeto de intervenção para melhoria da qualidade;

Tendo em conta que o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, espera-se que garanta um ambiente terapêutico e seguro (B3) apresento então as seguintes propostas:

- Reconhecimento do espaço físico do SMI com a EO;
- Consultar o Guia de integração do SMI (se existir);
- Conhecer as principais características e recursos da área clínica de prestação de cuidados ao doente e à família existentes no SMI;
- Aplicar os princípios relevantes para garantir a segurança na administração de substâncias terapêuticas. Elaborar a “ficha terapêutica” dos fármacos mais usuais e procurar familiarizar-me com os restantes;

- Compreender os princípios de funcionamento dos materiais e equipamentos terapêuticos existentes no SMI, através da consulta dos manuais de utilização e do esclarecimento de dúvidas com a EO e os restantes elementos da equipa, procurando deter conhecimento dos principais riscos associados ao manuseamento e utilização dos mesmos na prestação de cuidados;
- Observação da EO e dos restantes elementos da equipa multidisciplinar, na promoção de um ambiente gerador de segurança e proteção para o doente, família e equipa;
- Incentivar os pares e a restante equipa, a adotar medidas de gestão dos riscos inerentes à prestação de cuidados ao doente e à sua família, nomeadamente na redução do nível de ruído;
- Analisar a intervenção dos enfermeiros especialistas, enquanto orientadores da restante equipa, na adoção de medidas de gestão do risco;
- Criação de condições geradoras de um ambiente seguro e protetor, atendendo nomeadamente às necessidades, culturais e espirituais do doente e da sua família mobilizando pressupostos e proposições da Teoria do Conforto de Kolcaba;
- Coordenar, junto com a EO a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste Domínio procura-se gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

As Atividades propostas neste Domínio passam por:

- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados;
- Adotar uma intervenção ativa na tomada de decisões da equipa multidisciplinar acerca do doente crítico, acrescentando informações relevantes e justificando o seu ponto de vista, através de um raciocínio fundamentado na evidência científica;

- Apreciação do estilo de liderança adotado pela EO, pelo enfermeiro chefe e por alguns dos enfermeiros especialistas;
- Identificar as principais dificuldades associadas ao processo de liderança e gestão do SMI, dos cuidados e das tarefas delegadas, verbalizadas pela EO, nomeadamente num turno em que esta desempenhe a função de chefe de equipa;
- Analisar as estratégias utilizadas pela enfermeira EO, para ultrapassar as dificuldades sentidas no processo de liderança e gestão;
- Reconhecer, gerir e aplicar de forma adequada os recursos físicos e humanos, na tentativa de garantir eficácia e eficiência da intervenção da equipa, de acordo com as necessidades identificadas no processo de prestação de cuidados;
- Analisar o processo de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação, ao nível processual e estrutural.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Por último o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais assenta em dois pressupostos. Sendo o primeiro desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (D1) e o segundo basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

De acordo com o primeiro pressuposto apresento as seguintes propostas:

- Refletir em conjunto com a EO sobre o meu desempenho ao longo do ensino clínico, aceitando a crítica como oportunidade de crescimento;
- Identificar e reconhecer os recursos e os limites pessoais e profissionais;
- Otimizar o autoconhecimento, refletindo sobre o meu comportamento, atitudes pessoais, medos e dificuldades sentidas no estabelecimento de relações terapêuticas com os doentes e com as suas famílias e na interação com a equipa multidisciplinar;
- Utilizar a estratégia de comunicação, escuta ativa, como estratégia de resolução de conflitos;
- Gerir de forma adequada sentimentos e emoções conducente a uma intervenção eficaz, em situações de maior pressão.

De acordo com o segundo pressuposto apresento as seguintes propostas:

- Identificar possíveis lacunas no conhecimento, que comprometam a prestação de cuidados aos doentes/família no SMI;
- Realizar pesquisa bibliográfica, na procura de conteúdos relevantes na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos e/ou junto da EO e da equipa de enfermagem do SMI, de forma a reverter as lacunas identificadas. Ressalvo em particular os cuidados na pessoa com suporte ventilatório invasivo, nas técnicas de substituição renal (TSR) e dos processos fisiopatológicos mais complexos presentes nos doentes internados no SMI;
- Partilhar de maneira informal os conhecimentos decorrentes da pesquisa, com os enfermeiros da equipa;
- Observar o modo como a EO e os restantes especialistas intervêm, enquanto dinamizadores da incorporação de novos conhecimentos na prática clínica;
- Identificar necessidades formativas através da observação direta e colaborar com a EO na formação oportuna em contexto clínico, caso surja essa oportunidade.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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

Atividades a desenvolver:

- Proceder a uma avaliação diagnóstica precoce dos focos de instabilidade na pessoa em situação crítica, particularmente na pessoa com VMI e submetida a TSR;
- Compreender o funcionamento dos materiais e equipamentos técnicos disponíveis no SMI, utilizados para a prestação de cuidados, com vista a uma

maior autonomia. Destaco a utilização dos ventiladores “Servo-i” e os aparelhos que permitem a realização de TSR, “Primaflex”;

- Demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma (transporte de doentes politraumatizados para realização de TAC);
- Implementar protocolos terapêuticos complexos e identificar e corrigir atempada as complicações resultantes, assim como monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados;
- Demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedoanalgesia;
- Garantir a avaliação contínua da dor através de uma escala adequada (escala numérica/qualitativa no doente consciente e que conseguem quantificar a dor e a escala BPS (Behavioral Pain Scale) nos doentes sedados) e promover o seu registo sistemático;
- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados especializados ao doente/família;
- Promover a relação de ajuda, no processo de cuidados à pessoa em situação crítica, visando a gestão de ansiedades e medos vividos pelo doente/família;
- Elaborar registos com base na metodologia de estudo de caso, das situações de maior complexidade vivenciadas, de modo a realizar uma análise e reflexão no final do ensino clínico e facilitar a realização do relatório de estágio;
- Realizar registos em texto livre no processo do doente, utilizando o sistema de registo em vigor no SMI (Metavision) de acordo com a metodologia ABCDE.

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

Atividades a desenvolver:

- Rever o plano de catástrofes externas da ULS
- Reflexão com a EO sobre a intervenção do SMI, enquanto unidade integrada numa unidade de saúde, em situações de catástrofe já ocorridas;
- Proceder a pesquisa bibliográfica sobre a elaboração de planos de emergência nas unidades de saúde;

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

Atividades a desenvolver:

- Proceder à consulta de normas e protocolos do GCL- PPCIRA do Hospital desta unidade de saúde;
- Observação das práticas empreendidas pela EO, por alguns dos restantes especialistas e pelos demais elementos da equipa multidisciplinar, atendendo à prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, particularmente àquela que necessita de VMI;
- Participar com a EO em atividades que envolvam monitorização e avaliação de medidas de prevenção e controlo de infeção, atualização das mesmas e apresentação das alterações à equipa se surgir oportunidade;
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e aos restantes doentes, cumprindo e fazendo cumprir as medidas de prevenção e controlo de infeção emanadas a nível nacional e da própria instituição particularmente em contexto de cuidados intensivos.

2.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo o Artigo 15.º, do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 13, com republicação recente no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, para obtenção do grau de mestre são necessários os seguintes pressupostos:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

- b) 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;
- c) 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;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades serem desdobradas em áreas de especialização” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino, 2018, p. 4162).

Com base nos pressupostos supracitados, no Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem, são definidos os objetivos de aprendizagem que o Mestre em Enfermagem deve deter, nomeadamente:

- “1 Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

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

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

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

Relevamos que no Estágio Final, para além das competências clínicas, são consideradas as competências de investigação, que impulsionam a aquisição dos requisitos necessários para a obtenção de mestre, com a elaboração de um artigo científico, cujo tema é baseado numa problemática/necessidade identificada no serviço e em pesquisa bibliográfica. Neste caso, enquadrado na temática, controlo do ruído em contexto dos cuidados intensivos e o desenvolvimento de um projeto de intervenção dentro da mesma área.

Considerando a articulação entre as unidades curriculares, a avaliação deste plano de desenvolvimento de competências terá lugar no Relatório de Mestrado, onde será apresentada a análise e reflexão sobre as atividades realizadas e competências desenvolvidas.

Apêndice B. Resumo do artigo científico - O ruído no contexto dos cuidados intensivos: contributo para a segurança e qualidade dos cuidados - estudo descritivo

RUÍDO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS INTENSIVOS: CONTRIBUTO PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS - ESTUDO DESCRITIVO

NOISE IN THE CONTEXT OF INTENSIVE CARE: CONTRIBUTION TO SAFETY AND QUALITY OF CARE - DESCRIPTIVE STUDY

AUTORES

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo – Enfermeira. Unidade Local do Baixo Alentejo - EPE. Mestranda em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica. Instituto Politécnico de Beja. Portugal. Idmarcelo75@gmail.com

Maria Dulce dos Santos Santiago – PhD. Professora Adjunta. Departamento de Saúde. Instituto Politécnico de Beja. Portugal. dulce.santiago@ipbeja.pt

RESUMO

Introdução: O ruído excessivo em hospitais afeta negativamente o sono e a recuperação dos doentes, causa stress e fadiga na equipa e dificulta a comunicação. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1999 para ruído comunitário recomenda um máximo de 35 dBA, durante a noite e 40 dBA durante o dia para ambientes hospitalares.

O aumento da complexidade tecnológica, informação e conseqüente aumento da complexidade dos cuidados de saúde tornou imperativo trabalhar a cultura de segurança do doente por forma implementar ações preventivas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Objetivo/s: O objetivo geral é avaliar o nível de ruído, a que estão expostos enfermeiros de uma UCI, durante aproximadamente 48 horas. Numa primeira fase avaliamos o nível de ruído com um sonómetro e numa outra, caracterizamos a perceção individual, através da aplicação de um questionário

Métodos: Este é um estudo quantitativo, com uma abordagem observacional descritiva, transversal e método de amostragem não probabilística.

Resultados: Os valores observados no que diz respeito à intensidade média diária de ruído, avaliada neste estudo, foram de aproximadamente 55 dBA para os períodos diurnos e 50 dBA para os períodos noturnos, com valores máximos de pico de 83,7 dBA, valores superiores aos recomendados pelas organizações internacionais. Por outro lado, os profissionais de saúde têm perceção da presença de ruído nos seus locais de trabalho.

Conclusão: Posto os resultados obtidos, embora as diretrizes da OMS e da EPA dos EUA sejam provavelmente inalcançáveis em qualquer área de cuidados intensivos de um hospital, consideramos que a redução de alguns desses níveis elevados deve ser possível, após

identificar e localizar as fontes primárias de ruído e definir medidas de prevenção e controlo, de maneira a minimizar ou eliminar a emissão de ruído.

Palavras-chaves: Unidade de cuidados intensivos; enfermagem; ruído

ABSTRACT

Introduction: Excessive noise in hospitals negatively affects patients' sleep and recovery, causes stress and fatigue in the team and makes communication difficult. The 1999 World Health Organization (WHO) guidelines for community noise recommend a maximum of 35 dBA at night and 40 dBA during the day for hospital environments.

The increasing technological complexity, new information and consequent increase of health care complexity, made it imperative to work on the patient's safety culture in order to implement preventive actions and improve the quality of the care provided.

Methods: This is a quantitative study, with a descriptive, cross-sectional observational approach and a non-probabilistic sampling method.

Objective/s: The general objective is to assess the level of noise to which nurses in an ICU are exposed for approximately 48 hours. In a first phase we will evaluate the noise level with a sound level meter and in another, characterized the individual perception, through the application of a questionnaire.

Results: The values observed with regard to the mean daily noise intensity, evaluated in this study, were approximately 55 dBA for daytime periods and 50 dBA for nighttime periods, with maximum peak values of 83.7 dBA, higher values recommended by international organizations. On the other hand, health professionals are aware of the presence of noise in their workplaces.

Conclusions: Given the results obtained, although WHO and US EPA guidelines are likely to be unachievable in any critical care area of a hospital, we consider that reducing some of these elevated levels should be possible after identifying and locating primary sources and define prevention and control measures in order to minimize or eliminate the emission of noise.

Keywords: **Intensive care unit; nursing; noise**

Apêndice C. Análise SWOT

		Fatores internos			
		Forças		Fraquezas	
Fatores Positivos		<p>Identificada como uma necessidade do serviço pela enf. supervisora e por outros elementos da equipa de enfermagem</p> <p>Uma equipa de enfermagem com alguns elementos jovens, com abertura para a implementação de mudanças na prática e para participar em novos projetos.</p> <p>Elevada percentagem de enfermeiros especialistas</p> <p>Garantir a segurança e melhoria da qualidade dos cuidados dos doentes internados no SMI</p>		<p>Desmotivação da equipa devido à sobrecarga de trabalho;</p> <p>Não consideram um problema prioritário/potencial desinteresse na área temática</p> <p>Escassez de tempo para aplicar e desenvolver o trabalho projetado</p> <p>Especificidades/complexidade do SMI</p> <p>Período de estágio a decorrer na altura das remodelações para a construção da nova UCI no 1º piso, o que implica maior exigência para a capacidade de adaptação aos diferentes espaços físicos e recursos disponíveis</p>	Fatores Negativos
		Oportunidades		Ameaças	
		<p>Apoio do Gabinete de Segurança e Higiene no trabalho</p> <p>Evidência científica que corrobora a pertinência da temática</p> <p>Melhoria da qualidade dos cuidados/Padrões de Qualidade</p>		<p>Mudanças a nível da administração hospitalar, reestruturação organizacional</p> <p>Dependência de elementos da estrutura orgânica para obtenção de aprovações</p>	
		Fatores externos			

Apêndice D. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE¹

Quem pede consentimento:

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo (cédula profissional n.º 10786)

Assinatura _____ Data __/__/__

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

- Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas.
- Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste projeto de intervenção, sem qualquer tipo de justificação.
- Aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto de intervenção e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome do participante (nome completo legível):

Assinatura _____ Data __/__/__

endereço eletrónico – idmarcelo75@gmail.com

¹Elaborado com base na Norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde

Apêndice E. Questionário de caracterização sociodemográfica e pertinência
da temática

Cara/o Colega:

No âmbito do 4º Mestrado em Associação - Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, lecionado no Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção subordinado ao tema “Controlo do ruído em contexto dos cuidados intensivos: contributo para a segurança e qualidade dos cuidados” sobre a orientação de Sra. Professora Doutora Dulce Santiago. Neste sentido solicito a vossa colaboração no preenchimento do seguinte questionário. Este é dirigido à população-alvo em estudo, encontrando-se dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica, aferição de conhecimentos da equipa relativamente à temática, bem como o interesse da mesma na aplicação à prática clínica e por último, qual a sua perceção do nível de ruído.

Consideramos que este projeto se reveste de importância ao refletir sobre a influência do ruído hospitalar no bem-estar, segurança e qualidade dos cuidados do doente hospitalizado, revertendo-se em benefícios por contribuir para gerar conhecimentos nesta matéria e pela possibilidade de propor estratégias para moderar o ruído hospitalar, recomendando propostas e sugestões com implicação para a prática.

Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos e o seu uso restringe-se ao contexto académico e de investigação associado a este projeto de intervenção profissional. Saliencia-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto.

Os resultados obtidos com a elaboração deste projeto serão colocados à disposição, caso se coadunem com o interesse do serviço.

Sem mais assuntos de momento, grata pela atenção e disponibilidade.
Atenciosamente.

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo

Não hesite em solicitar informações adicionais se não estiver completamente esclarecido.

Endereço de Correio Eletrónico: idalia.marcelo@ulsba.min-saude.pt

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário nº _____

INTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Caracterização Sociodemográfica

1 – Idade: _____ anos

2 – Género:

Masculino

Feminino

Caracterização Académica e Profissional

3 – Grau académico:

Bacharelato

Licenciatura

Especialidade. Qual? _____

Mestrado. Qual? _____

Doutoramento. Qual? _____

5 – Experiência profissional: _____ anos

6 – Experiência profissional em Cuidados Intensivos: _____ anos

7 – Já recebeu formação sobre o tema em questão?

Sim

Não

8 – Na sua opinião são importantes os programas de sensibilização direcionados à equipa de enfermagem para minorar o ruído?

Sim

Não

9 – Como considera o nível de ruído nesta unidade?

Nível de Ruído	Muito Alto	Alto	Suportável	Baixo	Muito Baixo

Muito obrigada!

**Apêndice F. Resultados do Questionário de Caracterização Sociodemográfica e
avaliação da pertinência da temática**

Resultados do Questionário de Caracterização Sociodemográfica
e avaliação da pertinência da temática

➤ **Experiência profissional/ Experiência profissional em Cuidados Intensivos**

Tabela 1. Caracterização quanto ao tempo de exercício Profissional e em Cuidados Intensivos

		N	Porcentagem %
Tempo exercício profissional	≤ 5 anos	3	14,29 %
	>5 anos - ≤10 anos	2	9,52 %
	> 10 anos - ≤ 20 anos	11	52,38 %
	> 20 anos	5	23,81 %
Tempo de exercício profissional em cuidados intensivos	≤ 5 anos	8	38,09 %
	>5 anos - ≤10 anos	4	19,05 %
	> 10 anos - ≤ 20 anos	7	33,33 %
	> 20 anos	2	9,52 %

➤ **Caracterização Acadêmica e profissional**

Tabela 2. Caracterização quanto ao grau acadêmico

		N	Porcentagem %
Grau acadêmico	Bacharelato	1	4,76 %
	Licenciatura	20	95,24 %
	Especialidade ER	2	9,52 %
	Especialidade EMC	5	23,81 %
	Especialidade ESCP	1	4,76 %
	Mestrado ER	3	14,28 %
	Mestrado PSC	2	9,52 %
	Mestrado Psicologia da Saúde	1	4,76 %
	Mestrado em Viabilidade Tecidual	1	4,76 %

ER- Enfermagem em Reabilitação ESCP-Enfermagem em Saúde Comunitária e Pública

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

➤ Caracterização Sociodemográfica

Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros

		N	Percentagem %
Faixa etária	> 25 anos - ≤30 anos	3	14,28%
	> 30 anos - ≤ 35 anos	4	19,05%
	>35 anos- ≤ 40 anos	9	42,86%
	> 40 anos	5	23,81%
Gênero	Masculino	13	61,9%
	Feminino	8	38,1%
		N=21	100%

Gráfico 5. Distribuição dos enfermeiros especialistas por área de especialização



Gráfico 4. Experiência profissional dos enfermeiros em UCI

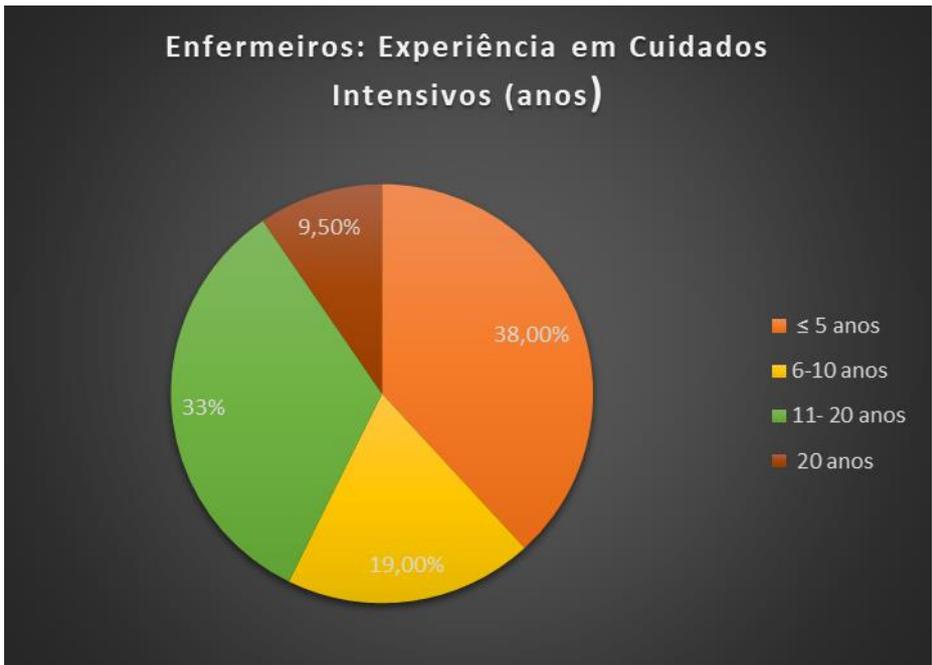


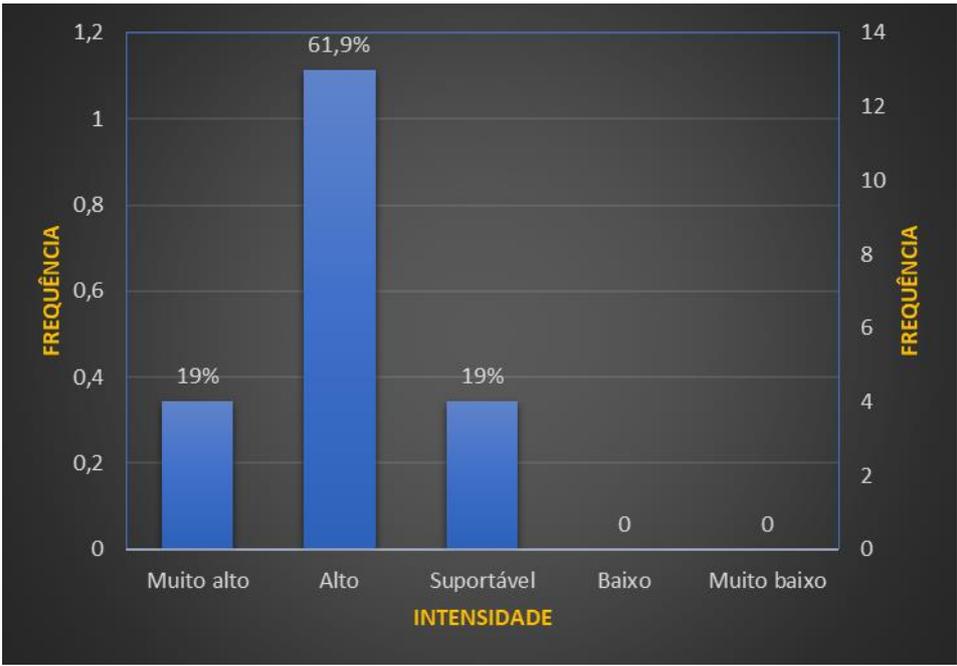
Gráfico 3. Formação na área do tema em estudo



➤ Percepção dos enfermeiros acerca do ruído

	N	PERCENTAGEM %
MUITO ALTO	4	19 %
ALTO	13	61,9 %
SUPORTÁVEL	4	19 %
BAIXO	0	0 %
MUITO BAIXO	0	0 %

Gráfico 2. Percepção dos enfermeiros acerca do ruído



APÊNDICE G. Plano da Sessão Formativa – “Comunicação Eficaz na Transição dos Cuidados de Saúde”

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Serviço: Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

Tema – Comunicação Eficaz na transição dos Cuidados de Saúde

Formadora: Idália Marcelo (Aluna do 4º Mestrado em EMC-PSC)

Duração: 40 minutos

Divulgada: dia 15 de março no grupo de enfermeiros online

Orientador: Enfermeira Especialista
Sílvia Raposo

Destinatários: Enfermeiros do SUMC

Objetivo geral: Uniformizar padrões comunicacionais entre os enfermeiros na transição de cuidados na transferência de doentes entre serviços

Objetivos específicos:

- Transmitir aos enfermeiros do SUG conhecimentos teóricos sobre uma comunicação eficaz na transição de cuidados;
- Identificar a estrutura da mnemónica ISBAR

CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS DE ENSINO	RECURSOS	PRELETOR	DURAÇÃO
<p>Apresentação</p> <p>Relembrar o porque do trabalho</p> <p>Objetivos</p>	Expositivo	Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show com áudio	Idália Marcelo	6 minutos
<p>Contextualização da temática;</p> <p>Definição de conceitos base de acordo com o PR: 346.0 de 2018 e pesquisa bibliográfica;</p> <p>Barreiras à comunicação eficaz;</p> <p>Fatores que impedem uma comunicação eficaz no SU;</p> <p>Importância da avaliação da prática para implementar mudanças;</p>	Expositivo	Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show com áudio	Idália Marcelo	20 minutos
		Gravação em vídeo com recurso		

Explicação da metodologia ISBAR.		ao programa editor de vídeo no computador	Idália	9 minutos
	Expositivo	Representação (caso clínico) Gravação com telemóvel		
	Divulgação do memorando para ser afixado na SE, no SO e no balcão, após aprovação pela instituição	Impressão em papel A3 e plastificação	Idália	2 minutos
Síntese dos aspetos considerados mais relevantes	expositivo		Idália	3 minutos
Sugestões e esclarecimento de dúvidas	Facultar o endereço de email no final da sessão			
Avaliação da sessão	Aplicação do questionário de avaliação individual da sessão através do Google Form	Questionário de avaliação da sessão - link		

APÊNDICE H. Apresentação da formação – “Comunicação Eficaz na Transição dos Cuidados de Saúde”



Sumário:

Situação/ problema identificado

Objetivos

Contextualização

Conceitos

Dados com base na evidência

Intervenções propostas



Qual a problemática identificada?

Desconhecimento pela maioria dos elementos da equipa do PR:346.0

Pelo contexto pandémico atualmente vivenciado, apesar desta temática fazer parte do plano de formação anual da instituição/do SUG não tem sido realizada formação

Observação dos pares.

Não é utilizada uma abordagem padronizada/estruturada na transição de cuidados dos doentes, na transferência entre serviços.

Esta é feita de forma informal, com vários estilos de abordagem, normalmente de forma sucinta, com potenciais omissões, erros e lacunas, sem haver priorização das intervenções, podendo por em causa a segurança do doente.

NÃO HÁ UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Apesar de ser um tema já debatido e trabalhado, este mantém-se como foco de atenção pois os erros/falhas de comunicação que ocorrem no momento de transição de cuidados são um problema real e devidamente documentado na diversa bibliografia disponível.



Objetivos:

Objetivo geral:

- Contribuir para o incremento de uma comunicação eficaz na transição de cuidados dos doentes, entre serviços, recorrendo à metodologia ISBAR

Objetivos específicos:

- Enunciar à equipa de enfermagem do SU o procedimento de Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde (PR. 346, 2018) a implementar na ULSBA, EPE
 - Implementar o uso da técnica ISBAR na transição de cuidados dos doentes, na transferência entre serviços
- 



Contextualização

- The Joint Commission International Center for Patient Safety (2005)

No topo da lista de eventos reportados à Joint Commission in the United States of America está a comunicação ineficaz durante a transferência de cuidados.



60% dos eventos adversos em saúde estão relacionados com a comunicação, podendo resultar em morte ou perda permanente da função.

(Muller et al 2018; Kerr et al 2016)

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo, "melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS".

Assim, recorre a objetivos estratégicos, sendo um deles :

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. **Aumentar a segurança da comunicação.**
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

EPE, 1 2018/ 13 543

 COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	PR.346.0	
	REVISÃO	FOLHA
	Nº 00	1/7
Mês/Ano 0000		



Transição de cuidados de saúde

“Qualquer momento de prestação de cuidados em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre os profissionais de saúde” (...) “são momentos vulneráveis para a segurança do doente, dado que envolvem um maior risco de erro na transferência de informação”(ULSBA-EPE, PR. 346.0, p.3, 2018).



Transição de cuidados seguros

A transição de cuidados seguros baseia-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas de prestadores de cuidados, as quais têm como dever, assegurar uma comunicação atempada e precisa das informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação (ULSBA-EPE, PR. 346.0, 2018).



Segurança do doente

Redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (DGS, 2017)

Cultura de Segurança

Em 2004 a Organização Mundial de Saúde lançou o projeto World Alliance for Patient Safety

A cultura de segurança é definida como os “valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento para, e o estilo e proficiência de, gestão de saúde e segurança de uma organização ” Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2014, citado por Stewart K. R. 2016)



A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde caracteriza-se por ser oportuna, precisa, atempada, sem ambiguidade, completa e compreendida pelo recetor (ULSBA-EPE, PR. 346.0, 2018)



COMO É A COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA???

🔍📄🔍📄



- Atendimento durante 24 horas;
- Aumento da demanda;
- O curto prazo e natureza episódica dos cuidados de emergência e o impacto que tem nas relações dos profissionais de saúde com os doentes;
- Diferentes níveis hierárquicos e diversas disciplinas trabalhando juntas;
- Diversidade cultural e linguística dos profissionais de saúde e dos utentes.

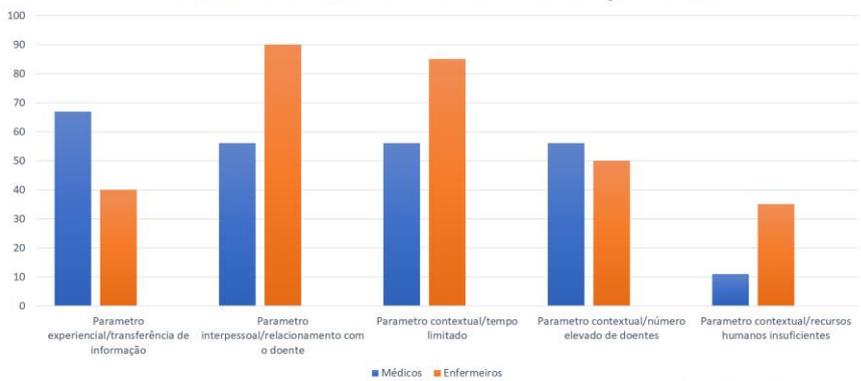
Nesses contextos de alto estresse, há uma carga ainda maior depositada numa comunicação eficaz para garantir a qualidade e segurança na prestação de cuidados ao doente

O sucesso comunicacional e os riscos que surgem no serviço de urgência, relacionam-se diretamente com a complexidade contextual que nele existe.

(Pun.; Matthiessen; Murray & Slade, 2015)

🔍📄🔍📄

PRINCIPAIS FATORES QUE IMPEDEM UMA COMUNICAÇÃO EFICIENTE



Elaborado por Idália Marcelo de acordo com Pun.; Matthiessen; Murray & Slade, (2015)

🔍📄🔍📄



Muitos dos profissionais supervalorizam a sua transferência de informação, porque não têm em consideração o feedback do seu desempenho (90% eficazes/ 41% menos que eficazes)

As instituições devem investir num plano de formação mais robusto em vez de ferramentas mais simplistas.

Observação de transferência por terceiros ou feedback do destinatário de transferência pode permitir uma avaliação mais verdadeira da eficácia do residente.

“A transferência de informação clínica não é definida como recitação e recebimento de informações, mas sim a mudança de responsabilidade de uma vida humana de uma pessoa para outra (P. 956).” (Barrett et al., 2017).

DADOS MÍNIMOS

- Identificação
- Motivo admissão
- Diagnóstico
- Procedimentos concluídos ou a serem concluídos
- Antecedentes relevantes
- Estado clínico
- Plano de cuidados
- Objetivos de tratamento

QUAL A FERRAMENTA MAIS EFICAZ???

Não há dados comparativos entre os modelos e a literatura confirmando a superioridade de um modelo sobre outro em relação à eficácia e padronização.

NECESSIDADE DE UM PROGRAMA ESTRUTURADO PARA:

- Melhorar as habilidades de comunicação
- Precisão na transmissão de informação
- Fomentar o pensamento crítico
- Implementar cuidados baseados em evidencia

(Bakon, Wirihana & Craft, 2016)



Programa estruturado

- Formação contínua
- Educar/treinar
- Documentar os cuidados nos registos
- Testar e comparar os vários modelos de transferência em diferentes contextos clínicos

(Bakon, Wirihana & Craft, 2016)

As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre os profissionais das equipas prestadoras de cuidados de saúde (ULSBA-EPE, PR.346.0, 2018).

Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa (DGS, 2017).

A ferramenta ISBAR, permite uma preparação antes do processo de comunicação, e porque o emissor e o recetor partilham o mesmo modelo mental, espera-se que a consciencialização seja maior (Müller et al., 2018).

Esta ferramenta é considerada uma técnica de comunicação que aumenta a segurança do paciente e é a "melhor prática" atual para entregar informações em situações críticas (Muller et al., 2018).

Atividades/estratégias:

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre a transição de cuidados (handover/handoff), procurando a última evidência sobre a temática;
- Realizar uma apresentação Powerpoint com áudio sobre a temática, com o objetivo de dar a conhecer os conceitos explanados no PR: 346.0 de 2018 e os dados obtidos através da pesquisa realizada nas bases de dados;
- Realizar um vídeo sobre a operacionalização da mnemónica ISBAR;
- Elaborar um memorando sobre a metodologia ISBAR para ser afixado no serviço (após aprovação institucional) nos locais estratégicos onde ocorre a de transição de cuidados (SO, sala de emergência e balcão);
- Elaboração de um instrumento de avaliação da sessão de formação;
- Divulgar as atividades sobre a transição de cuidados pelos enfermeiros do SUG através do grupo da equipa de enfermagem no Whatsapp.
- Produção de um relatório final/considerações finais.



• PARA CONCLUIR:

- É fundamental utilizar uma abordagem padronizada/estruturada na transição de cuidados entre os profissionais de saúde, como forma de reduzir os eventos adversos e garantir a segurança e melhoria da qualidade dos cuidados ao doente;
- É necessário haver planeamento e suporte da liderança;
- São necessárias avaliações baseadas no local de trabalho com auxílio de feedback na mudança de comportamento, uma monitorização continua.



Referências bibliográficas:

Bakon S., Wirihana L., Christensen M., Craft J. (2016). Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *International Journal of Nursing Practice*, Austrália, Apr;23(2). doi: 10.1111/ijn.12520. Epub 2017 Feb 7. PMID: 28176414

Barrett, M., Turer, D., Stoll, H., Hughes, D. T., Sandhu, G. (2017). In search of a resident-centered handoff tool: Discovering the complexity of transitions of care. *The American Journal of Surgery* 214. Nov. 214(5):956-961. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.03.048. Epub 2017 Apr 25. PMID: 28468724.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Kerr D, Klim S, Kelly AM, & McCann T. (2016). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. *Int J Nurs Pract*. Feb;22(1):89-97. doi: 10.1111/ijn.12365. Epub 2014 Oct 29. PMID: 25354345.

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety : a systematic review. *British Medical Journal*, 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Pucher P. H. (2015). Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: A systematic review. *Surgery*. Volume 158, Edição 1 , julho , páginas 85-95. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.02.017>

Pun j, K. H., Matthiessen C. M. I. M., Murray K. A. & Diana Slade (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine*. 8-48. DOI: 10.1186 / s12245-015-0095-y

Stewart, K. (2016). SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. University of Tennessee at Chattanooga. Obtido de <http://scholar.utc.edu/honors-theses>.

ULSBA, EPE (2018). Comunicação eficaz na transição de cuidados. PR 346.0. Beja.



Sugestões...dúvidas?

Idália Marcelo
idmarcelo75@gmail.com

Preencham o formulário
por favor!!!!



Obrigada pela vossa
atenção!!

APÊNDICE I. – Guião de apresentação - áudio

DIAPOSITIVO 1 - APRESENTAÇÃO

Olá, sou a enfermeira Idália Marcelo. Realizei convosco durante o mês de março, o estágio no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Enf.ª Sílvia Raposo. A equipa de enfermagem do SU é uma equipa grande, mas penso que durante o período de estágio tive contacto com a maioria dos elementos.

Venho apresentar-vos uma formação sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados que tem por tema: “Transição de Cuidados numa Cultura de segurança”. Perante as contingências exigidas pelo contexto atual de pandemia, não nos é possível realizar uma sessão em sala, como é habitual, e foi necessário adotar novas formas de realizar a formação.

DIAPOSITIVO 2 - SUMÁRIO

Ao longo da apresentação do trabalho procuramos esclarecer a problemática em estudo, delinear objetivos, contextualizar o tema, abordando algumas estratégias a nível internacional e nacional, definir alguns conceitos base que constam no PR: 346.0 de 2018, sobre: Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde, analisar alguns dados da pesquisa bibliográfica, que dão resposta à questão de partida da revisão sistemática da literatura, enumerar quais as estratégias/atividades para atingir os objetivos delineados e por fim algumas notas conclusivas.

DIAPOSITIVO 3 – IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

De referir que esta problemática, ou seja, a necessidade de uma comunicação eficaz na transição de cuidados, faz parte de um dos projetos de melhoria continua da qualidade a ser instituído em todos os serviços e unidades funcionais desta Unidade de Saúde, pelo Grupo Institucional da GPQ. No decorrer deste projeto e como objetivo estratégico, pretende-se proporcionar formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, incluindo formação sobre a técnica ISBAR. Em abril de 2018, foi realizada por um dos elementos dinamizadores e responsáveis pelo GPQ, uma sessão de formação, direcionada aos enfermeiros deste serviço, a qual tinha como objetivo a divulgação do PR.346.0. Do total de enfermeiros, 13 elementos não

estiveram presentes nessa formação e desde essa data, mais 20 enfermeiros integraram a equipa.

DIAPOSITIVO 5 – CONTEXTUALIZAÇÃO

Uma organização que trabalha para impulsionar mudanças positivas. Esta organização, procura estimular e apoiar a melhoria sustentada da qualidade, através de projetos para reduzir o risco, focado na construção de uma cultura de segurança do doente. Atua em conjunto com as instituições para desenvolver e implementar as novas políticas, práticas e procedimentos de alta qualidade e segurança d. The Joint Commission ([TJC], 2017) apela às associações de saúde para implementar uma bordagem de comunicação padronizada e baseada em evidências, como na metodologia ISBAR

DIAPOSITIVO 6- PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES

O PNSD (2015-2020) tem como objetivo “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria continua da qualidade”.

Incentiva à implementação de procedimentos normalizados (guias de boas práticas ou normas e procedimentos institucionais) para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde. Envolve e responsabiliza os profissionais de saúde e os doentes, como agentes e destinatários da mudança, exige que temas como a comunicação e segurança nos cuidados façam parte do plano de formação anual de cada instituição; que sejam realizadas auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferência e altas dos doentes para implementar medidas de melhoria de acordo com os resultados obtidos, assim como rentabilizar os recursos informáticos.

DIAPOSITIVO 7 – DOCUMENTOS NORMATIVOS

No decorrer do desenvolvimento do PNSD 2015-2020 a DGS pública a Norma nº 001/2017, sobre Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde e na nossa unidade de saúde é aprovado o PR:346.0.

DIAPOSITIVO 8 – TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Momentos de transferência de cuidados: admissões, alta para o domicílio ou outra unidade de cuidados ou na passagem de turno. Este trabalho, tal como dissemos anteriormente procura analisar a passagem de informação quando o doente tem alta do SU e é transferido para outro serviço.

DIAPOSITIVO 9 – SEGURANÇA DO DOENTE

Entende-se por segurança do doente a redução do risco de dano desnecessário à pessoa que usufrui dos cuidados de saúde prestados, para o mínimo aceitável.

Em que o mínimo aceitável é definido como “o tratar sem erros ou condições desnecessárias. O mínimo aceitável está relacionado com o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados.

Como falámos anteriormente a segurança do doente é uma preocupação que tem merecido destaque a nível de organizações científicas e internacionais, mas qual é realidade em Portugal. Não há uma grande diversidade de estudos nesta área. Segundo um estudo realizado em Portugal em 2012, em 50 instituições hospitalares, “verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade comunicacional nos cuidados de saúde.” O tema segurança e comunicação nos cuidados de saúde, não é largamente assumido como uma prioridade para os profissionais de saúde.

DIAPOSITIVO 10- COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para uma comunicação eficaz.

A comunicação é uma ferramenta que utilizamos no dia a dia no nosso trabalho, tal como treinamos o manuseio de uns ferros para realizar um penso, a comunicação também deve ser treinada para ser mais eficaz. Mas não há receitas, pela individualidade de cada situação e de cada ser humano, o que a torna a meu ver ainda mais desafiante. Na transição de cuidados, permite-nos um maior domínio da situação e confronta-nos com o compromisso que temos com a nossa profissão e sobretudo com o doente. O enfermeiro deve saber o que dizer, quando dizer e como o dizer.

DIAPOSITIVO 12 – BARREIRAS À COMUNICAÇÃO

Este estudo visa identificar os principais fatores que impedem os profissionais de saúde de alcançar uma comunicação eficiente num ambiente amplo e de alta pressão, como ocorre no SU.

Existem barreiras comuns para uma comunicação eficaz: diferentes hierarquias e diversas disciplinas trabalhando juntas; uma diversidade cultural cada vez maior, não só entre os profissionais de saúde, mas também entre os doentes que acedem ao SU. Beja dispõe de diferentes indústrias que garantem emprego a muitos imigrantes e a diferença no estilo de comunicação praticado é cada vez maior e a barreira linguística está cada vez mais presente ; temos também o fato do SU garantir um atendimento durante 24h, uma porta sempre aberta, o que causa uma certa instabilidade ao nosso trabalho; o curto prazo e natureza episódica dos cuidados de emergência; o aumento da demanda, ou seja as exigências perante o nosso desempenho é cada vez maior e um ambiente de cuidados cada vez mais complexo. Neste contexto de alto stress, há ainda uma carga maior depositada no que se espera para alcançar uma comunicação eficaz, o resultado esperado é largamente influenciado por este contexto de complexidade que nele existe.

DIAPOSITIVO 13 – PRINCIPAIS FATORES QUE IMPEDEM UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ

Este gráfico identifica os 3 tipos principais de problema de comunicação que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) destacaram.

1. O parâmetro experiencial (fatores comunicacionais relatados em processos e procedimentos clínicos).

Transferência inadequada de dados clínicos e informações.

A maior parte dos doentes que recorrem ao SU, não trazem informação clínica, são idosos, não vem acompanhados e os registos informáticos estão incompletos. Por outro lado, Devido à interdisciplinaridade da natureza dos cuidados de saúde no SU e o número de diferentes médicos e enfermeiros que os doentes podem ver, há uma troca rápida de informações sobre os diagnósticos dos pacientes, condições e tratamento

2. O parâmetro interpessoal – Relação entre o profissional de saúde e o doente e dos profissionais de saúde entre si.

Falta de foco no desenvolvimento de empatia e relacionamento com o paciente; em que há maior valorização deste parâmetro pelos enfermeiros, o autor procura justificar esta diferença percentual com o fato do médico ser mais objetivo, mais direcionado para o diagnóstico e tratamento do que para o relacionamento com o doente. E também, relaciona-o com o curto prazo e a natureza episódica dos cuidados no SU.

3. Fatores contextuais – rácio profissional de saúde/doente

Tempo limitado - Relaciona-se com o elevado número de doentes, equipe reduzida e longas jornadas de trabalho. Os profissionais de saúde enfatizam que as pressões de tempo e as longas horas de trabalho colocaram uma tensão considerável na comunicação.

Por último os **recursos humanos insuficientes**, em que se destaca uma maior percentagem de enfermeiros a valorizar este item, em que o autor relaciona com o aumento da demanda aos enfermeiros, estes têm um papel ativo não só na prestação direta de cuidados, mas também a nível da gestão.

DIAPOSITIVO 14 – FERRAMENTAS

Existe um número considerável de ferramentas de padronização de informação, mas de acordo com a DGS a mnemónica ISBAR é aquela que melhor se aplica ao contexto de urgência e à transmissão de informação do doente crítico.

Contudo, existe um consenso de informações que devem ser incluídas numa transferência informativa, entre as quais a Identificação, o motivo admissão, o diagnóstico, procedimentos concluídos ou a serem concluídos, antecedentes relevantes, estado clínico, plano de cuidados e objetivos de tratamento.

Considera-se sim como uma ferramenta eficaz se conseguir dar resposta de forma eficiente à especificidade da situação.

DIAPOSITIVO 15 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO COMO MEDIDA PARA IMPULSIONAR MUDANÇAS

90% afirmaram que foram eficazes ao realizarem a transferência; no entanto, eles marcaram 41% das transferências que receberam como menos do que eficazes. Perante esta constatação, enfatizamos a ideia, de que são necessárias avaliações baseadas no local de trabalho e com auxílio do feedback implementar mudança de comportamento.

Além de haver envolvimento dos prestadores de cuidados diretos é necessário haver planeamento e envolvimento da liderança, para implementar medidas de melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos.

DIAPOSITIVO 20 – ESTRATÉGIAS/ATIVIDADES

Para atingir os objetivos definidos foram realizadas as seguintes atividades/estratégias: realizar pesquisa bibliográfica sobre a transição de cuidados (handover/handoff), procurando a última evidência sobre a temática; realizar uma apresentação Powerpoint com áudio sobre a temática, com o objetivo de dar a conhecer os conceitos explanados no PR: 346.0 de 2018 e os dados obtidos através da pesquisa realizada nas bases de dados; realizar um vídeo sobre a operacionalização da mnemónica ISBAR; elaborar um memorando sobre a metodologia ISBAR para ser afixado no serviço (após aprovação institucional) nos locais estratégicos onde ocorre a de transição de cuidados (SO, sala de emergência e balcão) e divulgar as atividades sobre a transição de cuidados pelos enfermeiros do SUG através do grupo da equipa de enfermagem no Whatsapp.

DIAPOSITIVO 21 – CONCLUSÃO

- É fundamental utilizar uma abordagem padronizada/estruturada na transição de cuidados entre os profissionais de saúde, como forma de reduzir os eventos adversos e garantir a segurança e melhoria da qualidade dos cuidados ao doente;
- É necessário haver planeamento e suporte da liderança;
- São necessárias avaliações baseadas no local de trabalho com auxílio de feedback na mudança de comportamento, uma monitorização continua.

DIAPOSITIVO 22 – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Em seguida apresento a bibliografia utilizada na elaboração da apresentação.

DIAPOSITIVO 23 – ENCERRAMENTO

Deixo-vos o meu contacto caso tenham ficado com alguma dúvida ou queiram Deixar alguma sugestão. Peço-vos que preencham o formulário que vos deixei no link para que eu possa avaliar as vossas respostas e melhorar a apresentação

Obrigada pe

APÊNDICE J. Questionário de avaliação da sessão de formação pelo formando

Avaliação da sessão de formação

Transição de Cuidados numa Cultura de Segurança
(marcar apenas um círculo por linha)

Definição dos objetivos

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Duração da sessão

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Utilidade do tema na prestação de cuidados

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Adequação dos meios utilizados

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				



Adequação da metodologia utilizada

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	Muito bom				

Satisfação do público alvo

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Desempenho da formadora

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Domínio da formadora

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Sugestões e comentários

Submeter

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE K. Memorando ISBAR

MNEMÓNICA ISBAR

COMUNICAR COM A METODOLOGIA ISBAR

PENSE FALE ESCREVA

	CATEGORIAS	REFERENCIAL/CRITÉRIOS
I	<p>Identificação (Identify)</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;</p> <p>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;</p> <p>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;</p> <p>d) Serviço de origem/destinatário;</p> <p>e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
S	<p>Situação Atual/ Causa (Situation)</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão;</p> <p>b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;</p> <p>c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
B	<p>Antecedentes/anamnese (Background)</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos;</p> <p>b) Níveis de dependência;</p> <p>c) Diretivas antecipadas de vontade (DAV);</p> <p>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;</p> <p>e) Hábitos relevantes;</p> <p>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;</p> <p>g) Técnicas invasivas realizadas;</p> <p>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</p> <p>i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
A	<p>Avaliação (Assessment)</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos;</p> <p>b) Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída;</p> <p>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</p> <p>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
R	<p>Recomendações (Recommendation)</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à sua situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</p> <p>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</p> <p>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

Nota: Adaptar critérios ao contexto clínico

Elaborado por: enf. Idália Marcelo com base no PR.346.0 de 2018 (março, 2021)



Apêndice L. Plano da sessão formativa - “A Pessoa Doente em Contexto de Situação Crítica - Intervenções de enfermagem na administração de terapêutica”

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Serviço: Serviço de Medicina Intensiva

Tema – A Pessoa Doente em Contexto de Situação Crítica
Intervenções de enfermagem na administração de terapêutica

Formadora: Enfermeira Idália Marcelo (Aluna do 4º Mestrado em EMC-PSC) **Orientadora:** Enfermeira Especialista Paula Cabrita

Data e hora: 16/09/2021 às 14:30 horas **Local:** Gabinete médico – 3º piso

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Medicina Covid **Duração:** 90 minutos

Objetivo geral: Contribuir para a diminuição do risco de erro na administração de terapêutica à pessoa em situação crítica (PSC)

Objetivos específicos:

- Dar a conhecer as indicações, vantagens e efeitos adversos dos fármacos utilizados em contexto de situação crítica;
- Identificar as concentrações e dosagens mais usuais dos fármacos utilizados em contexto de situação crítica;
- Identificar estratégias de cálculo da taxa de perfusão do fármaco;
- Instruir sobre o manuseamento das seringas infusoras (identificação da droga e administração de bólus).

	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação ao grupo de formandos • Relembrar o porque do trabalho • Objetivos da sessão de formação 	Método expositivo	Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show	5 minutos
Desenvolvimento	Identificação dos princípios base na preparação e administração de perfusões contínuas: O que estou a administrar? Estes fármacos são compatíveis?	Método expositivo	Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para	5 minutos

	<p>Como o vou administrar? Identificação das principais fontes de erro na preparação e administração de fármacos.</p> <p>Principais fármacos utilizados em contexto de situação crítica: 1. Sedativos e hipnóticos Propofol (tabela de cálculo) Cetamina Etomidato Midazolam (tabela de cálculo) 2. Analgésicos Cetamina Alfentanilo Fentanilo</p> <p>3. Aminas vasoativas: Noradrenalina (tabela de cálculo)</p> <p>Agentes de indução na intubação de sequência rápida (ISR) no adulto: Etomidato Cetamina Midazolam Propofol 1 % Fentanil/Remifentanil Lidocaina</p> <p>Agentes bloqueadores neuromusculares: despolarizantes (succinilcolina) não despolarizantes (rocurónio)</p> <p>Interação entre medicamentos que são mais frequentes</p> <p>Otimização do material a ser utilizado</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Participativo/ Demonstrativo (execução dos cálculos)</p> <p>Método Expositivo</p> <p>Participativo (distribuição e discussão</p> <p>Participativo/ ativo</p>	<p>apresentação de slide show</p> <p>Quadro e marcador</p> <p>Tabela de incompatibilidade e atualizada (impresa)</p> <p>Bomba de seringa: BBraun e Kellymed KI- 602 Seringa de 50 ml e prolongador</p>	<p>20 minutos</p> <p>30 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p>
--	---	--	--	--

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese dos aspetos considerados mais relevantes Sugestões e esclarecimento de dúvidas 	Brainstorming	Facultar a apresentação - Colocar na pasta partilhada do serviço	10 minutos
Avaliação da sessão	Aplicação do questionário de avaliação individual da sessão	Preenchimento do questionário	Questionário de avaliação da sessão	5 minutos

Apêndice M. Plano da sessão formativa “A Pessoa Doente em Contexto de Situação Crítica - Intervenções de enfermagem na administração de terapêutica (Aminas vasoativas)”

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Serviço: Serviço de Medicina Intensiva

TEMA – Intervenções de Enfermagem na administração da terapêutica Aminas Vasoativas (segundo módulo)

Formadora: Enfermeira Idália Marcelo (Aluna do 4º Mestrado em EMC-PSC)

Orientadora: Enfermeira Especialista
Paula Cabrita

Paula Cabrita

Data e hora: dia 17/09/2021

Local: Gabinete Médico – piso3

Destinatários: Enfermeiros do serviço de Medicina Covid

Duração: 60 minutos

- **Objetivo geral:** Contribuir para a diminuição do risco de erro na administração de terapêutica à pessoa em situação crítica

Objetivos específicos:

- Definir o conceito de aminas e recetores
- Enumerar as indicações, vantagens e efeitos adversos dos fármacos (aminas)
- Identificar as concentrações e dosagens mais usuais dos fármacos (aminas) utilizados em contexto de situação crítica
- Contextualizar a administração de aminas à PSC (choque)
- Identificar estratégias de cálculo da taxa de perfusão do fármaco - noradrenalina

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	DURAÇÃO
Desenvolvimento	Definição de conceitos base - aminas e recetores adrenérgicos			
	Aminas vasoativas (indicações, vantagens, efeitos adversos, concentrações e dosagens mais usuais) <ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina • Dobutamina • Dopamina • Isoprenalina • Terlipressina • Noradrenalina (estratégia de cálculo) 	Metodologia expositiva	Recurso programa Microsoft PowerPoint	20 minutos
	Definição e Tipo de choques: <ul style="list-style-type: none"> • Choque distributivo • Choque hipovolémico • Choque mecânico (obstrutivo e cardiogénico) Princípios base na administração das aminas	Metodologia participativa	Quadro marcador	20 minutos
		Metodologia expositiva	Recurso programa Microsoft PowerPoint	20 minutos

Apêndice N. Plano de sessão formativa “Intubação de sequência rápida (ISR) em adulto com Covid na enfermaria - Intervenções de enfermagem”

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Serviço: Serviço de Medicina Intensiva

**TEMA – Intubação de sequência rápida (ISR) em adultos com Covid na enfermaria
Intervenções de enfermagem**

Formadora: Enfermeira Idália Marcelo
(Aluna do 4º Mestrado em EMC-PSC)

Orientadora: Enfermeira Especialista Paula Cabrita

Data e hora: 18/09/2021 às 14:30h

Duração: 80 minutos

Destinatários: Enfermeiros do serviço de Serviço de Medicina Covid

Objetivo geral:

- Minimizar o risco de infeção para os prestadores de cuidados e propagação do vírus SARS Cov 2 durante a ISR.

Objetivos específicos:

- Descrição das principais etapas da técnica de ISR (7 P's);
- Identificação e otimização do material a ser utilizado;
- Reconhecimento do carro de emergência do serviço

Desenvolvimento

Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
<p>Vantagens da ISR</p> <p>Descrição das principais etapas da ISR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparação 2. Pré-oxigenação 3. Otimização de pré-intubação 4. Paralisia com indução 5. Posicionamento 6. Colocação com prova 7. Gestão pós-intubação <p>1. Preparação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparação dos elementos da equipa • Preparação do material • Preparação do equipamento • Preparação de medicação necessária • Avaliação da via aérea • Avaliação das características anatómicas do doente • Garantir acessos venosos periféricos • Otimização do espaço • Posicionamento do doente 	<p>Metodologia expositiva</p>	<p>Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</p>	<p>20 minutos</p>

<p>Preparação do Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adjuvantes para técnicas básicas da via • Adjuvantes para técnica avançada da via aérea 	<p>Participativo/ativo</p>	<p>Tubo orofaríngeo (nº2 e nº3)</p> <p>Tubo nasofaríngeo (6 e 7 milímetros)</p> <p>Insuflador manual descartável</p> <p>Tubo endotraqueal (nº 6 a 8)</p> <p>Máscara laríngea I-Gel (nº3 – 20 ml/nº4- 30 ml/nº5- 40 ml)</p> <p>Video máscara I-Gel: https://www.youtube.com/watch?v=YuG6k6ndBpM</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Montagem do Laringoscópio</p>	<p>Participativo/ativo</p>	<p>Laringoscópio (lâminas descartáveis e protetor de cabo)</p>	
<p>Via aérea difícil (pressão cricoide e Mallampati score)</p>		<p>Guia de entubação (frova, Bougi, estilete e mandril)</p>	
<p>5. Posicionamento do doente em rampa</p>	<p>Participativo Demonstrativo</p>	<p>Toalhas e lençóis</p>	<p>10 minutos</p>
<p>7. Gestão pós-intubação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treino da colocação, alternância de posição e fixação do nastro 	<p>Participativo/ativo</p>	<p>Tubo endotraqueal e nastro</p>	<p>5 minutos</p>
<p>Reconhecimento do carro de emergência do serviço</p>		<p>Carro de emergência do serviço</p>	<p>5 minutos</p>

Apêndice O. Plano de sessão formativa: “Ventilação Mecânica Invasiva no doente com covid - Intervenções de enfermagem”

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Serviço: Serviço de Medicina Intensiva

TEMA – Ventilação Mecânica Invasiva no doente com covid Intervenções de enfermagem

Formadora: Enfermeira Idália Marcelo
(Aluna do 4º Mestrado em EMC-PSC)

Local: Gabinete médico – 3º piso

Data e hora: 19/05/2021 às 14:30 h

Duração: 90 minutos

Destinatários: Enfermeiros do serviço de Medicina Covid

Objetivo geral: Otimização do procedimento de ventilação mecânica invasiva no doente com Covid

Objetivos específicos:

- Identificar os principais parâmetros ventilatórios;
- Enumerar as fases do ciclo ventilatório;
- Identificar as modalidades/modos ventilatórios mais usuais;
- Testagem do ventilador VG70 e montagem do circuito (vídeo);
- Descrever o procedimento de desinfeção da válvula expiratória;
- Identificar os humidificadores e filtros respiratórios;
- Descrever o procedimento de montagem e utilização do sistema de aspiração fechado.

Desenvolvimento

Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Definição de conceitos bases: <ul style="list-style-type: none"> • Ventilação, perfusão, difusão e transporte; • Volumes e capacidades pulmonares; • Compliance vs elastância; • Parâmetros ventilatórios Fases do ciclo ventilatório: <ul style="list-style-type: none"> • Fase inspiratória • Ciclagem • Fase expiratória • Disparo Modalidades ventilatórias e modos ventilatórios	Metodologia expositiva	Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show	20 minutos
Partes que compõem o ventilador V70: <ul style="list-style-type: none"> • Observação do ecrã (área de configuração, área de avaliação e teclas de atalho) • Limpeza e mudança do filtro interior • Carregamento e autonomia das baterias • Limpeza e desinfeção do módulo expiratório no doente com Covid 	Participativo/ativo	Ventilador V70	15 minutos
Tipos de humidificadores e filtros/incorporação no sistema ventilatório	Participativo/ativo	Humidificador HME Filtro HMEF Filtro HEPA Traqueias	5 minutos

<p>Testagem do ventilador V70 e montagem do circuito</p>	<p>Metodologia Expositiva</p>	<p>Adaptador (conector MDI) Swivel (aberto ou fechado) Vídeo (fonte: a própria)</p>	<p>15 minutos</p>
<p>Sistema de aspiração fechado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicações • Incorporação no sistema de ventilação 	<p>Participativo/ativo</p>	<p>Sistema de aspiração fechado</p>	<p>10 minutos</p>

Apêndice P. Proposta final da Instrução de Trabalho (IT) “Controlo do ruído em cuidados intensivos”

F

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE		IT.xxx.x
		REVISÃO	
Controlo do ruído no Serviço de Medicina Intensiva		Nº	xx
		Mês/Ano	xx/xx
		1/4	

1. OBJETIVO

Definir e uniformizar a adoção de estratégias para diminuição dos níveis de ruído, por parte dos profissionais de saúde do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, de forma a contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados.

2. APLICAÇÃO

A implementar no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

3. SIGLAS E ABREVIATURAS

dB – Decibéis

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

4. DEFINIÇÕES

SOM E RUÍDO

Som é “uma qualquer variação da pressão atmosférica que o ouvido humano pode detetar, seja no ar, na água ou em qualquer outro meio de propagação” (Agência Europeia do Ambiente, 2010, p.6).

Ruído é definido como som indesejado e perturbador, um conceito subjetivo afetado por vários fatores culturais e fatores sociais, personalidade individual e atitudes (Agência Europeia do Ambiente, 2010).

neira página

CONTROLE DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
NOME:	NOME:	
DATA:	DATA:	
ASSINATURA:	ASSINATURA:	
		DATA:

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE		IT.xxx.x	
		REVISÃO		FOLHA
		Nº	xx	1/4
Mês/Ano	xx/xx			

É, ainda, definido como “qualquer som que cause perturbação subjetiva ou irritação sendo um estímulo desagradável para as pessoas” (Akansel & Kaymakçi 2008 citado em Silva, 2014. P.32);

5. RESPONSABILIDADE

É responsabilidade de todos os profissionais de saúde na adoção de medidas para melhorar e diminuir os ruídos desnecessários no SMI.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Considerando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (1999) que estabeleceu que os valores limites de ruído para ambiente hospitalar não devem exceder níveis sonoros contínuos equivalentes a 40 Decibéis (dB) no período diurno e 35 dB no período noturno, identificam-se as seguintes intervenções a serem adotadas:

- 1.1. Modere a intensidade da voz quando em conversa, com particular atenção ao período noturno;
- 1.2. Evite as conversas próximas da unidade/cabeceira do doente;
- 1.3. Coloque toalhas sobre o carrinho durante a higiene ou sobre a pia de metal ao lavar as bacias;
- 1.4. Evite picos de ruído (ex. ao baixar as grades da cama e puxar os cortinados bruscamente; abrir as embalagens plásticas das soluções dentro da sala);
- 1.5. Evite bater com as gavetas e portas;
- 1.6. Limite o número de visitas por doente, se necessário;

- 1.7. Mantenha os telemóveis pessoais sem som, em modo vibratório.
- 1.8. Desligue ou minimize o som das televisões por voltas das 22:00 horas;
- 1.9. Evite a entrada pela porta mais próxima, priorize a entrada pela porta do corredor;
- 1.10. Evite desde que possível a realização de procedimentos ruidosos e desnecessários no período noturno;
- 1.11. Ajuste os parâmetros dos alarmes e os níveis de prioridade;
- 1.12. Agilize a resposta e silencie-os o mais rapidamente possível:
- 1.13. Silencie os alarmes antes de iniciar determinada intervenção (ex. realização de colheitas de sangue da linha arterial/aspiração através do tubo endotraqueal).
- 1.14. Avalie regularmente os doentes da unidade, de forma a ajustar os parâmetros e o volume de alarme de forma individualizada;
- 1.15. Utilizar corretamente acessórios, cabos, sensores e elétrodos, evitando interferências e falsos alarmes;
- 1.16. Sempre que necessário, notifique eventos adversos relacionados ao uso dos equipamentos;
- 1.17. Em caso de utilização de aparelhos como seringas infusoras ou bombas infusoras, antecipe o seu término, para diminuir a duração do alarme (tenha preparada a próxima seringa).

Apêndice Q. Cronograma final da Intervenção Profissional Major

O ruído no contexto dos cuidados intensivos: contributo para a segurança e qualidade dos cuidados

Fases	Atividades/intervenções	maí		junho					julho		agosto				setembro			outubro			Novembro			
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª				
Diagnóstico da situação	Conhecer o espaço físico/recursos (UCIP1)	■	■																					
	Conhecer o espaço físico/recursos (UCIP3)					■	■																	
	Reunião com a EO e com o enf. Chefe do SMI		■																					
	Reunião com um elemento do GPQ	■				■																		
	Identificação da necessidade		■																					
	Aplicação do instrumento de diagnóstico - SWOT		■																					
	Reunião com um elemento do GSHT		■				■																	
	Pesquisa bibliográfica			■	■	■	■	■			■	■	■											
	Criação do consentimento informado, livre e esclarecido			■																				
	Construção do questionário a aplicar aos profissionais de saúde			■																				
	Avaliação do consentimento e do questionário com a EO e docente pedagógica			■																				
	Aplicação do consentimento, e do questionário, aos profissionais de saúde																■							
	Avaliação do nível de ruído com o sonómetro																■							
	Recolha e tratamento dos dados do questionário																		■					
Definição do objetivo geral											■													
Planeamento	Definição de objetivos específicos										■													
	Construção do cronograma do projeto											■												
	Definição das estratégias e atividades a desenvolver												■											
	Definição de recursos necessários																							
	Envio da proposta de projeto para o IPBeja após aprovação da docente orientadora								■															
Execução	Revisão Bibliográfica											■	■	■	■	■	■							
	Tratamento dos dados do sonómetro																				■			
	Construção da proposta da IT																					■		
	Reunião com a docente pedagógica e com a EO, para apresentação da proposta da IT																						■	
	Discussão da proposta com o elemento, do GPC																							■

Anexos

Anexo A. Certificado de Participação na Formação “Simpósio Internacional-
Enfermagem Médico-cirúrgica”



Certificado

Certifica-se que **Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo**, nascido(a) a 1975-12-22, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 10958352, participou no *Simpósio Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2021*, que decorreu no dia 20 de maio, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 20 de maio de 2021

Pela Comissão Organizadora

Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves

A Presidente da ESEnFC

Professora Doutora Aida Cruz Mendes

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081503
Certificado nº C000071-525/2021

Programa

09h00 | Sessão de abertura

Presidente da ESEnFC, Aida Mendes
Coordenadora da UCP EMC, Maria Isabel Fernandes
Coordenador da UICISA.E, João Apóstolo
Presidente do CTC, Paulo Queirós

10h00 | Painel I - Desafios da formação especializada para o desenvolvimento de competências em enfermagem

Cândida Durão, ESEL
Paulo Parente, ESEP
Liliana Mota, ESSNorteCVP
Manuela Cerqueira, IPVC
Moderação: Maria Isabel Fernandes, Coordenadora da UCP EMC, ESEnFC

11h30 | Painel II - Desafios na prestação de cuidados de enfermagem

Bráulio Sousa, Exército Português
Ricardo Ferreira, CHUC
Raquel Oliveira, International Medical Center, Arábia Saudita
Ana Rocha, IPOCFG
Moderação: Helena José, Presidente da MCEEMC OE

13h00 | Pausa para almoço

14h30 | Painel III - Contributos da Investigação para o desenvolvimento de boas práticas em enfermagem

Marco Machado, Epsom and St Helier University Hospitals, UK
Sónia Novais, ESSNorteCVP
Ana Sofia Mota, Centro Cirúrgico de Coimbra
Elena Chover, Universidade de Valência, Espanha
Moderação: João Apóstolo, Coordenador Científico da UICISA.E, ESEnFC

16h00 | Painel IV - Gestão integrada do processo de saúde/doença: desafios na articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem

Rui Campos, INEM
Arminda Tavares, Diaverum
Ana Afonso, CHUC
Catarina Pazes, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
Moderação: Andrea Figueiredo, Presidente da AEEEMC

17h30 | Encerramento

Presidente da ESEnFC, Aida Mendes
Coordenadora da UCP EMC, Maria Isabel Fernandes

Anexo B. Comprovativo das sessões formativas apresentada no Serviço de
Medicina Covid



Serviço de Medicina 1

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que a Sr.^a Enfermeira Idália Marcelo, n.^o mecanográfico 11379 foi formadora nas seguintes sessões de formação:

- "A pessoa doente em contexto de situação crítica- Intervenções de Enfermagem na administração de terapêutica", em 2 módulos, num total de 6h;
- "Intubação de sequência rápida (ISR) em adulto com Covid na enfermaria - Intervenções de Enfermagem, num total de 3h;
- " Ventilação Mecânica Invasiva no doente com Covid - Intervenções de Enfermagem, num total de 3h.

Beja, 30 de maio de 2022


ALEXANDRA BATISTA
Enfermeira Gestora

Enfermeira Gestora do Serviço de Medicina 1

