



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
Obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com
a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
Pessoa em Situação Crítica

A MUSICOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA NO CUIDADO DO DOENTE CRÍTICO

MUSIC THERAPY AS SPECIALIZED INTERVENTION IN THE CARE OF THE CRITICALLY ILL

Por

Cláudia Sofia Rodrigues Conceição Cabeleira

Lisboa, 2023

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
Obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com
a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
Pessoa em Situação Crítica

A MUSICOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA NO CUIDADO DO DOENTE CRÍTICO

MUSIC THERAPY AS SPECIALIZED INTERVENTION IN THE CARE OF THE CRITICALLY ILL

Por

Cláudia Sofia Rodrigues Conceição Cabeleira

Sob orientação da Prof^a Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2023

AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram com o seu afeto, cuidado e carinho para que pudesse concluir com sucesso mais uma etapa desta viagem... família, amigos, orientadores de estágio.

Um agradecimento especial à Prof. Isabel Rabiais pelo empenho e dedicação. A todos muito obrigada!

RESUMO

O presente relatório surge na reta final do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pelo Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

Tendo por base uma metodologia descritiva e análise crítico-reflexiva, suportada por pesquisa bibliográfica, procuro analisar e refletir acerca das experiências e atividades realizadas, dificuldades experienciadas, reportando-me a objetivos inicialmente estabelecidos e que permitem a aquisição de competências comuns e específicas na área de especialização.

Procurando mobilizar conhecimentos específicos e sustentados na mais atual evidência científica, assente em valores éticos, científicos e humanos, espera-se que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em situação crítica, esteja habilitado a atuar perante o doente e família a vivenciar processos de saúde/doença crítica, abordando e refletindo sobre situações complexas, tomando decisões fundamentadas em suporte teórico, usando de um espírito crítico sobre a prática de Enfermagem.

O estágio final concretizou-se num hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, em dois contextos distintos, Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, sendo que houve concessão de creditação à unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica” – pelo percurso profissional e experiência previamente adquirida.

Este relatório reporta ainda uma Revisão Sistemática de Literatura, sobre uma temática de interesse pessoal, transversal a um dos estágios e termina com uma reflexão final sobre o percurso efetuado que permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista nesta área específica de intervenção.

Palavras-chave: Enfermagem, competências, especialização, pessoa em situação crítica, Musicoterapia.

ABSTRACT

This report appears in the final stretch of the 15th Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization in Nursing - Person in Critical Situation, by the Portuguese Catholic University's Health Sciences Institute.

Based on a descriptive methodology and critical-reflexive analysis, supported by bibliographic research, I seek to analyze and reflect on the experiences and activities performed, difficulties experienced, referring to objectives initially established that allow the acquisition of common and specific competencies in the area of specialization.

Seeking to mobilize specific and sustained knowledge in the most current scientific evidence, based on ethical, scientific and human values, it is expected that the nurse specialized in Medical-Surgical Nursing - Person in critical situation -, is able to act before the patient and family experiencing critical health/disease processes, addressing and reflecting on complex situations, making decisions based on theoretical support, using a critical approach about nursing practices.

The final stage took place in a hospital in the region of Lisbon and Tagus Valley, in two different contexts, Intensive Care Unit and Emergency Service, and there was accreditation to the curricular unit "The Person in Critical Situation and Family - Surveillance and Clinical Decision" - for the professional career and experience previously acquired.

This report also reports a Systematic Literature Review, on a theme of personal interest, transversal to one of the stages and ends with a final reflection on the course made.

Keywords: Nursing, competencies, specialization, person in critical situation, Music therapy.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

EE – Enfermeiro Especialista

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PAVM – Pneumonia associada à ventilação mecânica

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SO – Sala de Observações

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE GERAL

Introdução.....	9
1. Musicoterapia como Intervenção Terapêutica na necessidade de sedação profunda em doentes submetidos a cirurgia sob anestesia loco regional.....	14
1.1 Resumo.....	15
1.2 Introdução.....	16
1.3 Materiais e métodos.....	19
1.4 Resultados.....	21
1.5 Discussão.....	28
1.6 Conclusões.....	31
2. Aquisição e desenvolvimento de competências de Especialista.....	32
2.1 Competências desenvolvidas em contexto de estágio na UCI.....	34
2.2 Competências desenvolvidas em contexto de estágio no SU.....	44
2.3 Percurso Profissional – contributo para o cuidado especializado.....	56
3. Considerações finais.....	61
4. Referências Bibliográficas.....	81
Apêndices	
Apêndice I – Plano da Sessão de Formação “A Musicoterapia como Intervenção Terapêutica em doentes sedados e/ou ventilados em UCI”.....	65
Apêndice II – Apresentação da formação realizada no contexto de estágio em UCI.....	67
Apêndice III – Poster apresentado em contexto de estágio de UCI.....	77
Apêndice IV – Poster submetido ao V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem -ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UMA VOZ PARA O HUMANISMO...79	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA da estratégia de pesquisa.....22

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Objetivos e resultados obtidos com a amostra final após.....23
mapeamento.

Tabela 2 – Frequência relativa dos resultados obtidos após análise
dos artigos.....27

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem-se verificado uma crescente evolução demográfica, com o aumento da esperança de vida e envelhecimento da população, a cronicidade de doenças anteriormente fatais, o aparecimento constante de novas e complexas tecnologias, a crescente e permanente exigência da sociedade face à qualidade e segurança dos seus cuidados de saúde (Boquinhas, 2012), pelo que a necessidade de providenciar cuidados de enfermagem especializados se torna cada vez mais evidente e necessária.

Para conseguir acompanhar e atender aos requisitos exigidos pela sua atividade profissional, o enfermeiro terá de ter uma postura pró-ativa na sua formação e atualização profissional, tal como está disposto na alínea e) do artigo 100º da Lei nº 156/2015 que atesta que é dever do enfermeiro assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional. A especialização em enfermagem, constitui não só mais um passo para atingir um objetivo de carreira, mas é também o único meio pelo qual o enfermeiro de cuidados gerais consegue adquirir competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, procurando atingir um patamar de excelência na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Os enfermeiros constituem assim, uma comunidade profissional da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem que assumem hoje uma maior relevância, importância e exigência técnica e científica, sendo que, a diferenciação e a especialização, são uma realidade no panorama dos cuidados de saúde em Portugal (DL n.º 104/98, de 21 de abril). O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de Enfermeiro Especialista (EE) a todos os enfermeiros que comprovem possuir aptidões técnicas e formativas em determinada área de

especialização. Neste sentido, Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialidade em enfermagem. A atribuição do título de Enfermeiro Especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista como exposto no Regulamento 140/2019.

A necessidade de adquirir e desenvolver competências de especialista em enfermagem na vertente de Pessoa em Situação Crítica (PSC) surge de um longo percurso profissional em bloco operatório, em que muitos dos doentes intervencionados apresentam uma ou mais condições de saúde que ameaçam a sua qualidade de vida ou mesmo a sua própria vida, percurso esse que carece ainda assim de sustentação teórica e prática nesta vertente crítica. Por outro lado, em virtude do estado pandémico que vivemos nos últimos anos, como enfermeira de cuidados gerais foi-me solicitado que colaborasse com outros serviços prestadores de cuidados, nomeadamente a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde assumi algumas fragilidades na minha formação e desenvolvimento pessoal e profissional, através da menor capacidade para atender às necessidades especializadas dos doentes em situação crítica aí internados. Perante estas considerações, interroguei-me sobre qual o propósito e benefício para o cuidar, que uma especialização poderia trazer, ou melhor dizendo, de que modo, como enfermeira especialista poderia prestar cuidados de excelência, dirigidos às necessidades de cada pessoa, baseados na mais atual evidência científica, numa perspetiva de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados?

De acordo com Lopes, Gomes & Lobo (2018), a especialização dos profissionais de enfermagem reflete-se na prestação de cuidados de enfermagem com maior frequência e com melhores resultados na saúde: está comprovado que as complicações podem reduzir para cerca de um terço e que se verificam melhorias na promoção da saúde, deteção precoce, triagem e gestão de doenças crónicas,

onde se verificam efeitos positivos em aproximadamente metade dos casos quando seguidos por Enfermeiros Especialistas. A especialização contribui ainda para uma maior satisfação dos clientes relativamente aos cuidados recebidos, que os consideram mais adequados e mais úteis. (Lopes, Gomes, & Lobo, 2018).

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório”, referente ao 3º semestre do plano de estudos do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pelo Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório pretende difundir, analisar e criticar as experiências e competências desenvolvidas em contexto de estágio de prática clínica da área de especialização considerada, de acordo com os termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros (OE)¹, de modo a finalizar o ciclo de estudos para obtenção do grau de mestre e título de EE.²

Na elaboração deste relatório foi usado o método descritivo e reflexivo, conjugando as experiências e conhecimentos teóricos prévios e a contextualização das experiências vividas e competências desenvolvidas, com base na melhor evidência científica disponível, procurando dar visibilidade a um percurso académico que pretende dotar-me de competências comuns e específicas de especialista nos domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, da Melhoria Contínua da Qualidade, da Gestão dos Cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais³.

O Estágio Final, parte integrante e fundamental desta UC, decorreu num espaço temporal de 15 semanas, no período entre 6 de setembro e 16 de dezembro de 2022.

Com vista à aquisição e desenvolvimento de competências de especialista, o plano de estudos prevê dois contextos de estágio diferentes, embora complementares e que espelham a essência do que é Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem á

¹ Regulamento nº 429/2018.

² DL nº 115/2013; Lei nº156/2015.

³ Regulamento nº 140/2019.

Pessoa/família em Situação Crítica: UCI e Serviço de Urgência (SU). O objetivo primordial comum aos dois contextos de estágio foi o de:

“Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e sua família.”

Para cada contexto foi elaborado um projeto de estágio, onde consta o objetivo geral supracitado e foram delineados objetivos específicos, de acordo com as especificidades inerentes aos locais de estágio e um objetivo relacionado com o projeto individual de Revisão Sistemática da Literatura (RSL), *“Musicoterapia como intervenção terapêutica na necessidade de sedação profunda em pacientes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional – Scoping Review”*.

O plano de estudos de mestrado contempla também uma UC onde se pretende desenvolver competências de avaliação e diagnóstico em ambientes da área de especialização – “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica” - à qual me foi conferido um grau de equivalência, nos termos da regulamentação académica em vigor, pelo percurso profissional e experiência previamente adquirida, que determina a habilitação de competências na área de especialidade.⁴

Este relatório encontra-se assim estruturado de forma cronológica em relação ao percurso académico realizado, sendo que o primeiro capítulo contempla a RSL realizada sobre a temática citada.

No segundo capítulo denominado “Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Especialista” descreve-se, analisa-se e reflete-se sobre as experiências e atividades desenvolvidas nos contextos de estágio e que permitem, num relato na primeira pessoa, alcançar os objetivos previamente formulados, estruturados de acordo com os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Reg. nº140/2019). Para melhor compreensão e análise dos contextos de estágio, optou-se por organizá-los em subcapítulos, dado que são ambientes específicos com características e modos de atuação distintos.

⁴ Art. 45º DL nº74/2006.

Reservo ainda um terceiro subcapítulo “Percurso profissional – contributo para um cuidado especializado”, onde abordarei de forma sucinta, as experiências e competências adquiridas ao longo do meu percurso profissional e que contribuíram para a atribuição da creditação ao estágio “A Pessoa em situação crítica e Família – Vigilância e Decisão clínica” sendo que *“a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”*.⁵

A encerrar este relatório, constará um capítulo onde teço considerações finais, analisando os contributos proporcionados pelo percurso académico e prático e as implicações que terão na minha prática profissional, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Este documento tem referenciação de acordo com a norma APA (American Psychological Association - 7ª Edição) e encontra-se redigido em concordância com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

⁵ Art. Nº 2 do Reg. 140/2019.

1. MUSICOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NA NECESSIDADE DE SEDAÇÃO PROFUNDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA SOB ANESTESIA LOCO REGIONAL

Para obtenção do grau académico de mestre é necessário demonstrar competências de investigação científica, *“As competências comuns do Enfermeiro Especialista ...envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”*⁶.

Esta RSL foi realizada em coautoria com a Prof.^a Doutora. Isabel Rabiais e pretende ser um contributo e um alerta para a necessidade de maior produção científica numa área pouco explorada em bloco operatório.

Da RSL foi elaborado um Poster: “A Musicoterapia como Intervenção Terapêutica na necessidade de sedação profunda em pacientes submetidos a cirurgia sob anestesia loco regional: A Scoping Review” (Apêndice IV), submetido e apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, realizado pelo 15º Curso de Mestrado em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Foi no contexto profissional de Bloco Operatório (BO) que a temática sobre a musicoterapia emergiu.

O ambiente peri operatório, mais concretamente, o momento intraoperatório constitui um momento altamente crítico na vida de um doente e sua família, pois reveste-se de mecanismos complexos, receio do desconhecido e da perda de controlo, medo esse mais exacerbado quando se trata de uma situação de urgência, não prevista e potencialmente ameaçadora da vida (Santos et al, 2014).

⁶ Reg. Nº 140/2019.

O conforto de um doente em ambiente operatório vai muito além do correto posicionamento na marquesa operatória, do aquecimento corporal ou da manutenção de um ambiente calmo e relaxante. Kolcaba define o conceito de conforto na “Teoria do Conforto” como “ experiência instantânea em satisfazer necessidades humanas básicas, como ter uma necessidade de conforto atendida, atingir um estado de calma e ter a capacidade de superar problemas ou dor, expressa numa visão holística e baseada na função de conforto que é uma das funções da disciplina de enfermagem (Kolcaba e Wilson, 2002). É por isso de extrema importância prestar atenção ao conforto do doente no período peri operatório, ou noutras palavras, providenciar um ambiente e experiências de conforto poderá reduzir complicações associadas a um elevado nível de ansiedade do doente cirúrgico (Zeynep, Gozde, Ikbal, & Emel, 2020).

1.1 RESUMO

Introdução: Os procedimentos cirúrgicos realizados sob anestesia regional representam um desafio acrescido para enfermeiros e anestesistas uma vez que o paciente está acordado e exposto a múltiplos estímulos visuais e auditivos que podem causar ansiedade.

A música é frequentemente usada em ambientes quotidianos para ajudar as pessoas a relaxar e a desviar a sua atenção de situações desagradáveis e stressantes, assim como procedimentos cirúrgicos.

Objetivo: O objetivo desta scoping review é mapear e compreender a extensão da evidência científica disponível sobre a musicoterapia como intervenção terapêutica na necessidade de sedação profunda em pacientes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional.

Método: Foi realizada uma Scoping Review, com base nos pressupostos do Joanna Briggs Institute. Critérios de inclusão: População – Pacientes adultos; Conceito –

Musicoterapia; Contexto – pacientes adultos submetidos a anestesia loco regional. Foram incluídos 9 artigos publicados até agosto de 2022.

Resultados: A síntese dos dados desta Scoping Review é baseada numa narrativa descritiva, realizada através de pesquisas em bases de dados, de descritores *MeSH* e *DeCS*, que permitiram obter um número de artigos analisados de acordo com o fluxograma PRISMA. Posteriormente, foi elaborada uma tabela que descreve os resultados obtidos com a pesquisa efetuada.

Conclusão: A musicoterapia tem efeitos benéficos comprovados cientificamente na redução da ansiedade e relaxamento em doentes peri operatórios. No entanto, são necessários mais estudos, com maior robustez, para aferir se o uso de musicoterapia como intervenção terapêutica tem influência sobre a necessidade de maior ou menor nível de sedação em doentes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional.

Palavras chave: Adulto, musicoterapia, anestesia loco regional, sedação profunda, período perioperatório.

1.2 INTRODUÇÃO

Uma das primeiras frases proferidas pelos pacientes quando são recebidos pela equipa de enfermagem no B.O. é "Por favor, ponha-me a dormir. Não quero ouvir nada."

O B.O. é um ambiente complexo, desconhecido da esmagadora maioria das pessoas, gerando emoções negativas e stress extremo, relacionado com o medo da cirurgia e da anestesia, nomeadamente a hipótese de "não acordar da anestesia" (Agius, 2021; Azi et al., 2021).

Muitos pacientes experimentam altos níveis de ansiedade relacionados com procedimentos cirúrgicos, especialmente quando se usa anestesia loco regional e o paciente está acordado e pode aperceber-se dos múltiplos estímulos ambientais (Agius, 2021; Arango-Gutiérrez et al., 2019; Bae et al., 2014).

A sedação, usada como técnica anestésica complementar à anestesia loco regional, é essencial para manter o paciente confortável, abstraindo-o de todos os estímulos e ruídos que o rodeiam (Tran et al., 2020).

No entanto, para atingir este nível de conforto, é frequentemente necessário usar uma sedação profunda (Fu et al., 2020), que de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologia, pode causar uma alta taxa de delírio pós-operatório em pacientes idosos com potenciais danos neurológicos.

Estudos mostram que o uso de música intraoperatória pode reduzir significativamente a necessidade de consumo pós-operatório de opióides, bem como a necessidade de administrar altas doses de propofol e midazolam (Pulgarín Díaz et al., 2019), atingindo o mesmo nível de sedação (Fu et al., 2020).

As mudanças fisiológicas e psicológicas são inevitáveis no doente cirúrgico (Tabrizi et al., 2012), o que pode comprometer a eficácia da própria cirurgia (Agius, 2021; Liang et al., 2021). É importante que anestesistas e enfermeiros, considerem o uso de outras estratégias, como a Musicoterapia, de forma a aumentar o conforto e diminuir a tensão e a ansiedade dos doentes submetidos a anestesia loco-regional (Tabrizi et al., 2012).

A musicoterapia é apresentada como uma forma complementar ou alternativa de intervenção terapêutica, proporcionada por um profissional de saúde, num contexto específico (Agius, 2021). Aparece assim como uma técnica adjunta da anestesia, nos casos em que o paciente precisa de ser submetido a uma cirurgia com anestesia loco regional.

Alguns estudiosos afirmam que a musicoterapia surgiu na altura da descoberta do fogo (Pulgarín Díaz et al., 2019), com o “bater” de uma pedra na outra (Fluture, 2019), e os primeiros registos sobre terapia musical foram os "Papiros de Lahun", (antigos textos egípcios), numa altura em que a música já era usada como terapia para aliviar crises existenciais e problemas de ansiedade, principalmente relacionados com a morte.

A musicoterapia contemporânea está enraizada nos hospitais militares da Segunda Guerra Mundial, onde foi usada para colaborar na recuperação física e mental dos

soldados que regressavam da guerra, de forma a diminuir a dor e aliviar o sofrimento causado pelos combates (Fluture, 2019).

Desde então, a música tem sido usada como uma intervenção terapêutica para aumentar a sensação de bem-estar e relaxamento, especialmente em situações crónicas. Vários estudos focados nas interações neurais criadas pela música permitiram relacionar o uso da música com a ativação de certas áreas do cérebro relacionadas com funções emocionais e cognitivas, atuando como prevenção de ansiedade, depressão e controlo da dor (Azi et al., 2021).

Este conceito é descrito como "música medicinal" e envolve o uso de música pré-gravada, fornecida pelo profissional de saúde. Embora existam estudos que demonstram que a música clássica tem um resultado mais significativo, outros defendem que a música deve ser escolhida pelo paciente para ser mais eficaz.

A implementação da musicoterapia como uma intervenção terapêutica dentro da medicina peri operatória foi descrita pela primeira vez em 1914 por Evan Kane (Pulgarín Díaz et al., 2019).

Uma vez que não faz parte do currículo dos cursos de Medicina e Enfermagem, parece ter pouca ou nenhuma aceitação por parte destes profissionais de saúde.

Apesar de ser uma ciência que se apresenta como rentável, não invasiva e segura se aplicada aos cuidados de saúde (Azi et al., 2021), parece ainda não ter sido capaz de encontrar o seu espaço na área da anestesia, como um adjuvante da terapia farmacológica, permitindo o uso de doses mais baixas de alguns fármacos, impedindo os efeitos deletérios dos mesmos (Pulgarín Díaz et al., al., 2019).

É necessário perceber se esta lacuna se deve à falta de conhecimento científico sobre o assunto, se não existem estudos suficientes sobre o assunto, ou se simplesmente os profissionais de saúde não estão despertos para as vantagens do uso da musicoterapia como intervenção terapêutica, no contexto de cirurgias realizadas sob anestesia loco regional.

Assim, tendo em conta um aparente défice no conhecimento do fenómeno em estudo, considerou-se necessário mapear os conhecimentos científicos já produzidos sobre o assunto através da realização de uma Revisão de Scoping.

1.3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa preliminar da MEDLINE, da Base de Dados de Cochrane de Revisões Sistemáticas e da Síntese de Provas JBI (Joanna Briggs Institute) e não foram identificadas revisões sistemáticas realizadas ou revisões sistemáticas em curso sobre o tema.

Assim, justifica-se mapear os conhecimentos científicos já produzidos sobre o assunto através da realização de uma Revisão de Scoping.

Primeiramente, realizou-se uma pesquisa geral sobre o tema usando os descritores “*adult*”, “*music therapy*” e “*regional anaesthesia*”, o que nos permitiu avaliar que existe pouca produção científica e dispersa sobre o assunto em estudo, sendo que a maioria dos estudos se centra no uso da musicoterapia em outras áreas da saúde que não o intraoperatório, o que reforça a necessidade da elaboração de uma *Scoping Review* que permita mapear e compreender a extensão da evidência científica disponível sobre a musicoterapia como intervenção terapêutica na necessidade de sedação profunda em pacientes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional.

Procedeu-se depois à definição de critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC, em que a População (P) são os pacientes adultos; o Conceito (C) é a musicoterapia (enquanto intervenção terapêutica) e o Contexto (C) considerou-se os pacientes adultos submetidos a anestesia loco-regional.

Como critérios de exclusão para a população, foi excluída toda a população pediátrica até aos 18 anos de idade; no que diz respeito ao conceito, foram excluídos estudos que não contemplam a musicoterapia como intervenção terapêutica; e em relação ao contexto, foram excluídos os estudos realizados no contexto da anestesia que não a anestesia regional.

A estratégia de pesquisa booleana foi realizada, procurando encontrar os melhores descritores em saúde que identificassem o tema, recorrendo-se assim aos instrumentos de indexação *MeSH* e *DeCS*. À medida que a pesquisa foi avançando,

foi possível encontrar palavras-chave e conceitos que descrevem o fenómeno em curso e que foram incluídos na pesquisa nas bases de dados.

Recorreu-se às bases de dados *Pubmed®*, *CINAHL PLUS®*, *MEDLINE® COMPLETE*, *NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION™*, *COCHRANE PLUS COLLECTION* e *MedicLatina™*.

A pesquisa foi operacionalizada cruzando os descritores e palavras-chave com *AND* e *OR*: Tx anesthesia conduction *OR* Tx regional anesthesia *OR* Tx intraoperative period *OR* AB perioperative care *OR* AB surgical procedure *OR* AB operating room) *AND* (S1 *and* S2) em que:

S1 (Tx adulto *OR* TI adult patient *OR* TI surgical patient *OR* TI patient care) – modo de busca booleano / frase.

S2 (Tx music Therapy *OR* Tx deep Sedation *OR* TI music *OR* TI music intervention *OR* TI acoustic intervention *OR* TI conscious Sedation) – modo de busca booleano / frase; aplicar assuntos equivalentes.

Esta revisão considerou estudos primários, RSL e revisões narrativas. Inclui estudos de paradigma quantitativo, qualitativo e com métodos mistos: estudos observacionais (com desenhos descritivos, exploratórios e analíticos) e experimentais (incluindo estudos clínicos controlados randomizados, estudos clínicos não randomizados ou outros estudos quasi-experimentais), bem como estudos de coorte transversal e longitudinal.

Foram considerados para esta scoping artigos em português, inglês e castelhano, uma vez que são as línguas dominadas pelos investigadores. O limite temporal estabelecido para esta scoping traduz os artigos publicados nos últimos dez anos.

A seleção da amostra final foi efetuada por dois revisores independentes, através da leitura do título, resumo e texto completo, tendo sido também consideradas as referências dos respetivos artigos.

A decisão de inclusão dos artigos na amostra foi realizada pelos elementos da equipa de investigação tendo-se sistematizado a seleção pelo fluxograma PRISMA

(*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses*) com a inclusão final de 9 artigos.

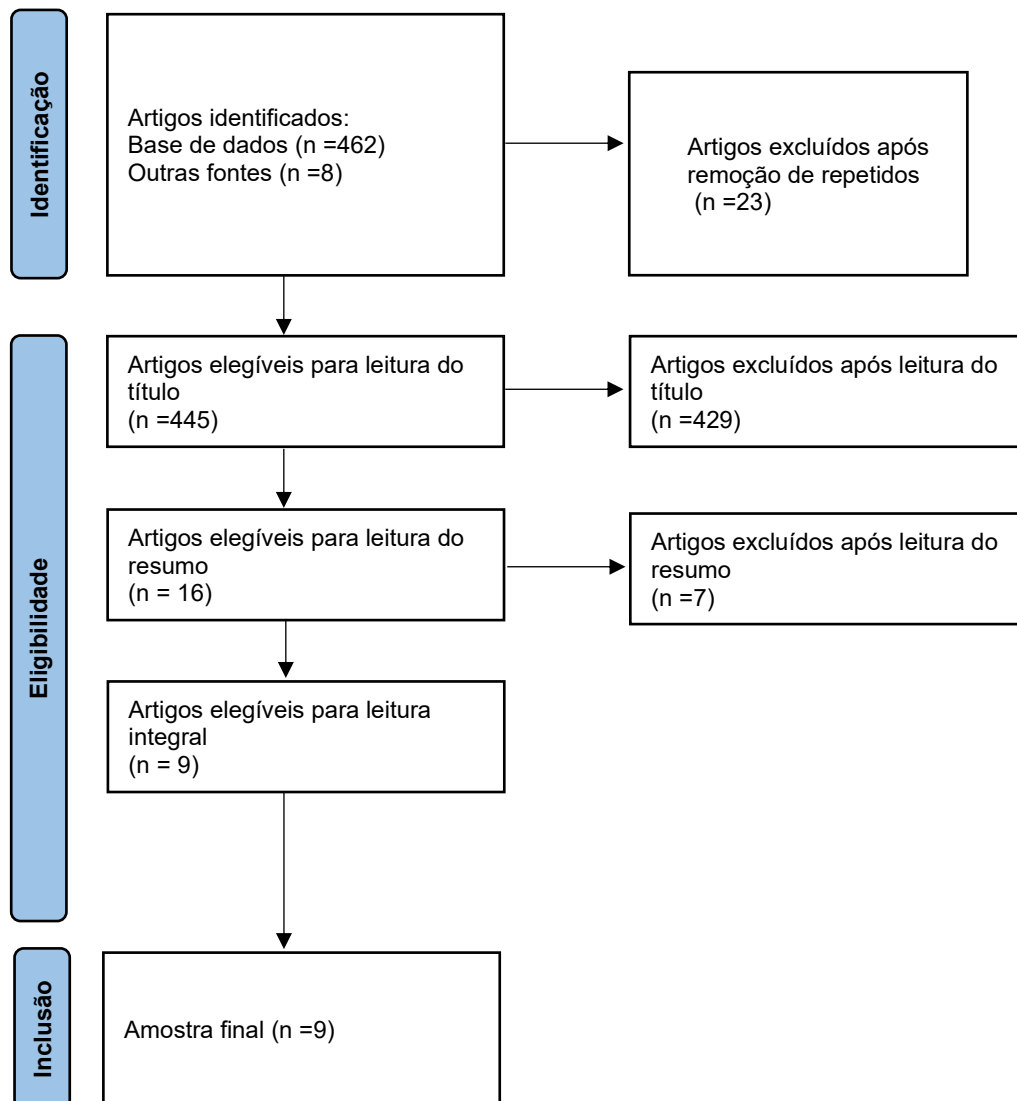
1.4 RESULTADOS

A síntese dos dados desta Scoping Review é baseada numa narrativa descritiva, em que a pesquisa foi iniciada em abril de 2022 tendo sido concluída em agosto do mesmo ano.

Da pesquisa inicial obtiveram-se quatrocentos e sessenta e oito artigos, sendo que após remoção dos repetidos permaneceram quatrocentos e quarenta e cinco artigos. Através da leitura do título foi possível excluir quatrocentos e vinte e nove artigos cujo contexto era outro que não a anestesia loco regional, realizados em ambiente exterior ao bloco operatório, ou que não relacionassem a musicoterapia com a anestesia loco regional. Dos dezasseis artigos selecionados para leitura do resumo, foi possível eliminar sete artigos que tinham crianças como população, estudos realizados exclusivamente no pré-operatório ou pós-operatório e estudos que se reportavam exclusivamente a anestesia geral.

Os nove artigos remanescentes foram lidos de forma integral e foram todos integrados na amostra final de acordo com o fluxograma PRISMA.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA da estratégia de pesquisa



Foi elaborada uma tabela (Tabela 1) para sintetizar a extração dos dados dos artigos analisados, preenchida após a leitura completa dos mesmos tendo em conta os itens: Artigo, autor e ano, objetivo e resultados.

Tabela 1 – Objetivos e resultados obtidos com a amostra final após mapeamento.

Artigo	Título	Autor/ano	Objetivos	Resultados
1	<i>Benefits of intraoperative music on orthopedic surgeries under spinal anesthesia: A randomized clinical trial</i>	Azi, L; Azi, M; Viana, M; Panont, A; Oliveira, R; Sadigursky, D; Alencar, D 2021	Determinar se a música instrumental influencia o estado de ansiedade e os requisitos sedativos intraoperatórios de um paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvir música durante alguns tipos de cirurgias ortopédicas do membro inferior está associado à diminuição da ansiedade pós-operatória e à redução dos medicamentos sedativos intraoperatórios. ➤ Ouvir música poderia ser sugerido como parte de uma abordagem multidisciplinar para melhorar a recuperação.
2	<i>The impact of music and noise-cancellation on Sedation requirements during total knee replacement: A randomized controlled trial</i>	Tran, B; Nowrouz, M; Dhillon, S; Xie, K; Breslin, K; Golladay, G. 2020	Determinar se os pacientes que recebem música durante a prótese total do joelho serão menos propensos a necessitar de Sedação durante o procedimento. Determinar se a música diminui as pontuações da dor e o consumo de opióides no pós-operatório.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A música como uma intervenção isolada num ambiente complexo de bloco operatório pode ser sobrestimada. ➤ Existem resultados promissores se as técnicas de redução do ruído (incluindo a música) forem incorporadas com sedação controlada pelo paciente, especialmente na população geriátrica.

Artigo	Título	Autor/ ano	Objetivos	Resultados
3	<i>Sonoterapia en la reduccion de la ansiedad y el dolor posoperatorio en pacientes con anestesia regional como técnica única: ensayo clinico aleatorizado y controlado.</i>	Gutierrez, A; Cifuentes, L; Hinestroza, A; Paniagua, S; Moreno, E; Díaz, J; Trespacios, E; Lotero, M; Obregon, M. 2019	Determinar se a musicoterapia reduz o nível de ansiedade e a dor pós-operatória em adultos submetidos a cirurgia ortopédica ambulatoria sob anestesia regional.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A musicoterapia é uma estratégia que reduz significativamente a pressão arterial sistólica como indicador da diminuição da ansiedade em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas sob anestesia regional. ➤ Não foi encontrada nenhuma diferença significativa em termos de controlo da dor e da ansiedade, nem no pedido de sedação ou analgesia adicional, mas a musicoterapia é uma técnica simples e económica que exerce efeitos de relaxamento.
4	<i>Intra-operative music listening for anxiety, the BIS Index, and the vital signs of patients undergoing regional anesthesia.</i>	Bae, I; Lim, H; Hur, M; Lee, M. 2014	Investigar os efeitos da música intraoperatória na ansiedade, no Índice BIS, e nos sinais vitais dos pacientes submetidos a anestesia regional para cirurgia.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os resultados mostram que os participantes que ouviram música experimentaram níveis mais elevados de sedação a partir dos 15 minutos após o início da cirurgia. ➤ A sedação foi melhor mantida no grupo experimental. ➤ Foi mantido um Índice BIS de 75 e a música provou ser uma intervenção de enfermagem eficiente e não invasiva que não exigia o uso de medicação adicional. ➤ Há uma redução significativa da pressão arterial a partir de 30 min após a cirurgia até sair da sala de cirurgia. ➤ Uma grande limitação para este estudo é a não utilização de métodos de aleatoriedade para escolher os pacientes que usam auscultadores, o que pode exagerar os efeitos da música. ➤ A música pode reduzir a ansiedade com um efeito imediato e sustentado na Sedação.

Artigo	Título	Autor/ ano	Objetivos	Resultados
5	<i>The effect of music on the level of cortisol, blood glucose, and psychological variables in patients undergoing spinal anesthesia.</i>	Tabrizi, E; Sahraei, H; Rad, S; Hajizadeh, E; Lak, M. 2012	Definir o efeito da música no nível de cortisol, glicose no sangue e variáveis psicológicas em pacientes sob anestesia espinal.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A Musicoterapia pode trazer efeitos positivos na ansiedade do paciente e em alguns dos sinais vitais. ➤ A música deve ser usada como um tratamento complementar para reduzir a ansiedade e o cortisol no sangue em pacientes sob anestesia espinal.
6	<i>The Effect of Perioperative music on medication requirement and Hospital lenght stay</i>	FU, V; Oomens, P; Klimek, M; Verhofstad, M; Jeekel, J. 2020	Averiguar e quantificar o Efeito da música peri operatória na exigência de medicação, duração da estadia e custos em pacientes cirúrgicos adultos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A música peri operatória pode reduzir a exigência de medicação pós-operatória de opióides e medicamentos sedativos intraoperatórios. ➤ Parece ser seguro e amigável para o paciente, dada a elevada satisfação dos pacientes relatados sem efeitos adversos observados.
7	<i>Anxiolytic effects of intraoperative music Therapy in adults undergoing local anaesthetic interventions</i>	Agius, M. 2021	Estudar o Efeito da musicoterapia intraoperatória no alívio da ansiedade em adultos submetidos a cirurgia sob anestesia local.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presente, não é possível uma conclusão definitiva sobre se a terapia musical é eficaz na redução da ansiedade intraoperatória. ➤ A evidência é promissora e aponta para a probabilidade de resultados benéficos resultantes da intervenção terapêutica da musicoterapia.

Artigo	Título	Autor / ano	Objetivos	Resultados
8	<i>Música perioperatoria: estado del arte y aplicabilidade en la práctica anestésica.</i>	Díaz, J; Gonzalez, D; Jordán, J; Marín, P. 2019	Realização de uma revisão não sistemática em bases de dados reconhecidas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A aplicação da música no campo da anestesiologia representa uma ferramenta valiosa e segura quando se procura alternativas de tratamento que possam reduzir a mortalidade, a morbilidade e os custos. ➤ São necessários mais estudos para determinar o âmbito da musicoterapia como uma intervenção terapêutica, que permite a conceção de protocolos de ação na prática anestésica, com base em evidências científicas.
9	<i>Application of Music Therapy in General Surgical Treatment</i>	Liang, J; Tian, X; Yang, W. 2021	Rever a história do desenvolvimento e das perspetivas da musicoterapia na cirurgia geral.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A musicoterapia é eficaz na mitigação de emoções negativas, aliviando a dor e estabilizando sinais vitais. ➤ A musicoterapia no ambiente cirúrgico ainda está nos primeiros dias da sua existência, e ainda há muito espaço para o desenvolvimento futuro.

No decorrer da avaliação dos dados extraídos, elaborou-se a Tabela 2 que reflete o número de referências relativamente a cada resultado obtido pela análise dos artigos da amostra final. Definiu-se que o número de referências (n) corresponde ao número de vezes que determinado resultado foi obtido dos nove artigos analisados, sendo o resultado final (frequência relativa) apresentado sob a forma de percentagem.

Tabela 2 – Frequência relativa dos resultados obtidos após análise dos artigos.

Resultados obtidos	Número de referências (n)	Frequência relativa (%)
Ouvir música está associado a diminuição da ansiedade pós-operatória e à redução da dose de sedativos intraoperatórios.	4	44%
É uma técnica simples, económica e não invasiva, bem tolerada pelos pacientes.	4	44%
A musicoterapia pode ser usada como terapia complementar na anestesia loco regional.	3	33%
A musicoterapia reduz a tensão arterial sistólica.	3	33%
A musicoterapia é uma técnica terapêutica com resultados promissores.	3	33%
Não foi encontrada relação entre a musicoterapia e o controlo da dor e ansiedade.	2	22%
A musicoterapia exerce algum tipo de relaxamento.	2	22%
A musicoterapia como intervenção terapêutica isolada está sobrestimada.	1	11%
Ouvir música aumenta os níveis de sedação.	1	11%
Ouvir música mantém os níveis de sedação conseguidos através de opioides.	1	11%

1.5 DISCUSSÃO

Presentemente, os doentes que tratamos apresentam mais desafios e uma maior complexidade. Esta reflete-se em pacientes mais idosos, com mais comorbilidades associadas, a necessidade de procedimentos cirúrgicos mais ousados e novas e complexas tecnologias (Fragata et al, 2006).

A anestesia é uma das áreas de medicina que mais tem evoluído ao longo das últimas décadas, com benefícios bem estabelecidos como o alívio da dor, a redução do consumo de opióides e um rápido retorno do paciente à atividade (Pack, E. 2021). Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da realização de técnicas de anestesia loco-regional, com comprovado benefício para pacientes, profissionais e instituições de saúde permitindo uma gestão mais eficiente e rentável dos programas cirúrgicos (com menores custos), proporcionar anestesia para a realização da cirurgia com profunda analgesia no intraoperatório com a possibilidade de a prolongar no pós-operatório (<https://www.apca.com.pt>).

No entanto, um dos maiores obstáculos referidos pelos pacientes quanto ao uso desta técnica é o facto de se encontrarem acordados (Liang et al, 2021) e potencialmente expostos aos estímulos ameaçadores e agressivos existentes numa sala de BO e em relação à cirurgia propriamente dita (Bae et al, 2014).

No período peri operatório, o paciente demonstra elevada ansiedade como uma resposta fisiológica ao enfrentar um ambiente desconhecido, perante a possibilidade de um *outcome* incerto em relação ao seu processo de saúde e doença (Gutierrez et al, 2019).

Por este motivo é importante que os enfermeiros considerem o uso de estratégias ou intervenções terapêuticas, como a musicoterapia, para tentar aumentar o conforto do paciente e procurar diminuir a sua ansiedade, concomitantes com a anestesia loco-regional (Tabrizi et al, 2012).

De acordo com a avaliação realizada, e de acordo com a maioria dos autores (44% dos estudos analisados), considera-se que a música estará associada a uma diminuição da ansiedade pós-operatória e à redução dos medicamentos sedativos

usados durante a cirurgia (Azi et al, 2021; Bae et al, 2014; Tabrizi et al, 2012; Fu et al, 2020).

No entanto, existem também autores (22% dos artigos analisados) que referem não existir relação comprovada entre a musicoterapia e o controlo da dor e ansiedade (Gutierrez et al, 2019 e Agius, 2021). Gutierrez et al, refere que não observaram diferenças estatisticamente significativas entre a dor (medida pela escala visual) e a ansiedade medida pela escala STAI (escala de autoavaliação da ansiedade) entre os grupos que foram ou não submetidos à intervenção terapêutica (musicoterapia). Da mesma forma, Agius sugere que a música pode não satisfazer cada indivíduo da mesma forma e pode ser necessário adaptá-la aos gostos e preferências de cada paciente. Do mesmo modo, refere que estudos que não contemplaram a escolha da música por parte dos pacientes podem ter reduzido a significância estatística sobre o efeito da intervenção terapêutica.

A musicoterapia parece ser uma intervenção terapêutica eficaz desde que usada de forma complementar com a anestesia loco-regional, de acordo com um elevado número de autores (33% - Tabrizi et al, 2012; Azi, et al, 2021 e Tran et al, 2020).

Tabrizi e colegas, referem que a música pode diminuir os níveis de cortisol em circulação sanguínea e assim diminuir também a ansiedade, e que esta diminuição seria ainda mais significativa se fossem os próprios pacientes a escolher a música que gostariam de ouvir durante a intervenção cirúrgica. Assim, recomendam que a música seja usada como terapia complementar à anestesia loco-regional.

Segundo Azi e colegas, que também partilham da mesma opinião, parece haver uma evidência estatisticamente significativa entre o consumo de drogas sedativas e o uso de musicoterapia intraoperatória, sendo que o consumo diminui com musicoterapia como intervenção terapêutica. Sublinham então que a musicoterapia possa ser usada como adjuvante da anestesia loco-regional.

No estudo efetuado por Tran et al, verificou-se que a música tinha algum impacto em reduzir o ruído ambiente do BO, e para alguns pacientes foi possível reduzir as doses de sedação administradas, embora não fossem estatisticamente representativos, pelo que não conseguem afirmar que existe uma efetiva redução do consumo de sedativos com o uso de musicoterapia. No entanto, referem que se

se associar a redução do ruído com a sedação controlada pelo paciente, poderão conduzir a procedimentos mais seguros e satisfatórios, sobretudo na população idosa.

A musicoterapia reduz os níveis de tensão arterial sistólica. Esta evidência encontrada (Gutierrez et al, 2019, Bae et al, 2014 e Tabrizi et al, 2012) parece não ser relevante na maioria dos estudos, mas aponta também para uma relação entre a diminuição da tensão arterial e a diminuição da ansiedade, sendo que, se se conseguir diminuir a ansiedade, poderá também conseguir-se atingir níveis mais baixos de pressão sanguínea, com evidentes benefícios para o procedimento cirúrgico propriamente dito com a eventual diminuição do risco de hemorragia.

A musicoterapia induz um estado de relaxamento. Para Liang e colegas (2021), esta intervenção pode estimular o sistema límbico do cérebro relacionado com as emoções, promovendo assim a secreção de endorfinas e aumentando a excitabilidade dos nervos parassimpáticos, atingindo um efeito de relaxamento.

Poucos estudos relacionam o nível de sedação dos doentes com a utilização da musicoterapia como intervenção terapêutica. No entanto, para Bae et al (2014), parece existir uma relação entre a musicoterapia e o nível de sedação evidenciado pelos pacientes submetidos a anestesia loco-regional. Referem que os pacientes que ouviram música encontravam-se melhor sedados, por mais tempo, com um índice de BIS (Bispectral Index) de 75 ou superior, sem necessidade de maiores doses sedativas, mantendo o conforto e satisfação.

A musicoterapia é uma técnica simples, económica e não invasiva que pode ser usada numa variedade de situações (Fu et al, 2020; Díaz et al, 2019, Gutierrez et al, 2019 e Bae et al, 2014). De acordo com estes autores, é fácil implementar um programa de musicoterapia em ambiente de BO, apenas requer um aparelho transmissor de música, headphones e ligação à internet.

A musicoterapia, não sendo uma intervenção médica por si só, constitui uma intervenção terapêutica que parece funcionar bem em complementaridade com as técnicas anestésicas convencionais. Parte importante dos artigos analisados referem que a musicoterapia é uma técnica terapêutica com resultados promissores

na diminuição da ansiedade e relaxamento dos pacientes submetidos a anestesia loco-regional (Agius, 2021; Liang et al, 2021 e Díaz et al, 2019).

Perante a evidente falta de produção científica na área, considera-se que são necessários mais estudos que se foquem em:

- Identificar se a musicoterapia é eficaz em todos os tipos de cirurgia, de maior ou menor duração e complexidade;
- Avaliar os efeitos peri operatórios da música em complicações pós-operatórias, recuperação clínica, custos e processos de implementação da intervenção terapêutica;
- Explorar em profundidade as mudanças fisiológicas que ocorrem em pacientes programados para cirurgia eletiva, como indicadores da redução dos estados de ansiedade;
- Saber qual o tipo de música mais eficaz na redução dos níveis de ansiedade e sedação.

1.6 CONCLUSÕES

Existe uma vasta produção científica sobre musicoterapia e os seus efeitos como intervenção terapêutica, no âmbito da saúde em geral. Existem poucos estudos relativos ao uso da musicoterapia em ambiente de BO nomeadamente no intraoperatório e menos ainda versam sobre os efeitos da música em pacientes submetidos a anestesia loco-regional. Esperamos que esta Scoping Review venha a alertar para a necessidade de mais produção científica nesta área.

A musicoterapia tem efeitos benéficos comprovados cientificamente na redução da ansiedade e relaxamento em doentes peri operatórios. No entanto, são necessários mais estudos, com maior robustez, para aferir se o uso de musicoterapia como intervenção terapêutica tem influência sobre a necessidade de mais ou menos sedação em doentes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional.

2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA

Os conhecimentos e experiências vivenciadas durante o curso de Mestrado, permitem ao enfermeiro de cuidados gerais adquirir competências de enfermeiro especialista, tal como está descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) *“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”* Para aceder a este título académico, o enfermeiro de cuidados gerais terá de demonstrar possuir competências comuns *“que envolvem a dimensão da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a capacidade e responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita melhorar de forma contínua a prática de enfermagem”* (Reg. nº 140/2019) e competências específicas na sua área de atuação *“conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção”* (Reg. nº 429/2018).

A formação do enfermeiro especialista deve promover competências ou potencial para o domínio de um campo de conhecimento específico nos seus saberes ou conhecimentos, inseridos dentro de uma especialidade definida e reconhecida. Deve situar-se no domínio de novos fazeres na sua abrangência e profundidade ou complexidade própria com domínio de tecnologias avançadas, aprendidas ou experienciadas em campos de práticas de ensino de referência para aquela especialidade (Erdmann, 2009). Este pressuposto vai de encontro ao estabelecido por Benner (2005) quando afirma que a aprendizagem experiencial em situações de alto risco requer coragem e ambientes que apoiem a aprendizagem.

O estágio em Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, constituiu assim uma etapa fundamental e imprescindível no meu percurso académico, uma vez que me permitiu adquirir, aprofundar e desenvolver competências que até agora não possuía ou que não estavam suficientemente desenvolvidas. Pretendeu ser uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, procurando aliar os conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso à componente prática, e que me permitirá obter o grau de Especialista em Enfermagem nos cuidados prestados à pessoa e família em situação crítica, de acordo com o estabelecido no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018).

Sendo dois contextos de prestação de cuidados vocacionados para a prestação de cuidados médicos e de enfermagem a doentes críticos, são ao mesmo tempo, distintos e complementares na sua atuação, pelo que constituem áreas ideais para o desenvolvimento de competências de especialidade.

Os estágios em UCI e SU decorreram em unidades de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

A escolha desta instituição para campo de estágio relaciona-se com a conveniência espacial do mesmo relativamente ao meu local de residência, mas sobretudo por ser uma instituição que apresenta uma filosofia de prestação de cuidados baseada na qualidade e segurança e na procura por cuidados de excelência, o que é reconhecido internacionalmente pela sua certificação pela *Joint Commission International*.

Além do forte princípio de humanização por que se rege, a estreita e positiva relação com a comunidade e com os Centros de Saúde são uma das suas grandes mais-valias, ao permitirem uma articulação próxima entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares.

A sua missão é ajudar as pessoas a viver vidas mais saudáveis e contribuir para que o sistema de saúde funcione melhor para todos e o seu propósito é melhorar o desempenho do sistema de saúde, bem como a saúde e bem-estar geral dos utentes e familiares (tal como se encontra definido no site da instituição).

2.1 COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Medicina Intensiva é a área das ciências médicas que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença crítica. Entende-se por doença crítica qualquer condição clínica que decorra com manifestação iminente ou declarada de disfunção ou de falência de órgão ou sistemas, impondo por essa razão um risco de vida elevado. Para o tratamento da doença crítica, em situações de falência de órgãos ou sistemas vitais, são essenciais sistemas de monitorização multimodal complexos e recursos tecnológicos que providenciam a substituição temporária de funções vitais, concentrados em estruturas tecnologicamente sofisticadas, designadas como “unidades de cuidados intensivos”. Nestas unidades convergem competências profissionais diversas, médicos especialistas em medicina intensiva, enfermeiros diferenciados na área da doença crítica, técnicos de reabilitação respiratória e motora, nutricionistas e farmacêuticos, conferindo à prática da Medicina Intensiva a sua dimensão multidisciplinar e multiprofissional (www.chln.min-saude.pt/).

Podem necessitar de cuidados intensivos os doentes em estado crítico potencialmente recuperável (prioridades 1 e 2 — eventualmente, 3) ou os doentes submetidos a cirurgia major, em que estes cuidados e os sistemas de suporte de vida têm um papel determinante na sua recuperação. A UCI, onde se concretizou o meu estágio, corresponde a uma unidade de classe III, com capacidade de monitorização invasiva contínua e de suporte de funções vitais, com acesso a meios de diagnóstico e terapêutica imprescindíveis e de controlo contínuo da qualidade. É um serviço altamente diferenciado, multidisciplinar e qualificado para assumir a responsabilidade integral de cuidar de todos os doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências várias com implicações para o ciclo vital. Atende maioritariamente doentes que necessitam de cuidados especializados no domínio da medicina intensiva, nomeadamente do foro respiratório, ainda que também preste assistência especializada a doentes do foro cirúrgico, especialmente em patologias mais complexas e potencialmente geradoras de alterações hemodinâmicas graves como é o caso da cirurgia abdominal major.

Trata-se de uma unidade do tipo misto, tendo uma área com 6 camas em regime de *open space*, e um quarto de isolamento. Engloba ainda a unidade de cuidados intermédios com 12 camas, 10 em regime de *open space* e 2 camas em quartos de isolamento com capacidade para ventilação mecânica. A estrutura física da UCI comporta diversos espaços de apoio e gabinetes de enfermagem e médicos, bem como um espaço dedicado a técnicas específicas como é o caso de tratamentos de hemodiálise a doentes internados ou provenientes de outros serviços, armazéns de equipamentos, vestiários, secretariado e uma sala de visitas, onde são prestados todos os esclarecimentos sobre a situação clínica do doente internado e onde é realizada a transmissão de más-notícias decorrentes do processo de doença vivenciado pelo doente crítico e prestado o apoio imediato à família e amigos.

Uma característica que me surpreendeu pela positiva, em contraste com outras UCI é a ampla iluminação natural existente, que atenua o desconforto e agressão provocada pela tecnologia, ao mesmo tempo que permite ter uma perceção do dia e da noite, condição tão importante em doentes que muitas vezes se encontram privados de estímulos sensoriais naturais.

Esta unidade encontra-se dotada de uma equipa médica permanente que comporta um diretor clínico, médicos especialistas em medicina interna e um grupo constante de médicos internos da especialidade. O rácio de enfermeiro/doente é adequado e de acordo com as normas emitidas pela Ordem dos Enfermeiros para o cálculo de dotações seguras (Reg. N°743/2019) em que existe um enfermeiro para cada 1-2 doentes de cuidados intensivos e um enfermeiro para cada 3-4 doentes de cuidados intermédios. O rácio é ajustado de acordo com a complexidade e grau de dependência de cuidados de enfermagem que cada doente apresenta. Para a avaliação deste rácio contribuem as Escalas TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) e NAS (Nursing Activities Score), que são avaliadas todos os dias pelo enfermeiro responsável de turno.

Conhecida a pertinência da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em ambiente de UCI, foram desenvolvidos objetivos específicos que nortearam o planeamento de atividades: 1) *“Desenvolver competências e conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa*

em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva – VMI”; 2) *“Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, pela mobilização de processos terapêuticos específicos (Musicoterapia).”*

O primeiro impacto com a realidade de uma UCI, que considerava intimidante e ameaçadora, foi suavizado pela integração cuidada e atenciosa prestada pelos vários elementos da equipa de enfermagem, equipa médica e assistentes operacionais. A existência de equipamentos e tecnologias complexas provocou-me ao mesmo tempo, uma sensação de receio pela dificuldade na sua operacionalização, mas também constituiu uma segurança acrescida para a minha atuação, uma vez que permitiu uma monitorização rigorosa e constante de todos os parâmetros de estabilidade hemodinâmica e a deteção precoce de focos de instabilidade associados a processos médicos e/ou cirúrgicos decorrentes de doença aguda ou crónica. Com o tempo, e através da mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso profissional e académico e com o precioso contributo da equipa de enfermagem e orientadora, pude ultrapassar os meus receios, encarando a tecnologia e os equipamentos como uma extensão extremamente valiosa, eficaz e necessária na minha abordagem ao doente crítico⁷. Exemplo disso foi a oportunidade de observar a realização de uma Técnica Dialítica, em doente que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico, tendo havido a necessidade de conjugar a realização da técnica, com os antecedentes clínicos e que poderiam interferir com a necessidade de utilização de anticoagulantes. É neste contexto, que a prática especializada de enfermagem se traduz na conceção de planos de intervenção, reconhecendo situações de elevada complexidade (necessidade de realização de diálise em doente que pela sua patologia não poderá realizar terapêutica de anti coagulação) ao mesmo tempo que implementa intervenções⁸ que permitem prevenir complicações ou eventos adversos decorrentes da situação de doença aguda ou crónica (vigilância dos parâmetros analíticos, hemorragia ou alteração do estado de consciência).

⁷ 2.1.8 “Desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas (...)” – Reg nº 429/2018.

⁸ 2.1.1 “Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos” – Reg. Nº429/2018.

O doente crítico que é admitido em UCI pauta-se pela total dependência de equipamentos e profissionais de saúde na manutenção das suas funções vitais, pelo que o seu acolhimento é facilitado quando *“o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de cuidados”* (Reg. 429/2018).

Pude vivenciar esta situação ao acolher na unidade um doente em status pós-paragem cardiorrespiratória (PCR), reanimado à entrada do hospital pela equipa de emergência médica interna. O doente é transferido para a cama de unidade pela equipa que o transporta e pelos enfermeiros disponíveis na unidade. A partir desse momento, o acolhimento é realizado por dois enfermeiros, que se posicionam à cabeceira do doente, cada um de seu lado e com funções muito específicas e complementares, assegurando-se que a observação sistemática é realizada, as prioridades terapêuticas são identificadas, e as intervenções de enfermagem começam a ser planeadas. Assim, num desses momentos, pude articular-me com a enfermeira orientadora, sendo que uma se assegurava da monitorização do doente, colaborava com o médico assistente na conexão e parametrização ventilatória, e a outra fazia uma avaliação geral e sistemática do doente, avaliando estado de consciência, pupilas, pele e mucosas, existência ou necessidade de perfusões e acessos venosos permeáveis, feridas ou alterações tegumentares, avaliação da dor e desconforto. Esta articulação entre os elementos da equipa permitiu-me aperceber que, a probabilidade de olvidar intervenções ou ignorar uma ação prioritária em detrimento de outra que poderia ser protelada, seria sempre menor, o que era garante de promoção de um ambiente terapêutico seguro, permitindo a deteção antecipada de focos de instabilidade ou alterações que colocassem em risco a recuperação do doente.

Uma das inovações realizadas nesta instituição hospitalar relaciona-se com o investimento feito em tecnologias de informação que trazem grandes mais valias no cuidado ao doente crítico. Exemplo disso é o programa BSimple® que assegura a interoperabilidade de dados com outros sistemas já implementados no hospital e reúne numa só plataforma os dados obtidos de monitores, ventiladores, bombas infusoras, dados laboratoriais e clínicos registados ao longo do internamento, ao mesmo tempo que permite a criação de um plano de cuidados de enfermagem, em permanente atualização, rigoroso, com levantamento imediato e simples de todas

as necessidades humanas e o controlo rigoroso de administração de medicação e hemoderivados. Pude refletir, juntamente com a enfermeira orientadora de que forma esta tecnologia facilita e promove a otimização da segurança do doente e dos profissionais ao alertar o utilizador para o erro na preparação ou administração de terapêutica, ou para o esquecimento de determinada intervenção programada. Embora tivesse alguma dificuldade na adaptação a este tipo de tecnologia, pude verificar que é efetivamente uma ferramenta de extrema utilidade para o enfermeiro, sobretudo quando este ainda não tem muita experiência profissional, e mesmo para os órgãos de gestão, uma vez que permite a extrapolação de dados que conseguem avaliar a qualidade das práticas clínicas.

Um dos indicadores de avaliação da unidade é a taxa de conformidade de administração de terapêutica e hemoderivados através do programa BSimple®, sendo que o serviço é avaliado de acordo com a taxa de conformidade com que a terapêutica correta é administrada, ao doente correto, no momento correto. O enfermeiro especialista tem aqui um papel relevante ao assegurar-se de que a taxa de conformidade se mantém acima dos níveis exigidos, ao promover ações de formação junto dos elementos menos experientes sobre a necessidade de cumprir com o regulamentado e ao notificar eventos adversos que decorram da utilização da plataforma informática.⁹

No entanto, uma vez que esta plataforma só está atualmente disponível para UCI, não se articulando com os restantes serviços de internamento, o enfermeiro tem sempre de realizar uma nota de alta/transferência, podendo verificar-se uma “quebra” na continuidade dos registos de enfermagem e na avaliação do plano de cuidados.

Ainda no seguimento do desenvolvimento de competências em práticas de qualidade para o doente e na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, verifico que um dos indicadores de qualidade de uma UCI é a taxa de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica.

⁹ B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Reg. 140/2019).

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma causa significativa de morbidade e mortalidade em doentes críticos em UCI submetidos a ventilação mecânica invasiva via tubo endotraqueal ou traqueostomia. A pneumonia associada à intubação endotraqueal em UCI de adultos em 2016 foi de 7,1 por 1000 dias de intubação (DGS, 2017). O diagnóstico precoce e a adoção de práticas conhecidas na prevenção da PAVM podem reduzir a mortalidade e diminuir o desenvolvimento de organismos resistentes a múltiplos medicamentos (Miller, 2018). Nesta UCI, as normas institucionais, determinadas pela DGS, são escrupulosamente cumpridas e visam a prevenção da infeção associada à ventilação mecânica. Através da minha abordagem ao doente crítico ventilado, pude experienciar e atuar em conformidade¹⁰, através de intervenções como a verificação da pressão do cuff (entre 20 e 30mmHg) antes de qualquer aspiração invasiva; higiene da cavidade oral pelo menos 3 vezes por dia com clorexidina a 0.2%; manter a cabeceira elevada a pelo menos 30° (sendo que só deve ser colocada num nível mais baixo após a aspiração de secreções traqueais e orais); rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento; discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação; manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes (Norma nº021/2015 – DGS).¹¹

As diversas experiências vivenciadas no cuidado especializado ao doente ventilado permitiram-me atingir plenamente o primeiro objetivo delineado: *“Desenvolver competências e conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva – VMI”*.

Relativamente ao plano de prevenção e controlo da infeção, pude intervir como elemento dinamizador de aprendizagem da família/cuidador, sobre a necessidade da realização da higienização das mãos, etiqueta respiratória e comportamentos

¹⁰ 3. “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” – Reg. Nº429/2018.

¹¹ 3.2.1 – “Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos” – Reg. Nº 429/2018.

promotores da prevenção de infeção, aquando da visita ao seu familiar/amigo. Este ensino, realizado no início e reforçado durante o internamento ao doente/familiar/amigo, constitui nesta unidade, uma necessidade identificada em plano de cuidados assim que o doente é admitido. Pude então refletir, de que forma este ensino contribui também para a diminuição da incidência das Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) (DGS, 2017), sendo o enfermeiro especialista um veículo primordial na avaliação das necessidades de prevenção da infeção ao identificar de forma autónoma o diagnóstico de enfermagem de risco de infeção e ao planear e adequar ao seu plano de cuidados, intervenções baseadas em evidência científica sólida que advém da sua investigação, experiência e atuação.

Na minha atividade profissional diária vejo-me permanentemente no papel de prestadora de cuidados de enfermagem a doentes que necessitam de sedação/ventilação para procedimentos do foro cirúrgico. Na minha prática diária, os doentes são extubados assim que se verificam as condições de segurança para manutenção da via aérea, ainda que se mantenham sedados e pouco reativos durante um curto período de tempo. Uma condição que é significativamente diferente em contexto de cuidados intensivos e que me causou grande apreensão, uma vez que na grande maioria das vezes, e por inerência do tempo prolongado de ventilação e condição clínica, os doentes são primeiramente acordados e só depois extubados. O período que decorre desde o aliviar da sedação e a extubação propriamente dita, pode ser longo e depende da capacidade do doente em manter uma ventilação eficaz sem recurso ao apoio do ventilador e é, na maioria das vezes, gerador de grande ansiedade e angústia para o doente entubado e/ou ventilado. Esta ansiedade e aparente sofrimento físico manifestado pelos doentes ventilados sempre me causou um sentimento de impotência e angústia face à necessidade que temos, como enfermeiros, de aliviar o sofrimento de quem cuidamos.

Relembro o apoio que prestei a um doente neste contexto e que me marcou de forma significativa, uma vez que pude desenvolver a minha capacidade de autoconhecimento¹² e a forma como ela interfere no estabelecimento de relações terapêuticas. Após estabilização da sua condição clínica, foi necessário iniciar o

¹² D1.1 – “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” – Reg. Nº140/2019.

processo de desmame ventilatório, através da diminuição gradual da sedação, sendo que o doente começou a acordar e a responder a ordens simples, ao mesmo tempo que evidenciava respostas de ansiedade e medo pelo facto de se encontrar acordado e entubado com suporte ventilatório.

Através de uma comunicação calma, assertiva e dirigida para as necessidades evidenciadas, consegui que o doente se mantivesse mais calmo, com períodos em que conseguia mesmo descansar, até que a extubação pudesse ser efetuada com segurança.

A comunicação constitui um dos principais elementos do cuidar em enfermagem, estando presente em todas as ações realizadas com o doente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar, identificando as suas necessidades, informando sobre os procedimentos ou situações que ele deseja saber, promovendo o relacionamento interpessoal com a restante equipa multidisciplinar e familiares (Pontes et al, 2008). O desenvolvimento de habilidades comunicacionais verbais e não verbais constitui um elemento primordial na relação terapêutica, sobretudo quando o doente está privado da capacidade de falar e se exprimir.

Fundamentei o desenvolvimento das capacidades comunicacionais na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, pois esta atesta que o foco principal se encontra na relação que se estabelece entre enfermeiro e doente através de ações que pretendem obter benefícios, de modo que as situações de cuidados possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Peplau, 1991). A comunicação terapêutica não se esgota no cuidado ao doente, sendo também de extrema importância no contato com familiares, na promoção de um ambiente de confiança que se traduz na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Recordo aqui os variados momentos de apoio e conforto que prestei a doentes e famílias, fosse pela conversa de circunstância, silêncios partilhados, sorrisos confortadores ou pela garantia da simples presença no mesmo espaço. Posso assim constatar, pelo desenvolvimento desta competência, que o enfermeiro especialista terá uma maior capacidade para observar, descodificar e extrair significado dos indícios evidenciados pela pessoa em situação crítica ou familiares e assim melhor compreender e atender às necessidades manifestadas.

Uma das grandes vantagens ambientais desta unidade, prende-se com a sua abertura ao exterior, abraçando vistas de mar e serra, através de amplas janelas que deixam entrar a luz natural, o que, por si só, atenua os efeitos negativos de um ambiente complexo, ameaçador, onde a tecnologia e o ruído imperam. Constatei que existia uma preocupação generalizada com a promoção de um ambiente de conforto que pudesse de alguma forma mitigar os efeitos nefastos deste tipo de ambiente em doentes sedados e ventilados, bem como a incidência de *Delirium*, síndrome com uma incidência de 85% em doentes ventilados, associado a internamentos prolongados, alta taxa de mortalidade hospitalar e pós-alta e custos mais elevados (Khan et al, 2017).

Os doentes internados em UCI são avaliados para o risco de *Delirium* e agitação, em todos os turnos, segundo as escalas CAM-ICU (Confusion Assessment Method) e escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale). Considerei então, que teria aqui uma oportunidade, para contribuir como elemento facilitador nos processos de aprendizagem, através da mobilização dos conhecimentos adquiridos com a pesquisa científica que contribuíram para a RSL documentada no capítulo anterior. Uma vez que a RSL foi elaborada num contexto muito específico de BO, e nomeadamente para o doente sedado submetido a cirurgia, tive necessidade de envidar nova pesquisa científica, nas mesmas bases de dados anteriormente referidas. O processo de pesquisa foi idêntico ao realizado para a RSL, tendo selecionado 5 artigos que abordavam a temática “A Musicoterapia como intervenção terapêutica em doentes sedados/ventilados em UCI”.

Pude então concluir que a música é uma terapia não farmacológica largamente estudada no campo médico, aliviando a dor e ansiedade (com diminuição do aporte de sedativos, opioides e diminuição da resposta neuro hormonal ao stress). No doente crítico, a música tem efeitos positivos na dor, ansiedade, stress, sinais vitais e necessidade de medicação sedativa e analgésica (Azi et al, 2021).

Um dos doentes que esteve sob os meus cuidados, evidenciou ao fim de vários dias de internamento, um quadro de *Delirium*, com agitação psicomotora e verborreia, pelo que com a concordância do enfermeiro responsável e enfermeira orientadora, usei esta intervenção terapêutica como forma de procurar controlar o estado de agitação psicomotora que claramente não estava a responder de modo satisfatório à terapêutica convencional instituída. Ao proporcionar alguns momentos

de música relaxante com recurso a auriculares colocados diretamente nos ouvidos do doente, pude constatar, ainda que incipientemente, que houve uma ligeira redução na agitação do doente, sendo que mantinha a sua verborreia e agitação, mas evidenciava mais e longos momentos de calma, o que vai de encontro ao estabelecido por Hunter et al (2010) que refere existirem 5 papéis importantes atribuídos à Música: 1) – um estímulo para foco ativo ou distração; 2) – facilitar uma resposta de relaxamento; 3) – como agente dissimulador; 4) – como agente informador; 5) – como estímulo ambiental positivo.¹³

Perante estas evidências, e em concordância com o enfermeiro responsável e enfermeira orientadora, elaborei uma formação para os enfermeiros sobre esta temática, que foi realizada em contexto de trabalho.¹⁴ A formação foi avaliada (de acordo com o instrumento de avaliação em uso na instituição) na sua pertinência, adequabilidade e interesse pelos participantes, sendo que foi considerada muito pertinente, bastante adequada às necessidades evidenciadas pelos doentes internados e de grande interesse para os participantes, que consideraram que todas as intervenções e medidas passíveis de diminuir o risco de *Delirium* e manter o conforto do doente são bem vindas, devem ser valorizadas e implementadas. Concomitantemente, apresentei no serviço um Poster resumo com os resultados da pesquisa (Apêndice II) e deixei também, ao cuidado do enfermeiro responsável um suporte digital, com compilação de música relaxante que poderia ser usado futuramente pelos doentes que pudessem usufruir desta intervenção terapêutica.¹⁵ Todas estas intervenções permitiram-me alcançar positivamente o segundo objetivo específico de estágio, “*Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, pela mobilização de processos terapêuticos específicos (Musicoterapia).*”

¹³ D2 – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” – Reg nº 140/2019.

¹⁴ D2.1 “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” – Reg. Nº 140/2019; D2.2 – “Suporta a prática clínica em evidência científica” – Reg. 140/2019.

¹⁵ D2.3 – “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” – Reg. nº 140/2019.

2.2 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO ESTÁGIO NO SU

Relativamente ao SU, ele encontra-se integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares, sendo classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de acordo com o Despacho nº 10319/2014. Recebe e presta cuidados permanentes, a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, com exceção de grávidas, do foro da Medicina, Cirurgia Geral e Ortopedia e com o apoio das restantes especialidades nos dias úteis. Dispõe de Viatura de Emergência Médica (VMER) que pretende dar resposta à pessoa em situação crítica antes da chegada ao SU, composta por médico e enfermeiro com formação avançada em Urgência e Emergência.

A instituição hospitalar cumpre com o exigido nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, ao ter implementado no serviço de urgência, o Sistema de Triagem de Manchester, a Via Verde AVC, a Via Verde Sépsis no adulto, e dispendo de uma primeira abordagem ao doente Via Verde Coronária e Via Verde Trauma, encaminhando estes doentes para instituições de referência para tratamento definitivo, uma vez que não dispõe de resposta avançada em cardiologia de intervenção e neurotraumatologia.

De acordo com as melhores práticas internacionais, o Hospital classifica as urgências de acordo com a Triagem de Manchester, estabelecendo uma ordem de prioridade, sendo o atendimento realizado de acordo com o risco clínico identificado perante as queixas apresentadas. Procura-se assim uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes, através de uma melhor gestão dos tempos de espera.

O SU funciona neste hospital em estreita colaboração com a UCI e restantes especialidades, nomeadamente através da articulação com os meios complementares de diagnóstico, 24h/dia, 7 dias por semana.

Em virtude da situação pandémica vivida nos últimos anos, o SU sofreu alterações significativas nos circuitos de circulação de doentes. Com o atual alívio das restrições de circulação, o SU foi lentamente regressando à sua orgânica e

estrutura inicial. Apenas se encontra ainda reservada uma área de isolamento para doentes suspeitos de doença contagiosa tipo MonkeyPox. Assim, o circuito habitual do doente urgente começa na área de admissão, sendo encaminhado para um dos dois postos de triagem, onde após uma primeira avaliação é estabelecida uma ordem de prioridade, sendo o atendimento médico realizado de acordo com o risco clínico identificado perante as queixas apresentadas. Procura-se assim uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes, através de uma melhor gestão dos tempos de espera. Existem duas zonas de atendimento, a urgência de ambulatório destinada a doentes com pulseira verde/azul atendidos no horário das 8-22h e uma zona de atendimento destinada a doentes com pulseira amarela ou laranja (recebendo também doentes com pulseira verde/azul no período noturno). Doentes emergentes triados com pulseira vermelha são encaminhados diretamente da rua para a sala de reanimação. Existe uma sala de enfermagem/balcão onde são prestados cuidados de saúde imediatos como medicação, análises e avaliação de parâmetros vitais, sendo que muitas vezes existe necessidade de usar este espaço como local de internamento curto para doentes em maca a aguardar resultados de exames ou encaminhamento para Sala de Observações (SO). Sempre que há necessidade de internamento, os doentes são encaminhados para uma área tipo “corredor”, onde podem permanecer desde algumas horas a alguns dias, consoante a sua situação clínica, perspetiva de tratamento e possibilidade de transferência para outros serviços hospitalares. Doentes que carecem de uma vigilância mais rigorosa, monitorização ou cuidados mais especializados, são encaminhados para SO. Este tem uma lotação de 15 camas, com possibilidade de mais duas camas em regime de isolamento. O SU articula-se ainda em estreita colaboração com o serviço de imagiologia, contíguo e de acesso direto desde a sala de reanimação, o que permite que no caso de atendimento de doente Via Verde AVC, se possa no mais curto espaço de tempo proceder a exames e a terapêutica de fibrinólise ou tratamento endovascular em unidade dedicada.

Neste contexto específico, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados revestem-se de particular importância dado o carácter urgente/emergente na abordagem ao doente crítico, a incerteza de um diagnóstico que se revela avassalador, a ausência de um *outcome* satisfatório ou mesmo a inevitabilidade de um desfecho que não se previa nem se desejava.

Assim, delineei, para além do objetivo geral já citado, objetivos específicos que pretendem nortear o planeamento das atividades a desenvolver em contexto de urgência: 1) *“Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa e família em situação crítica no contexto de sala de triagem, sala de observações e sala de reanimação”* e 2) *“Desenvolver competências na prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica na sala de observações.”*

O meu percurso no desenvolvimento de competências específicas em enfermagem no contexto de urgência iniciou-se com a familiarização com os circuitos, normas e protocolos do serviço, uma vez que, como *enfermeiro iniciado* neste contexto, existe uma necessidade de apoio por parte de profissionais com maior expertise ou através do acompanhamento pelo orientador (Benner, 2005). Para esta autora, a minha experiência prévia e o número de anos de trabalho isolados que detenho não asseguram o desenvolvimento de competências específicas, sendo necessário um período suficiente de interação no mesmo ambiente clínico e com as particularidades de uma determinada competência para que ocorra uma transformação qualitativa da experiência e o desenvolvimento de níveis elevados de competências. O processo de pensamento crítico necessário para atingir um elevado nível de competências é estimulado pela integração do conhecimento científico, experiências e raciocínio clínico que apoiam a prática profissional (Benner, 2008), tal como é evidenciado na descrição das competências comuns do enfermeiro especialista (Reg. nº140/2019): *“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas...demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”*

Por via desta inexperiência em SU, nomeadamente em protocolos e modos de atuação em situação de emergência, experienciei algumas dificuldades na adaptação ao serviço. Esta adaptação foi sendo facilitada ao longo do estágio, pela interação com outros elementos da equipa de enfermagem, pelas reuniões de orientação com a enfermeira tutora e pela Prof^a Orientadora de estágio e pela minha própria crítica e reflexão sobre as experiências vividas. Pude acompanhar de perto a enfermeira orientadora, no seu papel de chefe de equipa, remetendo-me para as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao

demonstrar uma atuação baseada na tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. Pude verificar que a enfermeira especialista tem autonomia para decidir atempada e assertivamente quais os doentes passíveis de serem internados, comunicá-lo à equipa médica, gerindo a sua equipa e recursos para permitir que esses doentes possam ser devidamente encaminhados para tratamento ou vigilância.¹⁶ Da mesma forma, Fentanes et al (2011), referem que esta autonomia, em enfermagem, significa a prática de profissionais que usam conhecimentos, habilidades e competências, e tomam decisões e resoluções no seu espaço de atuação.

Pude também observar e refletir sobre a forma como o Enfermeiro Especialista atua como líder, reunindo regularmente com os elementos menos experientes do serviço e promovendo momentos individuais de reflexão ao discutir os doentes que os enfermeiros têm a seu cargo, suportando a sua prática clínica em evidência científica, procurando que os elementos menos experientes adquiram um pensamento crítico, global e baseado nas melhores práticas existentes. De acordo com Silva e Camelo (2013), a liderança proporciona o encontro de diferentes pessoas e profissionais no trabalho em equipa, desafiando o enfermeiro a desenvolver habilidades de ouvir, relacionar-se bem com os seus liderados, de forma a tê-los como aliados no processo de cuidar, conquistando assim a sua autonomia profissional, ampliando o seu espaço de atuação. Verifico que esta prática tem vantagens evidentes para ambos os intervenientes, permitindo aos elementos mais novos adquirir segurança na sua atuação, fazê-los refletir sobre o que poderiam fazer melhor numa situação futura, e fomentando o estudo e investigação constante,¹⁷ ao mesmo tempo que promove no enfermeiro especialista o desempenho de papel de consultor, quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade (Reg nº140/2019).

O SU é uma unidade de atendimento urgente/emergente onde se reúnem ao mesmo tempo, pessoas com situações de doença com baixo grau de prioridade e

¹⁶ A 1.2 – “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade” – Reg. nº 140/2019.

¹⁷ C1.1.1 “Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa”; C1.1.3 “Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar” (Reg. 429/2019).

gravidade e situações de pessoas a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

O doente que recorre ao SU procura uma resposta imediata ao seu problema de saúde, que na sua expectativa é sempre urgente e imediato, muitas vezes não correspondendo à avaliação objetiva do enfermeiro através do processo de triagem, que lhe atribui um grau de prioridade menos elevado. Esta expectativa, aliada a uma espera que na maioria das vezes pode ser prolongada, cria nos doentes uma atitude de desespero e angústia.

Relembro o caso de uma doente que entra intempestivamente pelo balcão, dizendo que precisa de ajuda porque está há muito tempo à espera, refere sentir-se mal dizendo que vai desmaiar. Avaliando o discurso da doente, a sua postura e atitudes comportamentais, verifico que, embora evidencie alguns sinais de desconforto, estes não são congruentes com os sintomas que descreve. Munido-me dos conhecimentos adquiridos, instigo a doente a sentar-se, procuro estabelecer uma relação terapêutica procurando que se acalme, dizendo que compreendo a sua situação e que farei o possível para que no mais curto espaço de tempo se sinta melhor, ao mesmo tempo que saliento a necessidade da sua colaboração para a efetividade do seu tratamento¹⁸. Foi necessária uma atitude mais assertiva da minha parte perante esta doente para conseguir a sua adesão e a sua colaboração no seu tratamento.¹⁹ Algum tempo depois, após terapêutica e controlo dos sintomas teve alta médica e agradeceu-me pela atenção.

É também nesta fase de atendimento que surgem os maiores conflitos entre os profissionais e doentes/familiares e cuidadores. Este confronto ocorre pelo acumular de situações geradoras de stress perante a condição de doença, da incerteza do desfecho, do acumular de horas de espera em condições de pouco conforto físico e psicológico, da falta de notícias e da incapacidade do sistema em dar uma resposta rápida que vá de encontro às expectativas dos doentes e familiares. Durante o processo de hospitalização, doente e familiar/cuidador

¹⁸ A1.1.1 “Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente” (Reg nº 140/2019)

¹⁹ Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa/família/cuidador alvo dos seus cuidados (Reg. 429/2018).

Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e contexto. (Reg. 429/2018).

deparam-se com um ambiente estranho, com horários estabelecidos para cada atividade, pessoas que informam, manipulam e determinam o que pode ou não ser realizado. Perante isso, nem sempre respeitam a disciplina imposta, resultando em conflitos com a equipe de saúde (Almeida et al, 2017).

Recordo a indignação de uma doente obesa, com um quadro de dificuldade respiratória associada a uma taquicardia severa perante um comentário efetuado por um enfermeiro num momento de prestação de cuidados. A doente encontrava-se progressivamente mais ansiosa, com agravamento dos seus parâmetros vitais e da sua condição clínica, sendo que o que era mais importante para ela era fazer queixa, ao responsável do serviço, da atitude demonstrada pelo enfermeiro. Naquele momento, mais importante que aceder ao pedido da doente, seria fazê-la compreender a gravidade da sua situação, procurar acalmá-la e depois então dar seguimento à sua queixa se assim o entendesse. Procurei entender a sua indignação, ao mesmo tempo que tentava baixar a sua ansiedade por via da escuta ativa e do estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.²⁰

Constato, portanto, que o Enfermeiro Especialista tem um papel preponderante, atuando no respeito pelos direitos humanos, analisando e interpretando as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para o doente (Reg. nº 140/2019) sabendo lidar com situações conflituosas, respeitando o modo como elas influenciam a vida das pessoas e a sua adesão ao tratamento. Cabe-lhe solucionar, minimizar as diferenças de perceção entre os envolvidos, gerenciar a diversidade, saber ouvir e saber-se expressar, tratar as pessoas com respeito, compreendendo que as diferenças podem conduzir ao crescimento pessoal e profissional (Souza et al, 2018).

Embora a prestação de cuidados ao doente crítico me seja familiar por via da minha atividade no foro peri operatório, verifico que em contexto de emergência, a mesma prestação de cuidados constitui um desafio pessoal, uma vez que exige a mobilização de conhecimentos adquiridos, a gestão e priorização de cuidados de

²⁰ Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. (Reg. 140/2019)
Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos. (Reg. 140/2019)

acordo com o grau de criticidade, a gestão de emoções e da pressão inerente à iminente falência orgânica.

A atuação em caso Paragem Cárdio Respiratória (PCR) é realizada em várias etapas, desde o reconhecimento dos sinais de paragem até a realização das manobras mais avançadas, o que requer da equipa, concentração nos críticos 30 minutos pré e pós-ressuscitação. A rapidez das intervenções efetuadas em casos de PCR e o êxito da reanimação cardiopulmonar (RCP) dependem da agilidade e eficácia com que se ativa o algoritmo de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), constituído pelo reconhecimento da situação, e pelo desencadeamento do sistema de emergência disponível, início do SBV, desfibrilação precoce e SAV (Araújo et al, 2012).

Nenhuma situação exige tanto do profissional de saúde como a abordagem à pessoa vítima de PCR, a nível do conhecimento e experiência adquirida e sustentação teórica sólida e baseada na melhor evidência científica. Relembro uma situação de PCR, onde tive oportunidade de intervir como elemento da equipa de ressuscitação, num homem de 87 anos em paragem cardiorrespiratória após levante, internado em SO por insuficiência cardíaca e infeção respiratória por SARS-COV2. Articulando-me com um dos elementos da equipa médica, pude assegurar a colocação de uma via aérea avançada depois de se conseguir o retorno da circulação espontânea através de compressões cardíacas de qualidade²¹. Através da liderança da enfermeira especialista, foi possível cumprir adequadamente com os timings preconizados para uma reanimação com desfecho favorável. Pude, depois de estabilizado o doente, participar também ativamente na prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente na entubação orogástrica e algaliação do doente para posterior transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos. Quando uma equipa de reanimação está bem articulada sob a liderança de alguém com competências especializadas em doente crítico²², é possível transformar um aparente caos em ordem e conseguir um desfecho favorável.

²¹ Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Reg. 429/2018).

Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos (Reg. 429/2018)

²² Dinamiza a resposta em situações de emergência, da conceção à ação (Reg. 429/2018)

O Enfermeiro Especialista tem, durante a reanimação um papel preponderante ao realizar automaticamente uma avaliação sistematizada do doente de acordo com a abordagem ABCDE e SAMPLE, identificando focos de instabilidade, respondendo de forma atempada. Pode não intervir diretamente na prestação de cuidados especializados em situação de reanimação, mas através da sua visão global de toda a dinâmica da equipa, pode e deve articular-se com os vários elementos para gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Reg. 429/2018) alertando os membros da equipa para o que já foi feito, o que ainda falta fazer e o que esperar da intervenção realizada.

Pude constatar que a responsabilidade do Enfermeiro Especialista é assim, da maior relevância como elemento da equipa de reanimação, uma vez que fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica, suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão, fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão. Como líder da equipa, tem também um papel de gestor de cuidados, garantindo a segurança do ambiente e da equipa e a qualidade das tarefas delegadas, suscitando uma reflexão conjunta com a equipa de reanimação sobre os aspetos positivos e negativos observados durante a reanimação, sobretudo quando esta ocorre fora da sala de reanimação²³ e atuar em conformidade²⁴, aferindo o que correu bem, o que correu menos bem e o que pode ser melhorado.

Fiquei surpreendida, enquanto estudante de especialidade, num serviço que não conheço nem domino, quando, em interação com colegas com menor experiência ou recém-formados, sou encarada como um elemento facilitador da sua própria aprendizagem ao perguntarem-me o que fazer em determinado caso, ou o que penso de determinada situação²⁵. A este propósito relembro o caso de um doente agónico nos últimos momentos ou horas de vida. Ao olhar para o doente era para mim evidente que o fim de vida era iminente e seria apenas uma questão de horas ou minutos até se verificar o óbito. No entanto, para o enfermeiro responsável pelo doente, recém-licenciado e sem experiência no processo de morte, o momento

²³ Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão (Reg. 140/2019)

²⁴ Avalia a qualidade das práticas clínicas; Planeia programas de melhoria contínua; Lidera programas de melhoria contínua (Reg. 140/2019).

²⁵ Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho (Reg. 140/2019).

estaria ainda distante, pelo que quando verificou que o doente estava com uma ligeira hipertermia, me pergunta o que fazer, se faz ou não o SOS prescrito. Perante a inevitabilidade do desfecho iminente, perguntei-lhe quais as opções que tinha, e qual o *outcome* que pretendia. Percebi que para o enfermeiro não fazer nada lhe causava alguma angústia por não tratar um sintoma, tal como estava prescrito, pelo que se optou por colocar a terapêutica em curso. O doente faleceu ainda a medicação não tinha terminado. Neste caso, a minha atuação não foi tanto em prol do doente, mas sim em benefício do colega, ajudando-o a ultrapassar um momento de grande tensão e indecisão perante um processo de transição que pode ser traumatizante para o enfermeiro que o encara pela primeira vez. Naturalmente esta abordagem requer a assunção de crescentes responsabilidades, uma maior implicação pessoal, com melhor preparação técnica e aquisição de um corpo de conhecimentos, de habilidades e competências pessoais e profissionais que a complexidade e delicadeza da situação exige (Sapeta e Lopes, 2007).

Relembro um outro episódio que contribuiu para uma reflexão mais aprofundada sobre a dignificação da morte em contexto de SU. Em conjunto com o enfermeiro responsável pelo falecido prestei os cuidados imediatos pós-morte, preparando o corpo para que pudesse ser visto pelo familiar. Este mostrava-se visivelmente revoltado pelo desfecho da situação, exigindo-me que destapasse o corpo para que pudesse realizar um “ritual”, que necessitava muito de efetuar. Fiquei algo apreensiva com este pedido, mas dado o estado de ansiedade demonstrado pelo familiar, acedi, sendo que esse “ritual” (passar uma água-de-colónia em todo o corpo) não constituía nenhum agravo ou difamação para o falecido. Após uma breve conversa com o familiar, prestando-lhe todo o apoio perante a situação, deixei-o a sós na presença do corpo, assegurando-lhe que estaria por perto se precisasse de mim e dando-lhe o tempo que necessitasse para se despedir. Pouco tempo depois ouvi, vinda de trás das cortinas corridas, uma voz alta e irada proferindo obscenidades que todos os presentes na sala de observações podiam claramente ouvir. Dirigi-me novamente ao familiar procurando saber o que se estaria a passar, encontrando-o a falar ao telemóvel, referindo que estava a deixar uma mensagem de “raiva” aos familiares que teriam contribuído para aquele desfecho.

Foi neste momento que senti necessidade de intervir de forma mais assertiva para controlar a situação²⁶. Baldissera et al (2018) refere que os familiares devem ser tratados no SU como se fossem pacientes secundários, tendo em consideração as suas necessidades. Assim, assegurei-lhe que compreendia os sentimentos que se encontrava a vivenciar, que eram legítimos e que tinha todo o direito de estar revoltado, mas salientei que aquele comportamento não é aceitável, tendo em conta que se encontrava num SO com outros doentes em situação crítica.²⁷ Perguntei se existia alguém que pudesse chamar para o acompanhar, referiu que não precisava de nada, pediu desculpa pelo seu comportamento agradeceu-me pelo cuidado e despediu-se.

O processo de morte e morrer faz parte do ciclo natural da vida, embora seja visto pela sociedade contemporânea como um acontecimento que vai na direção oposta, marcado por sentimentos de dor, impotência e frustração, principalmente porque envolve não aceitar a perda e as dificuldades de enfrentá-la (Baldissera et al, 2018), pelo que muitas vezes os doentes acabam por passar as últimas horas de vida num SU acompanhados apenas pelos profissionais de saúde. Por estes motivos, e também pela imprevisibilidade da morte, nomeadamente o momento em que ocorre, verifico que a presença de familiares junto do doente é inexistente, embora esta mesma presença seja incentivada pelos profissionais que acompanham o doente e família.

Sendo a morte um processo de transição comum no SU, muitas vezes inesperado, dou por mim a refletir sobre a necessidade de haver no SU um local apropriado e dotado de condições para receber os familiares e amigos que pretendam acompanhar um familiar nas últimas horas de vida, ou simplesmente para que possam realizar uma última despedida, sem os constrangimentos de terem de o fazer numa sala apinhada, na presença de outros doentes e profissionais e onde possam manifestar os seus sentimentos de desgosto e pesar com a privacidade que o momento exige.

²⁶ 1.6.2 “Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (Reg. 429/2018).

²⁷ 1.6 – “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” – Reg. nº 429/2018.

Não existindo tal espaço neste SU, cabe aos enfermeiros providenciar para que familiares/amigos possam viver o seu luto de uma forma humanizada, através do isolamento possível, da permanência junto do seu ente querido pelo tempo que necessitarem e da prestação de todo o apoio emocional possível.

O primeiro objetivo delineado: *“Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa e família em situação crítica no contexto de sala de triagem, sala de observações e sala de reanimação”*, encontra-se assim atingido, por via da análise e reflexão crítica das experiências vivenciadas nos vários contextos de estágio de SU, salientando as competências adquiridas e aprofundadas no domínio do cuidado da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica, atendendo à diversidade e complexidade dos mesmos e ao responder de forma eficaz, mobilizando conhecimentos e habilidades na intervenção especializada.

Um dos aspetos mais difíceis de controlar em contexto de SU é o controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos. Por força das condições estruturais e da afluência crescente de doentes, sobretudo do foro respiratório, ao serviço de urgência, verifico que é quase impossível manter um distanciamento adequado entre doentes que têm de permanecer sob observação. Por isso é tão necessário manter a etiqueta respiratória, de doentes e profissionais, sendo que nos primeiros se verifica uma fraca adesão ao uso constante de máscara, quando internados, por via da fadiga causada pelo seu uso constante nos últimos anos. A lavagem das mãos nos 5 momentos preconizados, permite na maioria dos casos combater o risco de propagação da infeção de um doente para outro ou de profissional para doente. Verifico que a adesão à lavagem das mãos, no caso dos profissionais e sobretudo na prestação de cuidados em balcão, nem sempre cumpre com os momentos previstos, pois as atividades de enfermagem são aqui numerosas, existe por vezes a necessidade de realizar uma intervenção urgente a um doente diferente daquele em que se estava a intervir, ou simplesmente por esquecimento, potenciam a transmissão da infeção entre doentes. O Enfermeiro Especialista tem aqui uma intervenção especializada pois cabe-lhe liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo da infeção associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos (Reg. 429/2018), através da

realização de ações de formação aos elementos da equipa sobre o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a antimicrobianos, auditorias regulares ao processo de lavagem das mãos, atuar como agente facilitador da adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo da infeção mediante o contexto de prestação de cuidados.

Pude, por variadas vezes sensibilizar os doentes, sobre a necessidade do uso da máscara em todos os momentos, sobretudo no caso de patologia respiratória, para sua proteção individual e proteção dos doentes adjacentes,²⁸ atuando mais uma vez como facilitadora de aprendizagem na prevenção e controlo de infeção, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos.

As experiências vividas no âmbito da promoção e prevenção da infeção em contexto de estágio permitiram-me atingir o segundo objetivo de estágio: *“Desenvolver competências na prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica na sala de observações”*, embora houvesse ainda muito a ser feito nesta área, se o espaço temporal do estágio fosse mais alargado. Sendo a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos uma área da saúde de grande interesse para mim, considero que este seria o local certo para a realização de sessões de formação sobre lavagem das mãos, uso de desinfetantes, precauções básicas de infeção, cuidados a ter na preparação e administração de medicamentos, entre muitas outras temáticas. Não tendo sido exequível neste contexto, dado o tempo disponível, fico ainda assim, mais consciencializada da necessidade deste tipo de formação a pares e outras equipas médicas, algo que poderei realizar no futuro, agora já com um conhecimento mais alargado e abrangente, e do qual poderei tirar melhor partido, consciente que as competências adquiridas me dotaram de mais e melhores capacidades nesta vertente formativa. O mesmo foi partilhado pelo Prof. João Mendes quando em 2013, no Seminário “Infeções associadas aos cuidados de saúde” em Évora referia que, a formação contínua apresenta-se como fator relevante para uma atuação repleta de significado, possibilitando ao educador maior aprofundamento dos conhecimentos profissionais, adequando a sua

²⁸ 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 (Reg. 429/2018).

formação as exigências do ato de ensinar, levando os diversos profissionais, a reestruturar e aprofundar conhecimentos adquiridos na formação inicial. O profissional que participa de atividades de formação contínua, pode refletir sobre as suas práticas e o seu trabalho diário.

2.3 PERCURSO PROFISSIONAL – CONTRIBUTO PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO

Em 1969 surge a primeira definição de enfermagem peri operatória pela Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), como um conjunto de atividades de enfermagem desempenhadas pelo enfermeiro no período pré, intra e pós-operatório e que constitui a experiência cirúrgica do paciente. A AORN descreve o enfermeiro peri operatório como o profissional responsável pela identificação de necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa, pela definição e implementação de um plano individual de intervenção baseado na melhor evidência científica disponível, com o objetivo de manter a saúde e bem-estar antes, durante e após a cirurgia (AORN, 2012).

Em Portugal, a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) define a enfermagem peri operatória como o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos usados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo estruturado pelo qual reconhece as necessidades do doente a quem presta cuidados, executando-os com destreza e segurança, avaliando-os através dos resultados obtidos com a sua intervenção (AESOP, 2012). De acordo com esta associação, o modelo conceptual de enfermagem peri operatória requer obrigatoriamente um “saber ser” que implica *“uma consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências, controlo do stress”*, o que vai de encontro ao estabelecido no Regulamento 140/2019 e no Regulamento 429/2018 que definem Enfermeiro Especialista como *“aquele a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*, e *“possui um conjunto de competências*

clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica”, respetivamente.

É através das definições do que é ser enfermeiro peri operatório que podemos identificar algumas das competências que traduzem o cuidado especializado e que configuram os requisitos de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A análise de um percurso profissional de cerca de 20 anos em BO permitiu-me a atribuição do grau de equivalência ao Estágio “Vigilância e Decisão Clínica”.

A minha atuação no contexto da equipa multidisciplinar numa sala de BO é vasta e traduz um enorme conjunto de conhecimentos e competências em áreas tão diferentes, mas complementares, como é o caso do acolhimento ao doente, a segurança e controlo do ambiente cirúrgico, a prevenção e controlo da infeção, a liderança e gestão de equipas, ou a formação de pares.

O cuidado da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, começa no momento da sua admissão no BO, através do acolhimento, que procuro que seja calmo, sereno, mobilizando competências comunicacionais e relacionais que me permitam aperceber qual o grau de ansiedade que o doente manifesta e qual a melhor forma de abordagem, na tentativa de tornar um evento ameaçador em algo que possa ser gerido e superado²⁹. Toda a abordagem pré-cirúrgica que realizo ao doente, pretende garantir um ambiente terapêutico e seguro através da promoção de atividades tão simples como diminuir as luzes do teto, providenciar aquecimento corporal, avaliar e precaver o risco de queda ou garantir a privacidade e dignidade do doente. Num local de permanente exposição corporal, é de suma importância que como enfermeiro especialista possa garantir a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, fomentando o respeito pelo direito do cliente à privacidade ou adotando uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (A2.1 e A2.2 – Reg. Nº 140/2019). Reporto-me também aqui á Teoria do Conforto de Kolcaba, nas atividades desenvolvidas para promoção do conforto

²⁹ “Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto” – 1.1.2 Reg.429/2018.

intraoperatório, onde o objetivo principal será mais uma vez, atingir o nível máximo de conforto possível.

Um dos focos principais do meu cuidar em BO é o conforto do doente sob os meus cuidados, nas várias vertentes descritas por Kolcaba, através da dimensão física (como o posicionamento e aquecimento corporal), da dimensão sociocultural (como o nível de escolaridade, antecedentes e experiência do doente), da dimensão psicoespiritual (respeito pelas crenças e valores) e pelo contexto ambiental (luminosidade, frio, ruído e sons agressivos...). Foi neste contexto que surgiu a temática da Musicoterapia, pois apercebi-me que o conforto providenciado pela música ambiente em BO, promovia um certo relaxamento dos doentes que se mantinham acordados durante a cirurgia e este era ainda maior quando a música de tipo relaxante lhes era administrada por via de auscultadores.

Os cuidados de enfermagem intraoperatórios que desempenho têm como objetivo a satisfação das necessidades decorrentes do processo anestésico e cirúrgico³⁰ e vão desde a colaboração na monitorização invasiva e não invasiva, preparação e administração de protocolos terapêuticos complexos, passando pela vigilância e antecipação de focos de instabilidade, o cumprimento do Protocolo de Cirurgia Segura, à realização de registos atempados e rigorosos, e ao registo de incidentes em plataforma de notificação e em articulação com a equipa multidisciplinar³¹.

O controlo ambiental em BO é uma área fundamental e inerente à minha atuação enquanto enfermeira circulante³² e instrumentista, mas também como enfermeira responsável (responsável de turno de BO e responsável do Serviço de Esterilização do Hospital), tendo como missão a otimização do ambiente, contribuindo para a minimização dos riscos associados ao procedimento cirúrgico, garantindo processos terapêuticos seguros tanto para o doente como para a equipa operatória. Exemplo disso são as competências adquiridas na prevenção e controlo da

³⁰ 1.1 “identifica as necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Reg. nº 429/2018).

³¹ 1.3.1 “Reconhece situações de especial complexidade e implementa intervenções especializadas... (Reg.429/2019)”; “Promove estratégias inovadoras na prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação” – Reg.nº 429/2018.

³² “...profissional que, no conjunto da equipa cirúrgica, tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico no que ao ambiente diz respeito.” – Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante – OE, 2004.

infecção³³, como o cumprimento rigoroso das normas de assepsia durante todo o procedimento anestésico e cirúrgico, técnicas de lavagem das mãos, controlo do processo de esterilização e rastreabilidade de dispositivos médicos.

Enquanto responsável do serviço de esterilização pude desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados, pois como líder e responsável pelo desempenho de um grupo de auxiliares, foi da minha responsabilidade a supervisão de tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade através do cumprimento rigoroso das normas e protocolos de esterilização, pela criação de guias orientadores das tarefas a desempenhar, instrução ou demonstração do que e como fazer, ou da avaliação do que foi feito e do que podia ser melhorado.³⁴

Foi também nesta vertente que me posicionei como impulsionadora de um programa informático no âmbito de programas de melhoria da qualidade³⁵. Elaborei o primeiro programa informático, ainda que rudimentar e em Excel, que pretendia documentar todo o processo de rastreabilidade de dispositivos médicos, desde a sua receção na descontaminação até à sua nova utilização após esterilização, no doente cirúrgico. Este documento permitia saber a qualquer momento, como é que aquele dispositivo foi processado, quem fez esse processamento, quando e como, quem utilizou e em que doente foi utilizado. Tudo informação pertinente no caso de surgir uma infeção pós-cirúrgica, caso seja necessário aferir a qualidade do processo e quais as implicações para o doente. Posteriormente, este documento informático foi devidamente tratado pela equipa de informática que criou uma plataforma própria e adequada à inserção e tratamento destes dados.

Também na minha atuação como responsável de turno do BO pude desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, seja na alocação de pessoas, de acordo com as suas competências aos variados postos de trabalho, na resolução atempada e organizada de imprevistos como atrasos ou prolongamentos do plano

³³ 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” – Reg. Nº429/2018.

³⁴ C1.2 “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade” – Reg. Nº140/2019.

³⁵ B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” Reg. Nº 140/2019.

operatório, na gestão de materiais e pedidos de manutenção técnica ou colaboração na elaboração de manuais de integração e protocolos cirúrgicos³⁶.

Apercebo-me assim, como determinadas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista se encontram enraizadas na minha prática profissional, competências essas que saem reforçadas após a reflexão provocada pela necessidade de elaboração deste relatório.

³⁶ C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” Reg. Nº140/2019.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A componente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação crítica, aliada à componente prática do mesmo, permitiu-me adquirir conhecimentos, competências e desenvolver capacidades e habilidades cognitivas, técnicas e relacionais, essenciais no aprimoramento da minha prestação de cuidados, na abordagem ao doente em situação crítica e sua família.

A minha experiência em contexto de estágio de UCI e SU permitiu-me por outro lado, adquirir, aprofundar e desenvolver de competências de Enfermeiro Especialista, num contexto altamente diferenciado e tecnológico, constituindo uma mais-valia na minha formação, desenvolvimento pessoal e profissional.

Um percurso como este não poderia estar isento de dificuldades e limitações que tornaram este processo um desafio de superação pessoal e crescimento interior ao obrigar-me a reagir em conformidade, de forma assertiva e adequada perante situações imprevistas e complexas. Considero que a minha principal limitação residiu na dificuldade em conciliar as minhas emoções e a minha capacidade de reação com as limitações impostas pelo tempo disponível e algum déficit de autoconfiança.

Atendendo às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, nesta área de intervenção, considero ter atingido os objetivos inicialmente delineados, que se revelaram imprescindíveis na consciencialização da pertinência do Enfermeiro Especialista enquanto responsável por cuidados de saúde especializados, baseados na melhor evidência científica, através da conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, enquanto gestor de cuidados na procura incessante da prestação de cuidados com a maior qualidade, segurança, eficácia e rigor possíveis, enquanto promotor de desenvolvimento pessoal e profissional, ao mobilizar conhecimentos e experiências na promoção da

educação de clientes e pares, enquanto gestor do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados.

Encontro assim a resposta à minha interrogação inicial *“de que modo, como enfermeira especialista poderia prestar cuidados de excelência, dirigidos às necessidades de cada pessoa, baseados na mais atual evidência científica, numa perspetiva de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados?”*

Como enfermeira especialista encontro-me habilitada e capacitada para prestar cuidados especializados de excelência, reflexo do aprofundar de competências exigidas pela (UCP-ICS, 2022):

”1. Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização; 2. Capacidade para trabalhar na equipa multiprofissional e interdisciplinar; 3. Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização. 4. Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas; 5. Ser capaz de participar em investigação aplicada na sua área de especialização; 6. Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta na sua área de especialização; 7. Capacidade para refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem; 8. Capacidade para aplicar os princípios, os valores e os deveres profissionais, assim como as normas legais que regulam o exercício da enfermagem; 9. Agir de forma segura, no cumprimento das normas institucionais de qualidade; 10. Capacidade de gestão de cuidados, incluindo na articulação com outros profissionais; 11. Capacidade de autoavaliação, procurando uma continuada atualização científica na sua área de especialização.”

Como pessoa, saio desta experiência com um autoconhecimento reforçado sobre a minha postura perante a profissão e aquilo que pretendo para o futuro a nível do desenvolvimento pessoal e profissional. Enquanto futura Enfermeiro Especialista, a mudança na minha atuação não reside tanto no modo como encaro a prestação de cuidados, sempre baseada numa contínua preocupação pela qualidade e

segurança dos cuidados, com rigor e seriedade, mas pela adoção de uma postura mais pró-ativa na sensibilização dos elementos da equipa para a necessidade e importância da constante atualização de conhecimentos, atuando como promotora desse mesmo desenvolvimento no meu local de trabalho na promoção de uma cultura profissional baseada em evidência, na reflexão contínua e sistemática das práticas diárias e na motivação para a liderança.

Um trilho novo que agora começa...

REFERÊNCIAS

Agius, M. (2021). Anxiolytic Effects of Intraoperative Music Therapy in Adults undergoing local Anaesthetic Interventions. In *Psychiatria Danubina* (Vol. 33).

Almeida, N., Filho, J., & Marques, L. (2017). Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares. *Rev. Bras. Med. Trab.* DOI: 10.5327/Z1679443520177029

Arango-Gutiérrez, A. S., Buitrago-Cifuentes, L. J., Medina-Hinestroza, A. M., Molina-Paniagua, S. A., Moreno, E., Rivera-Díaz, J. S., Vásquez-Trespacios, E. M., Arcila-Lotero, M. A., & González-Obregón, M. P. (2019). Sonotherapy in the reduction of anxiety and postoperative pain in patients with regional anesthesia as a sole technique: Randomized, controlled clinical trial. *Cirurgia y Cirujanos (English Edition)*, 87(5), 545–553. Retirado de <https://doi.org/10.24875/CIRU.19000715>

Araújo, L., Silva, A., Marinelli, N., Posso, M., & Almeida, L. (2012). Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo ressuscitação cardiopulmonar no sector de emergência de um hospital público. *Revista UNIVAP*. Retirado de <https://doi.org/10.18066/revunivap.v18i32.106>

Azi, L. M. T. de A., Azi, M. L., Viana, M. M., Panont, A. L. P., Oliveira, R. M. F., Sadigursky, D., & Alencar, D. F. (2021). Benefits of intraoperative music on orthopedic surgeries under spinal anesthesia: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 63. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102777>

Bae, I., Lim, H. M., Hur, M. H., & Lee, M. S. (2014). Intra-operative music listening for anxiety, the BIS index, and the vital signs of patients undergoing regional

anesthesia. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(2), 251–257. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.02.002>

Baldissera, A., Bellini, L., Ferrer, A., Barreto, M., Coimbra, J., & Marcon, S. (maio de 2018). Perspective of Nursing Professionals on Death in the Emergency. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. Retirado de <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234545p1317-1324-2018>

Benner, P. *De Iniciado a Perito*, 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. ISBN 989-558-052-5.

Benner, P.; Hughes, R; Stuphen, M. 2008. *Clinical Reasoning, Decisionmaking and Action: Thinking Critically and Clinically, Patient Safety and Quality*. Agency for Healthcare Research and Quality

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE - Site Institucional - Medicina Intensiva (min-saude.pt). Consultado em 10/01/2022.

Direção Geral da Saúde (2015). Norma nº 021/2015 atualizada a 30/05/2017: “Feixe de Intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação”. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Retirado de <https://www.bing.com/search?q=Norma+n%C2%BA+021%2F2015+atualizada+a+30%2F05%2F2017&cvid=933fdf3005de47f0baf8e2c81a548fc2&aqs=edge..69i57j0l8.2763j0j1&pglt=41&FORM=ANSPA1&PC=ACTS#>

Direção Geral da Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Retirado de [DGS_PCIRA_V8.pdf \(sns.gov.pt\)](#)

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril do Ministério da Saúde (1998). Diário da República: I Série, n.º 93/1998. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Erdmann, A. (2009). Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. *Acta Paul Enferm*, pp. 551-553.

Fentanes, L.; Hermann, A.; Chamma, R.; Lacerda, M. Autonomia Profissional do Enfermeiro: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm*. 2011. 16(3):530-5.

Fluture, R. G. (2019). Musicoterapia: os benefícios da música na saúde e tratamentos.

Fu, V. X., Oomens, P., Klimek, M., Verhofstad, M. H. J., & Jeekel, J. (2020). The Effect of Perioperative Music on Medication Requirement and Hospital Length of Stay: A Meta-analysis. *Annals of Surgery*, 272(6), 961–972. Retirado de <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003506>

Institute, T. J. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2015 edition/ Supplement*. The Joanna Briggs Institute.

Liang, J., Tian, X., & Yang, W. (2021). Application of Music Therapy in General Surgical Treatment. In *BioMed Research International* (Vol. 2021). Hindawi Limited. Retirado de <https://doi.org/10.1155/2021/6169183>

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Lobo, B. A. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Porto: INESC TEC.

Miller, F. (junho de 2018). Pneumonia associada à ventilação mecânica. *World Federation of Societies of Anesthesiologists*.

Pack E, Saha S. Regional anaesthesia and perioperative medicine. *Br J Hosp Med* (Lond). 2020 Aug 2;81(8):1-2. doi: 10.12968/hmed.2020.0111. Epub 2020 Aug 21. PMID: 32845755.

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71)

Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Bloomsbury Publishing. ISBN: 1349101095, 9781349101092

Pulgarín Díaz, J. I., Bustamante González, D., Salas Jordán, J., & Baquero Marín, P. J. (2019). Música perioperatoria: estado del arte y aplicabilidad en la práctica anestésica. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 28(1). Retirado de <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.v28.n1.2019.873>

Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (dezembro de 2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Referência - Journal of nursing*, pp. 7-15.

Sapeta, P., & Lopes, M. (junho de 2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro/doente. *Referência - Revista de Enfermagem*, pp. 35-37.

Silva, V., & Camelo, S. (out-dez de 2013). A Competência da Liderança em Enfermagem: Conceitos, Atributos Essenciais e o Papel do Enfermeiro Líder. *Rev. Enferm UERJ*, pp. 533-539.

Souza, A., Silva, F., Espindola, J., Moreira, N., & Draganov, P. (dezembro de 2018). Atuação do enfermeiro nas estratégias para resolução de conflitos. *Revista de Administração em Saúde*. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.73.142>

Tabrizi, E. M., Sahraei, H., Rad, S. M., Hajizadeh, E., & Lak, M. (2012). Editorial: The Effect of Music on the level of Cortisol, Blood Glucose and Physiological variables in patients undergoing spinal anesthesia. In *EXCLI Journal* (Vol. 11).

Tran, B. W., Nowrouz, M. Y., Dhillon, S. K., Xie, K. K., Breslin, K. M., & Golladay, G. J. (2020). The Impact of Music and Noise-Cancellation on Sedation Requirements During Total Knee Replacement: A Randomized Controlled Trial. *Geriatric*

Orthopaedic Surgery and Rehabilitation, 11. Retirado de
<https://doi.org/10.1177/2151459320910844>

<https://www.apca.com.pt> › ... › recomendacoesAnestesiaRegiona... · Ficheiro PDF

Zeynep, T., Gozde, T., Ikbal, C., & Emel, S. (2020). Pre-operative comfort levels of patients undergoing surgical intervention. *International Journal of Caring Sciences*.

APÊNDICES

Apêndice I – Plano da Sessão de Formação “A Musicoterapia como Intervenção Terapêutica em doentes sedados e/ou ventilados em UCI”

Designação da Sessão de Formação	A Musicoterapia como Intervenção Terapêutica no doente sedado e/ou ventilado em UCI
Caraterização da Formação	Inicial
Objetivos	<p>No final da sessão os formandos deverão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a ventilação como fator gerador de ansiedade. • Reconhecer o Delirium e ansiedade como fatores que dificultam o desmame ventilatório. • Reconhecer o papel da Música como intervenção terapêutica no auxílio do desmame ventilatório e diminuição da ansiedade e Delirium. • Promover intervenções que conduzam ao melhor conforto do doente internado em UCI.
Competências a adquirir	<ul style="list-style-type: none"> • Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro • Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. • Gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas. • Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante o doente e família em situação crítica.
Conteúdo Programático	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas associados à ventilação • Abordagem sucinta à ansiedade e Delirium • O papel da música como intervenção terapêutica • Efeitos da musicoterapia no doente crítico.
Destinatários	Equipa de Enfermagem da UCI do Hospital
Formadora	Enf ^a Cláudia Cabeleira, aluna do 15 ^o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em situação crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Prof ^a Isabel Rabiais e da Enf ^a Orientadora de estágio.
Método e Meios Pedagógicos	Expositivo e Participativo
Indicador de Avaliação	Qualitativa com recurso a Questionário Final
Data	17 outubro 2022
Horário	8h30 – 8h45
Local	Sala de Reuniões da UCI

Apêndice II – Apresentação da formação realizada no contexto de estágio em UCI.

CERCA DE 10-25% DOS PACIENTES EXPERIMENTAM DIFICULDADE NO DESMAME

VENTILATÓRIO:

- PERÍODO DE VENTILAÇÃO SUPERIOR A 72H;
- DOENTES COM IDADE SUPERIOR A 60 ANOS;
- PRESENÇA DE UMA OU MAIS COMORBILIDADES;
- ELEVADOS NÍVEIS DE UREIA E NITROGÊNIO NO SANGUE;
- FALÊNCIA RENAL;
- BAIXOS NÍVEIS DE ALBUMINA;
- OBESIDADE

Music Therapy as an Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation (Hunter et al, 2010)

Os pacientes descrevem a ventilação como a pior experiência das suas vidas:

- Medo;
- Sede;
- Dificuldade em dormir;
- Agitação;
- Dor;
- Frustração pela imobilização dos membros superiores;
- Incapacidade de falar;
- Imobilidade;
- Ruído;
- Confusão;
- Incapacidade de adaptar a respiração espontânea ao ventilador;
- Aspiração de secreções pelo TOT ou Traqueostomia.



Music Therapy as an Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation (Hunter et al, 2010)

Ansiedade – elevado estado de excitação.

Um dos sintomas mais intensos nos doentes ventilados e motivo frequente para necessidade de sedação.



Provoca um aumento do trabalho respiratório, estimulação cardíaca e aumento do consumo de O₂



É necessário o uso de sedativos e analgésicos para promover tolerância e sincronização com ventilador – produzem longos períodos de inconsciência.

http://www.psicologia.com/2013/05/06/ansiedade-e-estado-de-excitacao-tratamento_16.html

Engaging Critically Ill Patients in Symptom Management: Thinking Outside the Box! (Chlan, 2016)

- **Ansiedade pode manifestar-se através do SNS provocando um aumento da FC, FR, ↑ TA, constrição alveolar– aumentando o trabalho respiratório, causando fadiga.**
- **O tratamento Standard para a ansiedade é a administração de variados medicamentos sedativos EV.**

http://www.psicologos.com/2013/09/06/ansiedade-cause-e-tratamento_16.html

Music Therapy as an Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation (Hunter et al, 2010)

Doses elevadas de sedativos por tempo prolongado estão associadas a bradicardia, hipotensão, alterações da deglutição, imobilidade, fraqueza muscular e Delirium



Mesmo sedados, experienciam elevados níveis de ansiedade

Effects of patient directed music intervention on anxiety and sedative Exposure in critically ill patients receiving mechanical-ventilatory support: A randomized controlled trial (Chlan et al, 2013)

Delirium é um Síndrome com elevada prevalência e morbidade em UCI.



Distúrbio de consciência, presença de desatenção, pensamento desorganizado e oscilação entre períodos de orientação e desorientação.

- Incidência de 85% em doentes ventilados, associado a internamentos prolongados, alta taxa de mortalidade hospitalar e pós-alta e custos mais elevados.

- Cerca de 30% ficam com algum déficit cognitivo de longa duração.

Decreasing Delirium through Music (DDM) in critically ill, Mechanically ventilated patients in the ICU (Khan et al, 2017)



Há necessidade de abordagem não farmacológica na redução da ansiedade no processo de desmame ventilatório - Musicoterapia

Music Therapy as na Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation (Hunter et al, 2010)

Existem 5 papéis importantes atribuídos à Música:

1. Um estímulo para foco ativo ou distração;
2. Facilitar uma resposta de relaxamento;
3. Como agente dissimulador;
4. Como agente informador;
5. Como estímulo ambiental positivo.



<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fnoticias.up.pt%2Festudantes-de-medicina-do-icbas-eo-querer-deste-positivo-musica%2F&psig=AQvVawOkc838lmACr2rFcyYthLg&ust=1664792776521000&source=images&cd=1e&ved=2ahUKEwisp8qH6AhVLeYUR0VWwUCDQg4kDngJIARCTAG>

Music Therapy as na Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation (Hunter et al, 2010)



Objetivos do estudo (Hunter et al, 2010):

1. Avaliar a viabilidade da incorporação da Musicoterapia no processo de desmame ventilatório;
2. Avaliar a eficácia da intervenção com base nos níveis de ansiedade, nº de dias necessários para desmame (em 72h consecutivas) e satisfação de pacientes e enfermeiros.

Music Therapy as na Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation (Hunter et al, 2010)

Modo de Intervenção:

A intervenção consiste em 45 -60 minutos de sessões de Musicoterapia, oferecida por um musicoterapeuta 3x/semana durante as tentativas de desmame ventilatório de acordo com protocolo estabelecido para cada sessão.



Music Therapy as an Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation (Hunter et al, 2010)

A MT pode complementar com eficácia o processo de desmame ventilatório.

A MT parece reduzir os sinais de ansiedade (FC e FR) que podem constituir um entrave à extubação.

Verificaram-se respostas altamente positivas por parte de doentes e enfermeiros no uso de MT no processo de desmame ventilatório.

Music Therapy as an Adjunctive Treatment in the Management of Stress for Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation (Hunter et al, 2010)

Chlan et al,

➤ **A MT como intervenção terapêutica pode ser usada para reduzir o stress, ansiedade, dor, depressão e sentimentos de solidão, promover relaxamento, melhorar o humor, facilitar a expressão de emoções, providenciar estímulos positivos e abafar o ruído ameaçador.**

➤ **É recomendado o uso de música durante 20 a 30 minutos, num mínimo de duas vezes por dia, num ambiente e posição confortável.**

Does Music Ease Pain and Anxiety in the Critically Ill? (Chlan et al, 2013)

Estudo – Aceitação da música como intervenção em doentes ventilados para relaxamento.

Grupos:

- 1 período de 30´ de música através de headphones
- 1 período de 30´de descanso com headphones (s/música)

Condições

1. Escolha da música pelos doentes
2. FC, TA e FR medidas a cada 5´durante a intervenção.

Resultados

Resposta de relaxamento generalizada estatisticamente significativa nos pacientes que ouviram música com ↓ FC, FR e stress. Referem querer mais opções musicais.

S/ música – ↑ do stress

Engaging Critically Ill Patients in Symptom Management: Thinking Outside the Box! (Chlan, 2016)

Estudo – Efeito da música na ansiedade

Mesmos grupos, durante os mesmos 30´

Os doentes escolheram a música (clássica ou sons da natureza)

Resultados

↓ de 7 pontos nos níveis de ansiedade (17,3 para 10,1) com resposta de relaxamento generalizada.

FC – 90,6 → 85,9 min

FR – 21,3 → 16,4 min

Pediram para ficar com a música à cabeceira e ouvir quando quisessem.

Engaging Critically Ill Patients in Symptom Management: Thinking Outside the Box! (Chlan, 2016)

Estudo – Testar a eficácia da música iniciada pelo paciente nos níveis de ansiedade e exposição a sedativos quando ventilados mecanicamente.

Grupos:

1. Iniciam música quando querem, durante o tempo que querem (música selecionada individualmente por um terapeuta musical)
2. Doentes que usam headphones para abafar o ruído da unidade
3. Sem música ou headphones

Resultados

Os níveis de ansiedade reduziram drasticamente ao longo do tempo em 36% e receberam em média 38% menos de administração de sedativos

Engaging Critically Ill Patients in Symptom Management: Thinking Outside the Box! (Chlan, 2016)

Estudo (Khan et al, 2017): Testar a viabilidade da audição de música e estimar o seu efeito potencial no Delirium em doentes críticos submetidos a ventilação mecânica

Grupos:

1. Música personalizada
2. Música não personalizada do tipo relaxante
3. Método de diminuição do ruído com recurso a headphones (audiolivros)

Decreasing Delirium through Music (DDM) in critically ill, Mechanically ventilated patients in the ICU (Khan et al, 2017)

Critérios de exclusão:

- Demência severa
- Doença neurológica crónica
- Déficit neurológico agudo ou sub-agudo
- Doença psiquiátrica severa (exceto depressão) e problemas desenvolvimento
- Intoxicação medicamentosa ou por álcool
- Déficit auditivo severo ou visual
- Coma após EAM ou protocolo de hipotermia
- Grávidas ou puérperas em amamentação
- Prisioneiros
- Morte eminente
- Impossibilidade de obter consentimento
- Recusa médica ou da equipa.

Decreasing Delirium through Music (DDM) in critically ill, Mechanically ventilated patients in the ICU (Khan et al, 2017)

A Música ativa partes do cérebro que envolvem a memória, função cognitiva e emoção. Ao reduzir a disfunção cognitiva e aumentar a atividade de áreas relacionadas com a memória, pode ajudar a reter funções cognitivas, sobretudo em pessoas mais velhas com doença crítica.



Estudo em curso por Seyffert et al (2022)

Decreasing Delirium through Music (DDM) in critically ill, Mechanically ventilated patients in the ICU (Khan et al, 2017)

Considerações

- A música é uma intervenção segura, sem efeitos adversos reportados.
- A música não deve ser usada como alternativa a medicação, mas como intervenção complementar.
- Deve-se sempre perguntar ao doente se quer ouvir música.
- Doentes têm variados gostos musicais – requer avaliação cuidadosa para uma intervenção de sucesso.

Does Music Ease Pain and Anxiety in the Critically Ill?
(Chan et al, 2013)

Considerações

- Os doentes referem relaxamento e melhor padrão de sono por diminuição do ruído ambiental, especialmente à noite.
- Referem alegria e conforto, o que também é evidenciado pelos familiares.
- São necessários mais estudos para aferir se a música preferida tem um impacto positivo na ocorrência, severidade e duração do *Delirium* em doentes ventilados.

Engaging Critically Ill Patients in Symptom Management:
Thinking Outside the Box! (Chan, 2016)

Em resumo:

- A música é uma terapia não farmacológica largamente estudada no campo médico, aliviando a dor e ansiedade (com diminuição do aporte de sedativos, opioides e ↓ da resposta neurohormonal ao stress).
- **No doente crítico** – tem efeitos positivos na dor, ansiedade, stress, sinais vitais e necessidade de medicação sedativa e analgésica.
- Não tem efeitos negativos, é fácil de operar e custo-efetiva.
- Recomendação da OMS – máximo de 85 decibéis para prevenção de danos auditivos.

Ansiedade é um sintoma individual, por isso, se o doente decidir quando quer ouvir música, quando sente ansiedade, durante o tempo que quiser, a intervenção tornase mais eficaz.



Effects of patient directed music intervention on anxiety and sedative Exposure in critically ill patients receiving mechanical-ventilatory support A randomized controlled trial (Chlan et al, 2013)

Referências:

- Chlan, L; Weinert, C; Heiderscheit, A; Tracy, M; Skaar, D; Guttormson, J; Savik, K. (2013). Effects of patient directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical-ventilatory support a randomized controlled trial. *National Institute of Health PA*, 309 (22), 23352344. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.5670>
- Chlan, L. (2016). Engaging Critically ill Patients in Symptom Management: Thinking outside the box! *American Journal Of Critical Care*, 25 (4), 293-299. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016932>
- Hunter, B; Oliva, R; Gaiser, D; Salpante, D; Arezina, C. (2010). Music Therapy as an Adjunctive Treatment in Management of Stress for patients being Weaned From Mechanical Ventilation *Journal of Music Therapy*, XLVII 198-219.
- Khan, S; Wang, S; Harrawood, A; Martinez, S; Heiderscheit, A; Chlan, L; Perkins, A; Tu, W; Boustani, M; Khan, B. (2017). Decreasing Delirium through Music (DDM) in Critically ill, Mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: Study protocol for a pilot randomized controlled trial. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-017-23246>
- Seyffert, S; Moiz, S; Coghlan, M; Balozian, P; Nasser, J; Rached, E; Jamil, Y; Naqvi, K; Rawlings, L; Perkins, A; Gao, S; Hunter, J; Khan, S; Heiderscheit, A; Chlan, L; Khan, B (2022). Decreasing Delirium through Music listening (DDM) in critically ill, mechanically ventilated older adults in the Intensive Care Unit: a two-arm, parallel-group, randomized clinical trial. 23:576 doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-022-06448-w>



**OBRIGADA
PELA ATENÇÃO!**

<https://www.fjdtb.jus.br/>

Apêndice III – Poster apresentado em contexto de estágio de UCI

A MUSICOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA EM DOENTES SEDADOS/ VENTILADOS EM UCI

Benefícios da Musicoterapia:

- * A MT pode complementar com eficácia o processo de desmame ventilatório.
- * A MT parece reduzir os sinais de ansiedade (FC e FR) que podem constituir um entrave à extubação.
- * A MT como intervenção terapêutica pode ser usada para reduzir o stress, ansiedade, dor, depressão e sentimentos de solidão, promover relaxamento, melhorar o humor, facilitar a expressão de emoções, providenciar estímulos positivos e abafar o ruído ameaçador.
- * É recomendado o uso de música durante 20 a 30 minutos, num mínimo de duas vezes por dia, num ambiente e posição confortável.

A MT pode ser usada em qualquer doente sedado/ventilado em UCI constituindo:

1. Um estímulo para foco ativo ou distração;
2. Facilitador de uma resposta de relaxamento;
3. Um agente dissimulador;
4. Um agente informador;
5. Um estímulo ambiental positivo

Considerações:

- A MT é uma intervenção segura, sem efeitos adversos reportados;
- A MT não deve ser usada como alternativa à medicação, mas como intervenção complementar;
- Deve-se sempre perguntar ao doente se quer ouvir música;
- Os doentes têm variados gostos musicais—na medida do possível deve-se oferecer a música que ele mais gosta;
- Os doentes referem relaxamento e melhor padrão de sono por diminuição do ruído ambiental;
- Se o doente reunir condições para tal, pode-se deixar o equipamento junto a ele para que possa ouvir música quando quiser.

Elaborado por: En^ª. Cláudia Cabeleira—aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Outubro 2022.

Chlan, L.; Weinert, C.; Heiderscheit, A.; Tracy, M.; Skaar, D.; Guttormson, J.; Savik, K. (2013). Effects of patient directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical-ventilatory support: a randomized controlled trial. *National Institute of Health PA*, 309 (22), 2335-2344. doi: <https://doi.org/10.1093/pain/pat272>; Chlan, L. (2016). Engaging Critically Ill Patients in Symptom Management: Thinking outside the box! *American Journal Of Critical Care*, 25 (4), 293-299. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjcc.2016.03.003>; Hunter, B.; Oliva, R.; Gansser, D.; Salipante, D.; Azeiza, C. (2010). Music Therapy as an Adjunctive Treatment in Management of Stress for patients being Weaned From Mechanical Ventilation. *Journal of Music Therapy*, XLVII 198-216. Khan, S.; Wang, S.; Harwood, A.; Martinez, S.; Heiderscheit, A.; Chlan, L.; Perkins, A.; Tu, W.; Boustani, M.; Khan, B. (2017). Decreasing Delirium through Music (DDM) in Critically Ill Mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: Study protocol for a pilot randomized controlled trial. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2200-9>; Seyffert, S.; Moiz, S.; Coghlan, M.; Balozan, P.; Nasser, J.; Rached, E.; Jamil, Y.; Naqvi, K.; Rawlings, L.; Perkins, A.; Gao, S.; Hunter, J.; Khan, S.; Heiderscheit, A.; Chlan, L.; Khan, B. (2022). Decreasing Delirium through Music Listening

Apêndice IV – Poster submetido e apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem | ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

Musicoterapia como intervenção terapêutica na necessidade de sedação profunda em pacientes submetidos a cirurgia sob anestesia loco regional: a Scoping Review



25 de novembro 2022

Cabeleira, Cláudia*, Masters Student in Specialized Critical Care Nursing, at the Health Sciences Institute of Universidade Católica Portuguesa, Lisbon, Portugal. cscc@hotmmail.com
Rabião, Isabel C. M.ª Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, RN, MSc, PhD

INTRODUÇÃO: O paciente submetido a cirurgia sob anestesia loco-regional encontra-se acorçado e geralmente muito ansioso devido aos múltiplos estímulos ambientais existentes no bloco operatório. A sedação, usada como técnica anestésica complementar à anestesia loco regional, é essencial para manter o paciente confortável, abstraído-o do ambiente que o rodeia¹.

A musicoterapia é apresentada como uma forma complementar de intervenção terapêutica², podendo reduzir significativamente a necessidade de administração de altas doses de Propofol e Midazolam³, atingindo o mesmo nível de sedação⁴.

OBJETIVO: Mapear a extensão da evidência científica disponível sobre a musicoterapia como intervenção terapêutica na necessidade de sedação profunda em pacientes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional.

PALAVRAS-CHAVE: musicoterapia, anestesia loco regional, sedação profunda, período peri operatório.

DISCUSSÃO: No bloco operatório, o paciente demonstra elevados níveis de ansiedade ao enfrentar um ambiente ameaçador, perante a possibilidade de um outcome incerto em relação à sua doença⁵.

É importante que a equipa de enfermagem considere a utilização de intervenções terapêuticas, como a musicoterapia, para aumentar o conforto do paciente e procurar diminuir a sua ansiedade, atuando como adjuvante da anestesia loco-regional⁶. Embora alguns autores não reconheçam uma relação comprovada entre a musicoterapia e controlo da dor e ansiedade⁷, para a maioria, a musicoterapia está associada a diminuição da ansiedade e redução da dose de sedativos administrados, parece ser uma intervenção terapêutica eficaz desde que usada de forma complementar com a anestesia loco-regional⁸ 11.

Para Bae et al., 2014, os pacientes que ouviram música encontravam-se melhor sedados, por mais tempo, com um índice de BIS (Bispectral Index) de 75 ou superior, sem necessidade de maiores doses sedativas, mantendo o conforto e sedação. A musicoterapia, não sendo uma intervenção médica por si só, constitui uma intervenção terapêutica que parece funcionar bem em complementaridade com as técnicas anestésicas convencionais.



MATERIAIS E MÉTODOS: Foi realizada uma Scoping Review, com base nos pressupostos do Joanna Briggs Institute.

>> Critérios de inclusão (PCC): (P) pacientes adultos; (C) Musicoterapia; (C) Pacientes adultos submetidos a anestesia loco-regional.

>> Critérios de exclusão: pacientes com menos de 18 anos; estudos que não contemplam a musicoterapia enquanto intervenção terapêutica; e estudos realizados no contexto da anestesia, que não a anestesia loco-regional.

>> Base de dados: PubMed®, Cinahl Plus®, Medline® Complete, Nursing & Allied Health Collection™, Cochrane Plus Collection e MedicLatina™.

Foram incluídos 9 artigos publicados entre 2012 e Agosto de 2022.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA



Tabela 1 – Frequência relativa dos resultados obtidos após análise dos artigos.

Resultados obtidos	FR (%)
Ouvir música está associado a diminuição da ansiedade pós-operatória e à redução da dose de sedativos intraoperatórios. ^{9, 10, 11}	44%
É uma técnica simples, económica e não invasiva, bem tolerada pelos pacientes.	44%
A musicoterapia pode ser usada como terapia complementar na anestesia loco regional.	33%
A musicoterapia reduz a tensão arterial sistólica.	33%
A musicoterapia é uma técnica terapêutica com resultados promissores.	33%
Não foi encontrada relação entre a musicoterapia e o controlo da dor e ansiedade.	22%
A musicoterapia exerce algum tipo de relaxamento.	22%
A musicoterapia como intervenção terapêutica isolada está sobrestimada.	11%
Ouvir música aumenta os níveis de sedação.	11%
Ouvir música mantém os níveis de sedação conseguidos através de opioides.	11%

CONCLUSÕES: A musicoterapia tem efeitos benéficos comprovados cientificamente na redução da ansiedade e relaxamento em doentes peri-operatórios. No entanto, são necessários mais estudos, com maior robustez para abrir se o uso da Musicoterapia como intervenção terapêutica tem influência sobre a necessidade de maior ou menor nível de sedação em doentes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional.

REFERÊNCIAS

1. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
2. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
3. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
4. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
5. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
6. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
7. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
8. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
9. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
10. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.
11. Associação Nacional de Enfermagem em Portugal. (2019). *Guia de prática clínica em cuidados críticos*. Lisboa: Associação Nacional de Enfermagem em Portugal.

