



CATÓLICA
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

**UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS
NO CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM - O
SOM COMO INTERVENÇÃO NÃO-FARMACOLÓGICA**

A PATH TO ACQUIRE SKILLS IN SPECIALIZED NURSING CARE -
SOUND AS NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS

Por
Inês Rodrigues Estêvão

Lisboa, 2021



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

**UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS
NO CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM - O
SOM COMO INTERVENÇÃO NÃO-FARMACOLÓGICA**

A PATH TO ACQUIRE SKILLS IN SPECIALIZED NURSING CARE -
SOUND AS NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS

Por
Inês Rodrigues Estêvão

Sob a orientação de Professora Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2021

*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”*

Florence Nighingale

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso é o resultado de um longo caminho percorrido com incontáveis pessoas que me inspiraram e que de algum modo se fizeram importantes.

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry

Agradeço a todos os que estiverem presentes durante este percurso e que contribuíram com conhecimento, ânimo, alento, amizade, orientação e sorrisos levando-me a alcançar uma nova meta da minha vida.

Em especial à Professora Filipa Veludo e à Marta, a minha companheira de maratona.

Agradeço aos meus pais pela partilha constante de saberes e pelos ensinamentos de uma vida.

À minha irmã pelas sábias e resilientes palavras.

Ao Jorge pela paciência, dedicação e amor.

Agradeço a mim, pela força de nunca desistir.

RESUMO

O presente relatório surge na sequência do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica, realizado na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

A realização deste relatório pretende espelhar o percurso académico, através da análise retrospectiva das atividades desenvolvidas e, conseqüentemente, das competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas.

O processo de aprendizagem foi desenvolvido em duas fases distintas de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência. Durante este processo procurei desenvolver uma prática crítico-reflexiva, recorrendo aos pressupostos defendidos por Katerina Kolcaba. O resultado ambicionado pelos enfermeiros na sua prática capaz traduz-se em alcançar um estado de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental, ao qual podemos simplesmente, dar o nome de conforto (Kolcaba, 1992).

Incorporando a relevância da satisfação do conforto optei por focar a minha investigação em fenómenos referentes a intervenções não-farmacológicas com o uso do som. Materializando posteriormente o fenómeno na prática clínica, na busca de promover o conforto dos doentes, família e profissionais de saúde.

A acrescentar, que ao longo deste documento fundamento o processo de tomada de decisão relativamente aos campos de estágio e temáticas desenvolvidas, descrevo de forma crítica, reflexiva e fundamentada as atividades e estratégias utilizadas para atingir os objetivos definidos com a finalidade de explicitar as competências desenvolvidas. E complemento este processo com a partilha e desenvolvimento do conhecimento, deixando documentos consulta relativos ao material necessário para a colocação da drenagem torácica.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Competências, Cuidado, Som

ABSTRACT

This report follows the Master's and Specialization Course in Medical-Surgical Nursing in the aspect of Person in Critical Situation, held at the Catholic University of Lisbon.

The completion of this report intends to reflect the entire academic path, through a retrospective analysis of the carried-out activities and, consequently, of the specialized skills in Medical-Surgical Nursing acquired.

The learning process was developed in two distinct stages of internship: Intensive Care Unit and Emergency Service. During this process I tried to develop a critical-reflective practice, using the assumptions defended by Katerina Kolcaba. The result sought by nurses in their capable practice translates into reaching a state of relief, tranquillity and transcendence in the physical, psycho-spiritual, social and environmental contexts, which we can simply call comfort (Kolcaba, 1992).

Incorporating the relevance of comfort satisfaction, I chose to focus my research on themes related to non-pharmacological interventions with the use of sound. Subsequently materializing the phenomenon in clinical practice, seeking to promote the comfort of patients, families and healthcare professionals.

In addition, that throughout this document I base the decision-making process regarding the internship fields and thematic areas developed, I describe in a critical, reflective and well-founded manner the activities and strategies used to achieve the defined objectives in order to explain the developed competences. And I complement this process with the sharing and development of knowledge, leaving consultation documents on the material needed for the placement of chest drainage.

Keyword: Specialist Nurse, Skills, Care, Sound

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychological Association

BIS – Índice Bispectral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID – Doença por Coronavírus

CVC – Catéter Venoso Central

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

DIEP – Retalho Perfurante da Artéria Epigástrica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EPI - Equipamento de Proteção Individual

h – horas

HDFVVC – Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

JBI – Instituto Joanna Briggs

LA – Linha Arterial

LOC – Locus de controlo

MeSH - Medical Subject Headings

n.º - número

N-BS – Sons baseados na Natureza

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RASS – Escala de agitação e sedação de Richmond

s.d. – sem data

SARS-CoV 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

TRAM – Retalho Miocutâneo Transverso do Reto-abdominal

TSR – Técnica de Substituição Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não-Invasiva

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	15
1. ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO: INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS DA UTILIZAÇÃO DO SOM NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES CRÍTICAS DESENVOLVIDAS	19
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	23
2.1. CUIDADOS INTENSIVOS	23
2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos 1.....	24
2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos 2.....	32
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA	41
3. CONCLUSÃO.....	49
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APÊNDICES	65
APÊNDICE I – Scoping review (versão integral) Intervenções não-farmacológicas da utilização do som no cuidado à pessoa em situação crítica	67
APÊNDICE II – Publicação científica em formato de póster: Utilização do Som na Pessoa em Situação Crítica: scoping review.....	87
APÊNDICE II - Check-list do Material necessário para a Colocação da Drenagem Torácica	91
ANEXOS.....	95
ANEXO I - Declaração de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem "Enfermagem especializada: Protagonista no Presente inovadora no Futuro”	97
ANEXO II - Declaração de participação no Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiorrástica e Vasculár.....	101
ANEXO III - Declaração de participação no Webinar “Um contributo para a excelência profissional e de investigação: pesquisas básicas - 1ª Sessão – Edição 2”.....	105

ANEXO IV - Declaração de participação no Webinar “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 5ª Sessão”	109
ANEXO V - Declaração de participação no Webinar “Segurança dos Cuidados de Saúde”	113
ANEXO VI - Declaração de participação no Webinar “Deveres Éticos e Deontológicos II”	117

0. INTRODUÇÃO

Na incessante procura da excelência do exercício profissional, da necessidade de desenvolvimento de competências e de encontro ao meu percurso profissional até então trilhado, emerge a motivação para frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a vigorar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Trilhar o caminho de Especialista é resultado de um processo formativo com a obtenção de competências científicas, técnicas e humanas para o cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O Enfermeiro Especialista cuida da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família; é capaz de maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para a prática de enfermagem é necessário que o enfermeiro desenvolva um pensamento crítico, o qual deve ser principiado em conjunto com os primeiros passos da formação base, tornando-se meta ao atingir graus académicos mais elevados (Bevis e Watson, 2005). Assim sendo, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa, foi realizado o presente relatório de estágio que descreve as atividades e as competências desenvolvidas ao longo deste percurso de formação. Este tem como objetivo primordial a introspeção e a reflexão das aprendizagens desenvolvidas ao longo do estágio, evidenciando e mobilizando as aprendizagens desenvolvidas ao longo da componente teórica.

O presente relatório trata-se de um retrato do percurso de desenvolvimento da prática profissional, a qual espelha o respeito pelas normas legais, éticas e deontológicas, assim como, pelos direitos humanos e inerentes responsabilidades profissionais; é garantia na procura da melhoria do cuidado e na orientação para um ambiente terapêutico e seguro, de forma a enaltecer a qualidade dos cuidados; através da desenvoltura do autoconhecimento e da assertividade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A vertente clínica desta formação, desenvolveu-se em dois momentos de aprendizagem que se operacionalizaram em dois contextos clínicos. O primeiro decorreu em duas Unidades de Cuidados Intensivos, de duas instituições hospitalares distintas, uma de regime privado e outra pública, ambos na zona da grande Lisboa. A primeira UCI foi escolhida por tratar-se de uma unidade de excelência e de referência no tratamento e cuidado a pessoas com doença oncológica, conciliando o cuidado à tecnologia de ponta, ao nível do setor privado. A segunda UCI foi uma escolha inicialmente não prevista, pois esperava realizar o meu estágio em contexto de cuidados intensivos apenas numa UCI, mas este percurso foi de adaptação constante face à atual pandemia. Para terminar o estágio optei por uma UCI que igualmente fosse dirigida ao tratamento e cuidado a doentes oncológicos, mas sendo espelho do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de forma a poder comparar o cuidado prestado. Quanto à escolha do serviço de urgência, esta foi uma opção de cariz mais pessoal, visto tratar-se da urgência do hospital da minha atual zona de residência, o qual se trata de um hospital público na periferia de Lisboa.

Além dos motivos supracitados saliento que a escolha dos campos de estágio descritos tem por base a qualidade das instituições selecionadas, no sentido em que são consideradas instituições de referência na implementação e desenvolvimento de práticas do cuidado, que me proporcionaram um aporte significativo de conhecimentos, descritos ao longo dos respetivos capítulos.

De referir, que no decurso deste relatório há o cuidado em preservar o anonimato das pessoas e instituições envolvidas, pelo que a sua revelação não irá acrescentar benefício pedagógico e salvaguarda a proteção de dados (UCP, 2020).

Conduzi este percurso com a perspetiva de fomentar o desenvolvimento e a aquisição de competências em harmonia com as competências comuns do enfermeiro especialista, assim como, com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, tendo presente que *“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4744). As competências comuns a todos os enfermeiros especialistas assentam na responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O somatório das competências espelha os objetivos propostos para o desenvolvimento de aptidões em estágio, pois Enfermeiro Especialista é aquele que detém credibilidade perante as suas ações e é reconhecido e escutado (Nunes, 2010). Para traçar e desenvolver os objetivos encarei como eixo condutor a promoção do conforto da pessoa, atendendo à sua relevância uma vez que este é indispensável ao cuidado humano e central para a enfermagem. Assim sento, esta caminhada é sustentada na Teoria do Conforto de Kolcaba. (Apóstolo, 2009).

O conforto da pessoa é a expressão dos cuidados de enfermagem, onde estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade refere-se a um estado de calma ou de satisfação necessário para um desempenho eficiente; a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas (Kolkaba, 2003).

De acordo com Kolcaba (1994) podemos considerar que a componente física espelha as sensações experienciadas pelo corpo, relacionadas com mecanismos homeostáticos. Já a componente psicoespiritual demonstra-se com base na consciência do “eu”, o conceito de si mesmo e a autoestima (pode abarcar o relacionamento do indivíduo com um ser superior). A componente social foca-se nas relações estabelecidas com o outro, enquanto a ambiental refere-se aos fatores externos como o ruído, o som, a luz, o ambiente, a cor e a temperatura. Assim a construção de um ambiente calmo e cuidado, através do controlo e gestão dos fatores ambientais anteriormente descritos, promove o conforto no doente, não só na sua vertente física, mas também na sua vertente psicoespiritual (Kolkaba, 1994).

Baseando-me na Teoria do Conforto de Kolcaba e aspirando um cuidado cada vez mais competente e capaz surge a ideia em estudar as intervenções não-farmacológicas com o uso do som, na busca ininterrupta de atingir o estado de conforto, pois a sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida, dando-lhes capacidade de resiliência (Fernandes, 2018).

No ensejo incessante do conhecimento, realizei em grupo de investigação uma scoping review intitulada: “Intervenções não-farmacológicas da utilização do som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”. Perspetivando que a utilização da música, do som, do ritmo, da melodia e da harmonia potencia a promoção do bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e melhoria da qualidade de vida (Cole e LoBiondo-Wood, 2014). E para que a investigação fosse completa optei por integrar os

resultados na prática clínica através da partilha de evidência com os profissionais de saúde dos contextos de estágio e dos meus contextos laborais.

Este documento privilegia a metodologia descritiva, sustentada na aplicação dos conhecimentos práticos adquiridos durante o período teórico, na consulta e análise de literatura considerada pertinente para o efeito, nos dados fornecidos pelo guia orientador de estágio (UCP, 2018), nas reuniões informais com as enfermeiras chefe, enfermeiros orientadores e nas indicações da professora orientadora. A sua formatação encontra-se de acordo com as normas do Estilo American Psychological Association (APA).

Este trabalho encontra-se dividido da seguinte forma: Introdução, fundamentação da problemática, desenvolvimento e conclusão. Na introdução é efetuado um enquadramento do estágio com apresentação sumária dos contextos de estágio realizados, evidenciando o paradigma orientador e as teorias que suportaram a prática. A fundamentação da problemática baseia-se numa scoping review relativa ao principal fenómeno de interesse, o conforto, mais especificamente, com a identificação de estratégias não-farmacológicas com o uso do som promotoras deste. O desenvolvimento está dividido por subcapítulos que correspondem aos diferentes locais de estágio, onde será feita a descrição e análise das atividades desenvolvidas e competências especializadas fortificadas. A conclusão concerne um resumo do impacto deste percurso na minha formação como especialista, revelando as dificuldades ultrapassadas e aspirações para o futuro. Em anexos e apêndices, são apresentados alguns documentos que entendo serem pertinentes para complementar a leitura acerca do percurso desenvolvido.

Anseio que este relatório seja o meu alicerce para uma prática baseada na evidência, indispensável ao processo de tomada de decisão e à melhoria da qualidade dos cuidados.

1. ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO: INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS DA UTILIZAÇÃO DO SOM NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No decorrer deste capítulo será apresentada uma síntese da scoping review realizada durante o período de estágio.

O interesse pelo fenómeno em estudo nasce com a consulta da Orientação da Direção Geral de Saúde n.º 021/2013 de 31 de dezembro e da alínea a) do n.º 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro. Que tem como fundamentação que apenas se pode considerar a pessoa confortável quando se estabelece esse sentimento de conforto a nível dos cinco sentidos. Fazendo referência ao Conforto Acústico, que refere os ruídos internos, os externos e a existência de som ambiente, com sons suaves, ou com sons da natureza, pode ajudar a tornar o ambiente mais agradável, devendo ser dada a opção à pessoa em situação de doença entre estes sons ou o silêncio (DGS, 2013).

A pessoa em situação crítica frequentemente experimenta ansiedade, dor e desconforto como parte do seu internamento, sendo que estes podem advir da sua própria condição de doença ou do cuidado dos profissionais (Puntillo & et al., 2014). E de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os principais problemas de saúde associado detetados são ao nível da depressão e dos sistemas cardiovasculares, respiratório e músculo-esquelético (DGS, 2013).

Deste modo, desenvolve-se o interesse cada vez mais aguçado pelo fenómeno tornando-se mesmo num desafio para encontrar formas de reduzir as experiências indutoras de stress. No âmbito das competências e do domínio da prática profissional, ética, legal e do desenvolvimento profissional e tendo em consideração que os enfermeiros são os profissionais que estão mais próximos dos doentes, torna-se emergente a utilização de intervenções autónomas de enfermagem no controlo da dor e desta forma proporcionar a satisfação do doente, o bem-estar e o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A música ou outras terapias com uso do som são intervenções que promovem conforto da pessoa em situação crítica e consolidam a autonomia do enfermeiro, reforçando a influencia do profissional perante o meio ambiente hospitalar (Fredrikson, Hellstrom e Nilsson, 2009).

Terapias complementares, como as com o uso do som, apresentam efeitos analgésicos, através da ação anti-inflamatória ou pela distração. Estas terapias geram efeito de relaxamento, melhoraram a qualidade do sono e diminuem vômitos e náuseas, ansiedade, depressão e neuropatia (Cassileth e Gubili, 2010).

As vantagens de incorporar terapias complementares no cuidado de enfermagem incluem: melhoria da qualidade de vida e perante ao cuidado à pessoa em situação crítica; a pessoa e os familiares podem ser envolvidos e capacitados; apresentam resultados positivos de saúde podem ser alcançados, incluindo alívio dos sintomas (James, 1999).

A utilização da música, do som, do ritmo, da melodia e da harmonia com um intuito profissional em contextos clínicos, educativos e sociais, com indivíduos, famílias, grupos e comunidades, potencia a promoção do bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e melhoria da qualidade de vida, pois a música e os seus elementos estimulam funções específicas do cérebro, como a memória e o estado emocional, podendo induzir um estado de relaxamento, melhorando o humor e aumentando a motivação. Tratando-se esta de uma prática com poucos custos associados e uma de intervenção autónoma que os enfermeiros podem facilmente incorporar no cuidado (Cole e LoBiondo-Wood, 2014).

Com base na mnemónica PCC (população, conceito, contexto) preconizada pela Joanna Briggs Institute (JBI), questionou-se: Quais as intervenções não-farmacológicas da utilização do som [C] no cuidado à pessoa em situação crítica[P] em unidades de cuidados intensivos [C].

Face ao contexto do fenómeno em estudo, definiu-se como objetivo: mapear as intervenções não farmacológicas com o uso do som à pessoa em situação crítica, o seu uso e respetiva importância, em unidade de cuidados intensivos.

Como finalidade, pretendeu-se sistematizar o conhecimento disponível na literatura, com base promotora de um cuidado autónomo em enfermagem com o uso do som. Segundo Apóstolo (2017), as lacunas existentes na avaliação ou intervenção numa área ou foco, dispersão do conhecimento, deste modo este tipo de revisão vai conseguir mapear de uma forma específica para colmatar essas lacunas. Pode ainda ser reconhecido o valor da revisão para estabelecer as bases para uma revisão sistemática subsequente, com base nesse conhecimento, elegeu-se uma scoping review,

As pessoas em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva (VMI) quando expostas a música, demonstram redução de ansiedade, frequência respiratória e de pressão arterial sistólica. Assim, reduz-se a taxa de administração de sedativos e é eficaz no

controlo sintomático de ansiedade durante o desmame desta tipologia de ventilação (Golino et al., 2019).

Para além do referido anteriormente, a literatura é consensual quanto à importância da comunicação para o sucesso da técnica. A este respeito evidencia-se que a comunicação multidisciplinar, nomeadamente sobre o estado clínico da pessoa e sobre o planeamento de um cuidado holístico, integrando o ambiente e a escuta ativa. A musicoterapia é uma intervenção que promove a autonomia da equipa de enfermagem e a noção que os enfermeiros influenciam o ambiente da pessoa com quem cuidam (Fredriksson, Hellström & Nilsson, 2009).

Na terapia com o uso do som, a N-BS (terapia baseada nos sons da natureza), recorre a sons produzidos por fenómenos naturais. A N-BS aumenta de forma demonstrada taxas de relaxamento em doentes sob VMI; pois sons familiares aumentam o LOC (*locus de controlo*) interno do indivíduo (Bahonar, Najafi & Haghani, 2019).

A N-BS gera uma redução substancial nas respostas fisiológicas decorrentes da ansiedade e da agitação durante o desmame ventilatório. Além de ser uma estratégia de baixo custo associado, esta reduz a administração de terapêutica ansiolítica e analgésica e, conseqüentemente, gera redução dos tempos de internamento e das comorbilidades associadas. Para a sua aplicação, os enfermeiros, estão numa posição privilegiada, atendendo a que esta terapia é facilmente conciliável com o cuidado inerentes à pessoa em contexto de UCI (Aghaie et al., 2014).

Tanto a terapia musical, a musicoterapia e a N-BS têm em comum potenciais benefícios para a pessoa, dado que os seus efeitos de distração, influenciam o estado psicofisiológico, gerando a sensação de bem-estar, o que se traduz na redução da dor, da ansiedade, do stress, da depressão, de sentimentos de isolamento e de inquietação e, da tensão muscular, assim como na redução/ estabilização da sintomatologia associada (Jaber et al., 2007).

A musicoterapia e a N-BS são técnicas que poderiam estar cada vez mais presentes no cuidado à pessoa em situação crítica (UCI). Pelo baixo custo associado como pelas vantagens para a pessoa internada. Decorrente da análise dos estudos, esta poderá constituir uma intervenção não-farmacológica de autonomia do enfermeiro.

Com base no fenómeno em estudo procedeu-se à redação de uma scoping review: Intervenções Não-Farmacológicas da utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica (Apêndice I); que se encontra atualmente submetida para publicação científica em revista indexada à Scopus, em fase de apreciação dos revisores científicos. Perante a

pesquisa em curso para a realização da scoping surgiu a possibilidade de uma publicação científica em formato de poster, intitulado “*Utilização do som na Pessoa em Situação Crítica: scoping review*” (Apêndice II) e que foi apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem organizado pela Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo I).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Os estágios fazem parte da vida de enfermagem enquanto profissão, sendo um momento a imprescindível de formação (Macedo, 2001). Assim, no decorrer do estágio procurei aprofundar conhecimentos e integrar competências da área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais especificamente na vertente da Pessoa em Situação Crítica, de feição a agregar outras com vista à promoção do conforto da pessoa e família.

O estágio permite experiências significantes e elucidativas da realidade, no sentido de fomentar as competências indispensáveis ao desempenho autónomo e eficaz dos futuros profissionais (Alarcão e Tavares, 2003). Assim, durante a trajetória desenvolvida em contexto de unidade de cuidados intensivos e do serviço de urgência, reuniram-se condições para o desenvolvimento de aprendizagens específicas de atuação.

No decorrer do presente capítulo, após um diagnóstico de situação do contexto em que estava inserida, farei uma análise e reflexão fundamentada das atividades desenvolvidas para o alcance dos objetivos traçados, fornecendo exemplos que certifiquem o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pois o estágio representa a expressão da prática profissional, onde se pode mobilizar e ajustar os conhecimentos (Collière, 1999).

2.1. CUIDADOS INTENSIVOS

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são um espaço em que se concentram os meios técnicos necessários à monitorização e tratamento de doentes com falência de órgãos, eminente ou estabelecida, que é potencialmente reversível e que se reconhecem pela sua identidade, missão e liderança (Ministério da Saúde, 2013). Assim, a área diferenciada da Medicina Intensiva centraliza a sua missão na prevenção, diagnóstico e tratamento/cuidados a doentes *“cuja vida está ameaçada por falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362).

O estágio em cuidados intensivos com início em fevereiro de 2020, decorreu na UCI 1 mas, com o desenrolar da situação pandémica no país fez com que se sucedesse

período de suspensão do estágio, sendo efetivada a 18 março pela declaração de estado de emergência, Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 e executada pelo Decreto n.º 2-A/2020 de 20 de março. Mesmo após a suspensão do estado de emergência, o estágio ficou protelado por revogação da autorização por parte da Instituição Hospitalar. Deste modo, a outra metade do meu estágio decorreu noutra unidade hospitalar diferente (UCI 2) da inicialmente prevista. Assim contemplo, que a descrição de atividades seja efetuada em separado, visto tratarem-se de UCI's muito diferentes.

2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos 1

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI 1) onde inicialmente pensava desenvolver todo o meu estágio, que veio a decorrer apenas no período de 18 fevereiro a 8 março de 2020. Encontra-se inserida num hospital privado na zona da grande Lisboa e, é uma UCI polivalente de nível III (Ministério da Saúde, 2016) direcionada para o atendimento de doentes do foro cirúrgico e oncológico. Prendendo-se a minha escolha por este campo de estágio pelo facto desta unidade de cuidados intensivos encontrar-se integrada num centro de referência para o tratamento e cuidado a pessoas com doença oncológica, o qual atua com a mais recente tecnologia e tem em curso vários ensaios clínicos experimentais para o tratamento oncológico.

A UCI 1 tem uma lotação de oito unidades de assistência (boxes individuais): duas de intensivos e seis de recobro/ cuidados intermédios. A equipa é constituída por uma enfermeira chefe que preconiza uma liderança democrática; um enfermeiro coordenador e vinte e três enfermeiros, privilegiando-se o método individual de trabalho.

A Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH) é constituída por médicos e enfermeiros da UCI, em que o enfermeiro é previamente direcionado no plano de trabalho para essa função.

A comunicação de transição do cuidado decorre de acordo com a técnica ISBAR (sigla que corresponde a: Identificação, Situação atual, “Background”/Antecedentes, Avaliação e Recomendações). Tornando-se esta técnica um sistema padronizado para a passagem da pessoa em situação, pois de acordo com a The Joint Commition International¹ (2017) a standardização do método de transmissão de informação reduz a perda de informação essencial e promove a continuidade dos cuidados em saúde (DGS, 2017).

¹ The Joint Commition International é organização não-governamental criada nos Estados Unidos em 1994, com a finalidade de melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional. A acreditação pela Joint Commission International significa que a unidade hospitalar possui os mais altos padrões internacionais de segurança e qualidade nos cuidados.

Quanto à medicação esta é preparada de forma individual e validada na Glintt2014®² e, posteriormente retirada através da Medstation Pyxies®³.

No projeto inicial de estágio, defini dois objetivos que conduziram a um leque de atividades que foram desenvolvidas com motivação e direcionadas para o cuidado de enfermagem em contexto de UCI.

Considero o primeiro, um objetivo generalizado perante o cuidado, que abarque o máximo de situações de aprendizagem possíveis. Concebendo que com este pretendo:

Desenvolver competências no cuidado especializado de enfermagem à pessoa em situação crítica e à sua família em contexto de cuidados intensivos

Confesso que nunca antes tinha estado numa UCI no papel de cuidadora formal. Numa primeira instância, toda a panóplia de equipamentos invasivos e monitorizações foram geradoras de algum receio, stress, medo, ansiedade e muitas palpitações, pela consciência da responsabilidade inerente e pelo tamanho do desafio. Contudo, nesse mesmo instante, a vontade de aplicar os conhecimentos e a sede de desenvolver competências científicas e técnicas no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família neste contexto, tomaram conta de todos os sentimentos negativos. Agora, com clareza posso considerar que para a aquisição de uma identidade de enfermeiro especialista é necessário enfrentar novos e complexos desafios. Dominar o ambiente, rotinas e dinâmica da UCI era obrigatório, mas conseguir atuar fora da minha área de conforto, desempenhar um papel ativo nesse cuidado, gerir sentimentos e limitações inerentes à gestão do imprevisto e liderança seriam uma mais-valia (Vieira, 2009).

Nesta unidade (UCI 1) sobressai a tecnologia de ponta, os protocolos alinhados, os adequados rácios de enfermagem e o elevado número de enfermeiros especialistas nas diferentes áreas. Até me sentia num sonho, comparando com a realidade que vivia. E este contraste fez-me sonhar e querer ser mais e melhor, aprender e capacitar-me para cada dia ser capaz de um cuidado mais competente.

² Glintt® é uma empresa localizada na Península Ibéria que atua na consultoria e serviços tecnológicos no mercado de saúde, que desenvolveu vários programas informáticos. Como é o caso da Glintt2014®, direcionado para o registo diário dos cuidados de enfermagem baseado na linguagem CIPE e que permite ter acesso à medicação prescrita pela equipa medica.

³ Medstation Pyxies® é um sistema automático de dispensa de medicamentos que suporta o gerenciamento e centralização destes. Através deste sistema apenas os profissionais autorizados podem retirar medicamentos atribuídos ao doente estipulado.

Assim dei os primeiros passos. Comecei por conhecer o espaço, as dinâmicas e reconhecer rostos associando-lhes uma categoria profissional. Estudei os protocolos e estudos em vigor na unidade, os quais me foram de imediato disponibilizados tanto pela enfermeira orientadora como pela enfermeira chefe. A forma como me acolheram foi promotora de um caminho rico e produtivo em experiências, e igualmente gratificante, na aquisição de competências.

Na UCI 1, os doentes têm proveniência principal o bloco operatório, tratando-se maioritariamente de pessoas no pós-cirúrgico. Foi neste sentido, que certo dia foi-me delegado o cuidado a uma pessoa do sexo feminino de 37 anos de idade, submetida a Retalho da Artéria perfurante da Artéria Epigástrica Inferior (DIEP - *Deep Inferior Epigastric Perforator Flap*). Procurei de imediato inteirar-me sobre a intervenção e os respetivo cuidado de enfermagem direcionados à pessoa submetida a esta intervenção cirúrgica, procurando-me basear no conhecimento científico.

A DIEP trata-se de uma técnica “*gold standard*” para a reconstrução mamária (Branford e Harris, 2016). Nasceu a partir da significativa morbilidade do local dador no retalho de músculo reto abdominal transversal (TRAM) e do facto da remoção de tecido muscular do abdómen inferior pode levar a complicações incluindo hérnias, assimetrias abdominais, dor crónica e perda permanente da força de fletir e rodar o tronco (Grotting et al., 1989).

A DIEP envolve o uso de retalhos livres usando apenas pele e gordura da região abdominal infra umbilical, com dissecação das perfurantes miocutâneas até a artéria epigástrica inferior profunda com ligação microvascular do vaso à mamária interna. Idealizando a preservação total do músculo reto abdominal. Este tipo de cirurgia é dirigida a pessoas saudáveis e com presença de pele e tecido adiposo abdominal que permita a mobilização de volume mínimo a moderado para a reconstrução mamária (Branford e Harris, 2016).

Quando comparando a DIEP com a TRAM, o custo total de uma reconstrução DIEP é mais baixo, devido ao menor tempo de recuperação do doente e ao menor tempo de permanência no hospital (Kaplan e Allen, 2000). Como desvantagem na DIEP há a possibilidade do aumento de necrose gorda e perda de retalho como resultado de um fluxo sanguíneo menos vigoroso do que ocorre numa reconstrução TRAM, o que pode afetar a forma e o contorno da mama reconstruída. Esta disposição pode ser minimizada por uma boa seleção das pessoas propostas, selecionando aqueles que não fumem, não requeiram mais de 70% de pele do retalho TRAM (Kroll, 2000; Singletary, 2001).

No cuidado de enfermagem específico à mulher submetida a DIEP temos de privilegiar a avaliação de sinais como hematomas; equimoses; edema e tensão mamária, pelo risco de complicações e rejeição de enxerto, sem esquecer de todo o cuidado holístico inerente.

A mulher com cancro, por fruto cultural, sente que está a receber uma sentença de morte. Para além do medo da mutilação surge o medo da rejeição, pois as representações associadas ao cancro são negativas, e associadas a algo cruel e destrutivo. Nesta etapa, as diferenças sentidas pela mulher não são apenas no nível corporal, mas também no convívio social, abrangendo família, amigos e trabalho (Duarte e Andrade, 2003). O cancro de mama é desestruturante, pela incerteza de vida, pela possibilidade de recorrência da doença e pela incerteza de sucesso no tratamento (Almeida et al., 2001).

Mulheres que passam por uma mastectomia têm uma experiência diferente daquelas que não se submetem a este processo. O sentimento mais comum após a cirurgia é a ambivalência, pois a mulher deposita na cirurgia a possibilidade da cura e espera que, após a realização da mesma, não precise mais se preocupar. Ao mesmo tempo, existe o medo de enfrentar um corpo que já não é mais o mesmo, a sensação de que a doença vai voltar e as necessidades de se preparar para as novas etapas, como os tratamentos que devem ser feitos. A realidade da mutilação conduz a mulher uma parafernália de sentimentos, com os quais ela fica perturbada (Camargo e Souza, 2003).

O cuidado tem por base a vigilância do local intervencionado e de todo o corpo, mas também do ser mulher, tal enaltece como o cuidado de conforto só é completo se respeitar todas as suas vertentes. O cuidado (físico) reflete as sensações experienciadas pelo corpo adaptadas ao conceito de si mesmo e de autoestima (psicoespiritual), que são subordinados por padrões culturais (social) e ambientais (Kolcaba, 1994).

Por outro lado, o corpo e o espaço que abarca, são considerados os mais invioláveis territórios pertencentes à pessoa. Mas infelizmente, no hospital comumente a pessoa em situação de doença sente-se desapossado do seu corpo, pois em virtude da doença submete-se aos profissionais e abre mão da sua esfera mais íntima, física e psicológica (Pupulim e Sawada, 2010). Cai em esquecimento, que cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas também é um ato que prestamos a toda a pessoa com necessidade de ajuda em arcar com as suas necessidades vitais (Collière, 1996).

Evocando isto, o enfermeiro especialista tem de refletir e procurar dar resposta à privacidade da pessoa ao nível de todas as esferas. Privacidade é mais que ter em atenção

puxar uma simples cortina ou o cerrar a porta, privacidade vai muito além do nu visível aos olhos humanos. Cuidar é, de facto, prestar atenção global e contínua a um doente, nunca esquecendo que ele é, antes de tudo, uma pessoa. Neste sentido, o cuidador nunca poderá esquecer todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que a pessoa precisa, para além dos cuidados de saúde exigidos pela doença em si (Simões, 2014).

Como prefácio a toda e qualquer abordagem solicito o consentimento da pessoa, tendo como premissa que o consentimento informado decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa, este concerne a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem Assim, informei a pessoa em situação de doença da minha avaliação em linguagem simples e concisa e dei lugar a que esta expressasse dúvidas ou questões, pois é direito da pessoa a obtenção de informação atualizada relacionada com a manutenção de saúde, e a prevenção e tratamento da doença (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Perante tais premissas, abraço que a problemática major não se tratava do diagnóstico primário, pois cuidar da pessoa submetida à intervenção é também um cuidado emocional eficaz à pessoa com cancro de mama submetida e DIEP. Visto ter congratulado durante esta primeira abordagem uma alteração do ponto de vista emocional na pessoa em situação de doença, o qual me parecia associada a angústia e receio.

Prontifiquei apoio emocional e fiz-me presente. O saber fazer-se presente é um dos papéis fulcrais do enfermeiro especialista. O que corrobora a integridade do cuidado direcionado ao “relacionamento terapêutico” e ao “cuidado humanizado e individualizado” (Santos et al., 2019).

A intervenção teve como início o demonstrar-me estar ali, com a ela e para ela, dando espaço para que exprimisse a sua angústia. Quando percebi que necessitava e permitia o toque, segurei-lhe na mão, ao mesmo tempo que a doente se permitiu a deixar cair algumas lágrimas devido à angústia que sentia. Acabou por me confessar que omitido aos filhos menores o que se sucedia, a tristeza de não poder ter o marido ao seu lado naquele momento, mas tivera dito aos filhos que ia numa viagem em trabalho por alguns dias e o marido não a podia acompanhar para que aparentemente mantivessem a rotina diária das crianças.

Neste momento pedi licença puxei uma cadeira e sentei-me junto à doente, ficando ao seu nível, visto esta estar no leito em posição fowler. Apresentando disponibilidade para

a ouvir, para tentar prestar-lhe o apoio que ansiava. No final deste ato terapêutico a pessoa em situação de doença expressou verbalmente agrado no cuidado e referir que se sentia mais calma e tranquila, que eu tinha dado resposta à ansia que sentia no momento. Assim concluo que obtive sucesso nesta intervenção, com base na manifestação verbal da doente de sentimentos e pensamentos. O que me permitiu avaliar as suas necessidades fisiológicas, socioculturais, psicológicas e, guiar-me na implementação de intervenções (Wagner, Byrne & Kolcaba, 2006).

Com esta experiência considero ter desenvolvido competências práticas de cuidado especializado que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assim como, desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, além de, conseguir basear a minha praxis clínica especializada na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A jornada continua, e as oportunidades de conhecimento são constantes.

Nesta unidade hospitalar, como referi anteriormente, a tecnologia é de vanguarda. Constituindo o período de estágio mais curto do que o que planeado, houve oportunidade de realizar observação em bloco operatório e consciencializar acerca do cuidado em enfermagem intraoperatório. Aliado à evolução tecnológica, característica deste contexto clínico, assistir a uma Ressecção hepática com Segmentectomia e Colecistectomia por robótica foi uma experiência enriquecedora. Tive oportunidade de estar sentada numa das duas boxes de controlo, pois só um dos cirurgiões manipulou o robô, enquanto o outro permaneceu sempre junto da pessoa submetida a cirurgia. Assim visualizei na primeira fila e pode contemplar a precisão e quão minimamente invasiva é este tipo de intervenção. Terminada, ainda houve a possibilidade de acompanhar a pessoa nos pós-operatório imediato à unidade de recobro pós-cirúrgico onde constatei que a dor era muito menor quando comparando com a forma operatória tradicional, pelo menor tamanho das incisões e reduzida manipulação dos tecidos subjacentes (Maes, 2019).

Com esta experiência rentabilizei uma oportunidade de aprendizagem, que possibilitou a análise de uma situação clínica de um universo da enfermagem diferente do habitual da minha prática clínica. Permitindo o desenvolvimento de novos conhecimentos, o que gera um cuidado especializados mais seguro e competente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por aqui parece difícil na equipa da unidade encontrar alguma não conformidade no desenvolvimento de competências de supervisão de cuidados. Mas, certo dia, deparo-me com quadro em que o ator principal era um profissional não pertencente à unidade e, foi naquele momento, que percebi a diferença entre a prática de um enfermeiro generalista e

de um especialista. Aquele momento, fez-me repensar a minha postura e agir profissional. O desafio seria, garantir a práticas de cuidados de forma a respeitar os direitos humanos e as responsabilidades daquele profissional, simultaneamente a prevalecer um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Aquela pintura um pouco cinzenta, teve início num dia em que fiquei com um uma pessoa submetida a intervenção cirúrgica do foro urológico. A cirurgia decorreu de forma linear, sem quaisquer intercorrências intraoperatório. O doente apresenta-se algaliado com dispositivo de três vias, com lavagem vesical em débito contínuo, inicialmente permeável, até que então, começam as dores na região pélvica, administrada analgesia em SOS, que surte pouco efeito. As manifestações de dor continuam e deixa-se de verificar a permeabilidade vesical, contactado o urologista responsável pelo doente, que vem até à unidade observar o mesmo.

Vinda eu de preparar mais analgesia e ao entrar na box individual do doente, deparo-me com o médico já em pleno decurso da avaliação ao doente e a conversar com o mesmo na tentativa de o acalmar e reduzir a ansiedade implícita, também por experiências anteriores negativas. Até aí tudo decorria de acordo com a performance habitual, quando olho e me apercebo, de uma não conformidade no uso de luvas no exame físico efetuado. Começo de imediato, a calcular como posso efetuar ensino sobre EPI's, motivando aquele profissional para mudanças de práticas mais seguras.

As infeções do trato urinário associadas a dispositivo urinário representam 60% das IACS em Portugal de acordo com o Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças (ECDC, 2012). Atendendo a esse facto, congratulo que o papel do enfermeiro especialista passa pelo alerta e ensino a outros profissionais, motivando os outros para a mudança.

Então optei por dar o exemplo, calcei umas luvas e comecei com as toalhetas apropriadas a desinfetar os materiais que tinha visto o profissional tocar, simultaneamente, passei-lhe umas luvas limpas. Ao que este assentiu, realizou apenas a desinfecção das mãos e calçou as luvas, referindo que por lapso se tinha esquecido. No final do exame descalçou as luvas e executou a correta técnica de lavagem das mãos de acordo a técnica enunciada pela OMS (2009).

Perante a análise desta situação considero ter desenvolvido e implementado intervenções planeadas vocacionadas à prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da doença dos processos médico-cirúrgicos, assim como, simultaneamente, promovi estratégias de prevenção do risco, visando a cultura de segurança, o que permitiu

ainda maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O segundo objetivo a que me propus, privilegia:

Contribuir para a qualidade do cuidado especializado de enfermagem à pessoa em situação crítica, na promoção o conforto recorrendo a intervenções não farmacológicas com a utilização do som

Esprei cerca de uma semana até arregaçar as mangas e dar início a este objetivo, pois primeiro optei por me inteirar do decorrer do trabalho do dia-a-dia na unidade. Assim comecei a realizar uma pesquisa preliminar relativamente ao fenómeno e posteriormente, reunir com a professora orientadora para discutirmos a questão de investigação. Após serem limadas algumas arestas dei início ao projeto de pesquisa.

Em seguida abordei a enfermeira orientadora de forma a compreender a sensibilidade a este fenómeno e obtive várias sugestões que contribuíram para o processo de pesquisa.

A enfermeira chefe viu no meu projeto uma oportunidade de uma experiência benéfica, considerando-a interessante para os doentes e de fácil implementação no serviço. Visto que todas as boxes se encontravam munidas com sistema de audiovisuais, e tratando-se de unidades fechadas por portas de vidros poder-se-ia permitir aos doentes uma experiência única e particular. Planeamos uma sessão de formação formal, que teria lugar duas semanas antes do término do meu estágio. Tentar-se-ia programar esta sessão num dos auditórios da instituição de forma a que todo o centro cirúrgico tivesse oportunidade de assistir, após uma conveniente divulgação da mesma.

Após esta reunião fiquei muito contente e agilizei a pesquisa de forma mais aprofundada, sempre sob a orientação da professora orientadora.

Apesar do planeado, a declaração do estado de emergência aconteceu e não tive oportunidade de dar continuidade às atividades neste contexto clínico. Não considero o percurso tecido desperdiçado, encaro que tenha sido uma aprendizagem para experiências vindouras. De certa forma, posso mesmo considerar que o conhecimento adquirido virá a ser fruto de um ajustamento na medida de uma transição (Santos et al., 2015), que desta forma fortaleci o autoconhecimento e a assertividade, atendendo a que o insucesso fez-me gerir sentimentos e emoções (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos 2

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI 2) onde dei continuidade ao meu percurso, entre o período de 19 de outubro e 29 de novembro de 2020, trata-se de uma unidade de cuidados intensivos polivalente de nível III (Ministério da Saúde, 2016), sediada num hospital público da grande Lisboa, no qual desempenho funções desde 2015.

A UCI 2 dá resposta tanto a doentes do foro médico, como cirúrgico. Esta é constituída por quatro unidades de cuidado intensivo e no mesmo espaço, seis unidades de cuidado de recobro médico-cirúrgico.

Nesta unidade, a equipa de enfermagem é constituída por dezanove enfermeiros, que se encontram subdivididos por seis equipas e a desempenhar funções em horário rotativo, sendo que o cuidado de enfermagem é centrado no modelo holístico que privilegia o método individual de trabalho, conciliado com o trabalho em equipa em situações de urgência/emergência.

Trabalhar em equipa permite a colaboração e o respeito mútuo pelas dificuldades, incitando ao sentido de responsabilidade e partilha de forma desenvolver um caminho de cooperação na perspetiva de cumprir por completo o cuidado (Koerner, Cohen e Armstrong, 1986). Já o cuidado de enfermagem individual alvitra que a organização global do cuidado face às necessidades do doente depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa e a avaliação dos resultados assentam principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível (Pinheiro, 1994), portanto a responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados (Kron e Gray, 1989)

A medicação é preparada de forma individual, validada na Glint®, e os registos de enfermagem efetuados no programa informático Pacu®⁴.

Defini como objetivos os mesmos que para a UCI 1, visto esta caminhada ser um processo de continuidade. Assim passo a descrevê-los, tentando ser o mais explícita e realista possível. O primeiro concerne em:

Desenvolver competências no cuidado especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à sua família em contexto de cuidados intensivos

⁴ O Pacu é um programa informático criado pela Picis®, este é dirigido para o uso em doentes de UCI e de recobro na medida que faz automaticamente o registo das monitorizações vitais em curso e permite associar o registo por parte do profissional.

Numa fase inicial, de forma a me integrar na UCI, comecei por perceber a organização e dinâmica de funcionamento da unidade através da leitura das normas e protocolos vigentes, bem como através da observação e colaboração no cuidado de enfermagem.

O processo de integração na UCI 2 foi facilitado pela experiência prévia de contacto com a UCI 1 e pelo facto de já conhecer alguns dos elementos da equipa de saúde, bem como pelo conhecimento prévio da organização e funcionamento da instituição, na medida que conhecia a localização do serviço e a respetiva disposição, tal como e o funcionamento e a proveniência dos doentes, assim como os protocolos vigentes da unidade hospitalar.

A somar, aqui as caras eram-me familiares e sorridentemente tratavam-me pelo nome. Mas quanto mais personalizado é o cumprimento, maior era o receio de desiludir, sentia uma responsabilidade acrescida em ter um desempenho exímio, uma vez que desempenhava funções no mesmo hospital onde o estágio estava a decorrer. Inicialmente, ao readquirir a condição de estudante, confesso que senti uma dificuldade em gerir sentimentos e papéis desempenhados, uma vez que iria desenvolver o cuidado, lado a lado, com pessoas que já conhecia e trabalhara anteriormente noutro contexto profissional. Assumi, inicialmente, o meu papel de estudante com alguma timidez e dificuldade em fazer sobressair a minha autonomia e os conhecimentos de que já era detentora, sendo esta dificuldade gradualmente ultrapassada ao encontrar um equilíbrio entre os dois papéis.

Os doentes admitidos na UCI 2 podem ter como proveniência o bloco operatório ou serviços de médico-cirúrgicos deste ou de outros hospitais. A mobilidade do doente durante o período de transferência é feito com a articulação entre a equipa multidisciplinar.

Anteriormente, à pandemia o serviço dispunha de um sistema de visitas composto por um período das 17h às 19h permitindo a presença de uma pessoa junto do doente alternadamente. Nesta fase pandémica deixaram de existir visitas padronizadas, mas atendendo ao facto de o doente e/ou família experienciarem uma situação limite, associada ao risco de vida, que é vivida de forma única (Sá, Botelho & Henriques, 2015) e a esta unidade à data ser considerada uma UCI não-covid, optou-se por manter as visitas como uma conduta de exceção e não de rotina. As visitas eram combinadas telefonicamente, habitualmente marcadas para depois das 20h e se possível ao fim-de-semana. Pretendia-se que a unidade tivesse o menor número de doentes tendo em consideração o plano cirúrgico semanal e número de horas de recobro pós-cirúrgico.

É essencial, promover a presença da família no cuidado de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica, requerendo dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a ciência do cuidado. Mas mesmo assim, uma visita por semana pode ser pouco, muito pouco, pois o doente inconsciente muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação. A família, na maioria dos casos, vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e subtis alterações no estado clínico do seu ente querido (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Até porque das situações responsáveis por causar desequilíbrios nos familiares podemos considerar o desconhecimento da real situação do estado da pessoa (Pardavila Belio & Vivar, 2011), o próprio ambiente da UCI, as experiências anteriores de hospitalização de um familiar ou pessoa próxima, a gravidade da situação do doente e o reduzido contacto com a equipa da UCI (Leite et al., 2013).

Neste sentido, era efetuada uma chamada diária para pessoa/ familiar de referência para fornecer informações atualizadas e detalhadas sob o atual estado do doente. Assumi, por várias vezes este cuidado, sob supervisão do enfermeiro orientador.

Recordo-me de contactar a esposa de um doente em fase terminal, que ansiosamente atendia o telefone ao primeiro toque, segundo a senhora, esta acordava diariamente às 5h a pensar se seria aquele o dia em que veria o marido pela última vez. Além do processo de escuta ativa e de a informar como o marido estava naquele momento, apercebi-me que a senhora só vinha uma vez por semana porque ao início do internamento lhe tinham explicado que era difícil neste contexto as visitas diárias. Mas o contexto mudara e ela tivera vergonha de questionar se as visitas não poderiam decorrer com mais frequência.

Após terminar esta chamada, tentei compreender junto do enfermeiro orientador a possibilidade de alterar a frequência das visitas desta senhora ao marido. De imediato ficou sensibilizado e indagamos conjuntamente a enfermeira chefe desta possibilidade, que por sua vez, prontamente equacionou a situação com o diretor clínico do serviço. Poucas horas depois, estava eu a telefonar novamente à esposa do doente para lhe perguntar se estaria disponível para vir visitar o marido naquele mesmo dia após as 20h. A gratidão foi notável nas palavras da esposa do doente e eu deste modo, estabeleci relação terapêutica com a família da pessoa em situação crítica e assiste a família perante as suas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O enfermeiro tem o dever de informar o doente e a família sobre o cuidado de enfermagem, bem como atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo sobre o mesmo (Vieira, 2009). Essa prática deve ser tida como comum, pois visa diminuir o sofrimento e a ansiedade (Karlsson et al., 2011; Hildebrandt et al., 2015). É basilar que a enfermagem seja capaz de reconhecer as reais necessidades da família perante a prática clínica e conseguir-se responder às mesmas (Mendes, 2015).

Este tipo de conduta profissional tem todo o meu apreço e admiração pois reconheço o forte efeito terapêutico da presença da família/pessoa significativa e a sua expressão no sentido da humanização do cuidado, indo contra a ideia de que o ambiente altamente tecnológico da UCI, associado ao facto de ser um ambiente fechado contribui para um ambiente despersonalizado e impessoal, potenciador de stress na pessoa internada em situação crítica e nos seus familiares, dificultando o ambiente humanizado (Martins et al., 2008).

Ao longo do decorrer do estágio e do inerente cuidado, considero que as minhas intervenções se tornaram gradualmente mais estruturadas, individualizadas e especializadas, fundamentando os vários procedimentos e tomada de decisões em enfermagem. Apostei sempre na procura constante de novas experiências e momentos de aprendizagem, que me possibilitassem o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, pois uma enfermeira em cuidados intensivos tem de estar capacitada para um cuidado de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e situação do doente (Urden, Stacy e Lough, 2008).

Cuidei da pessoa em situação crítica, tendo sempre em consideração a importância da antecipação da sua instabilidade (através da monitorização de sinais e sintomas manifestados pelo doente) e executando cuidados técnicos de alta complexidade. Em UCI, a monitorização invasiva assume uma importância particular uma vez que a instabilidade hemodinâmica pode acontecer a qualquer altura e que o meio clínico e homeostático se encontram em constante mudança. Desta forma, a monitorização hemodinâmica permite a vigilância contínua de funções sistémicas do organismo através do estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea, pela observação metódica de parâmetros clínico-laboratoriais (Capitão & Pires, 2010).

Manuseei vários tipos de monitorização invasiva durante o cuidado na UCI. Como é o caso da linha arterial (LA), que fornece valores contínuos e fidedignos da pressão

arterial, parâmetro que necessita de ser avaliado frequentemente na pessoa em situação crítica (Jarman, 2007). Assim como na maioria dos doentes de UCI é colocado cateter venoso central (CVC), que é importante não só para a monitorização, como, para a administração de terapêutica endovenosa, nutrição parentérica, quimioterapia, sangue e derivados, hemodiálise, entre outros. (Silva, 2014).

A manutenção da LA e do CVC é de suma importância, procedi à vigilância do local de inserção, seguindo o protocolo de manutenção hospitalar, baseando-me na norma de “feixe de intervenção” de prevenção de infecção relacionada com cateteres. Assim sendo, o manuseamento dos cateteres, tem um papel preponderante nas intervenções realizadas pelos enfermeiros (Encarnação, et al., 2013)

Também me foi possível adquirir competências na manipulação da técnica de substituição renal (TSR). A técnica dialítica com que tive contacto foi a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC). O objetivo das técnicas de substituição renal é alcançar a correção adequada da uremia, das alterações eletrolíticas e de excesso de volume de líquidos, de acordo com a tolerância hemodinâmica do doente (Chater & Kellum, 2007). Os cuidados específicos a ter com o seu manuseamento, a utilização de técnica asséptica, a interpretação dos dados relativamente à técnica e o seu significado perante a pessoa instável foram competências que adquiri no cuidado à pessoa em situação crítica, submetida a este tipo de TSR.

Durante o estágio, cuidei de pessoas sob suporte de ventilação mecânica invasiva (VMI). Suporte este que podem substituir parcialmente ou totalmente a respiração espontânea (Silva, et al., 2017), este acarreta que a pessoa que possui uma entubação oro/nasotraqueal, fique conectado a um dispositivo respiratório, denominado ventilador, que cria uma pressão negativa, que gera a entrada de ar nos pulmões, com uma certa periodicidade, favorecendo das trocas gasosas (Simões, 2016).

Certo dia na UCI, foi-me delegado o cuidado a uma pessoa do sexo masculino ao qual foi possível efetuar o desmame ventilatório, de forma gradual, considerando sempre a resposta do mesmo à sua condição clínica. O doente tinha sido admitido na UCI em contexto de um pós-cirúrgico torácico, sob ventilação invasiva, sedoanalgesiado. Atendendo ao estado hemodinâmico e os resultados dos valores das análises clínicas colhidas, nas primeiras 24h de pós-operatório início desmame da sedação e às 48h inicia-se o início processo de desmame ventilatório.

Para que o processo seja eficaz, requer, além da condição clínica satisfatória do doente, um trabalho multidisciplinar (Melo, et al., 2014). Nem sempre o sucesso é imediato, mas no caso concreto, iniciou-se sem dificuldade.

Neste complexo processo avaliei a resposta funcional ao desmame ventilatório, atuando com as intervenções necessárias na assistência ventilatória, com a monitorização constante da frequência respiratória, o controlo da ventilação mecânica, adaptada no ventilador a cada fase do desmame ventilatório. Para além disso, avaliei o controlo acidobásico efetuado nas trocas gasosas, com recurso a gasometrias.

O desmame ventilatório, por norma, compreende cerca de 40% do tempo total de ventilação mecânica (Menezes, et al., 2013).

No decorrer do desmame ventilatório tive de ter em constante atenção o nível de consciência do doente, o qual se manteve consciente e aparentemente orientado, demonstrando-se colaborante, de acordo com a avaliação da escala de coma de Glasgow 14. A avaliação do seu padrão respiratório que foi avaliado pelo ritmo, frequência, saturação periférica de oxigénio e pela coloração da pele, que se manteve sempre dentro dos parâmetros normais e aceitáveis face à condição clínica. Em simultâneo decorria a avaliação da frequência e ritmo cardíaco, assim como, da tensão arterial; inicialmente, verificou-se a presença de episódios de taquicardia e o aumento da tensão arterial, que rapidamente reverteu, entendeu-se ser associado ao stress experienciado com esta vivência. Também é importante ter em análise o nível de atividade física e respetivo posicionamento corporal, o controle da pressão do cuff do tubo orotraqueal, a necessidade de aspiração endotraqueal, que se sucedeu apenas por duas vezes, e os sinais de paragem cardiorrespiratória (Menezes, et al., 2013).

Esta situação contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área de administração de protocolos terapêuticos complexos e na prestação de cuidado antecipatório em caso de instabilidade e risco de falência orgânica à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Cuidar na UCI para além das competências técnicas e cognitivas exigidas, são também fundamentais as competências relacionais. Na sua esfera de cuidado, os profissionais de saúde devem valorizar todo o processo comunicacional estabelecido com o doente. É por esta relação, que a pessoa se sente escutada e compreendida, que se torna importante aos olhos de alguém e que encontra nessa atenção do outro, a força para viver a sua dificuldade (Phaneuf, 2005).

A VMI compromete a comunicação verbal, pela presença da prótese ventilatória. Deste modo, gera-se a necessidade de encontrar estratégias que me permitam compreender o doente e estabelecer com ele uma comunicação adequada e eficaz, ao dispensar particular atenção e valorizando todas manifestações evidenciadas pelo comportamento não verbal (Côrte-Real, 2007).

Optei por utilizar estratégias facilitadoras na transmissão de informação à pessoa com barreiras à comunicação e adaptei-as à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica. Perante o primeiro contacto com o doente, estivesse sedado ou não, cumprimentei-o e apresentei-me e, perante a prestação do cuidado expliquei, de forma simples, o que ia fazer. Então concluí que eu, que estava habituada a comunicar com facilidade no internamento, atravessava um novo desafio pessoal. Comunicar com o doente que se encontra submetido a ventilação mecânica sem administração de qualquer tipo de sedação, ou seja, em estado vígil, constituiu-se um desafio ao meu cuidado. Quanto mais instável está o doente mais difícil se torna a comunicação entre ele e equipe de enfermagem, principalmente quando se encontra submetido a ventilação mecânica. Este facto representa um fator de stresse que compromete a comunicação (Sá & Machado, 2006).

Para comunicar com a pessoa sob ventilação invasiva optei por recorrer a quadros ilustrativos, visto a condição clínica do doente não permitia capacidade em escrever. A utilização da escrita representa uma estratégia facilitadora da comunicação, uma vez que o esforço para falar provoca a mobilização do tubo endotraqueal e aumenta a probabilidade do traumatismo da traqueia (Thelan, et al., 2008).

Deste modo, compreendo ter demonstrado uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, mobilizei conhecimentos e habilidades, de forma a garantir a melhoria contínua, gerei respostas de adaptabilidade individual, suporrei a prática clínica baseando-me na evidência científica e gerei comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste estágio também houve a possibilidade de desenvolver uma formação integrada no cuidado a enfermeiros iniciados neste contexto. Atualmente, face constantes reajustes nos serviços e atendendo à mobilização de enfermeiros peritos para as unidades covid, este tipo de formação torna-se essencial. Sendo uma enfermeira perita em cirurgia torácica, desenvolvi uma pequena formação a dois elementos recém-chegados relativa a drenagens torácicas e ao cuidado específicos ao doente com drenagem torácica, dando

primazia à necessidade do levante precoce, à contenção da ferida operatória perante a tosse ou mobilização, ao dever executar o levante pelo lado operado e a não clampagem de drenagens torácicas principalmente às que se encontram borbulhantes (AEOP, 2012; CHLN, 2017). Neste sentido, e em discussão com os colegas peritos em UCI apercebi-me que havia por todos algumas questões/ dúvidas quanto aos materiais necessários para a colocação de uma drenagem torácica em contexto programado/ urgência na unidade. Baseado nesta experiência, em concordância com o enfermeiro orientador e da enfermeira chefe procedi à elaboração de uma check-list dos materiais para a colocação de uma drenagem torácica (Apêndice III), baseando-me na norma de procedimentos do serviço de cirurgia torácica do mesmo hospital e da qual fiz parte como elemento na sua elaboração.

Levando em consideração, a elevada afluência de doentes do foro da cirurgia torácica decidi atualizar conceitos e participei no Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiorádica e Vasculard (Anexo II). Atendendo ao enunciado anteriormente, considero que com estas experiências desenvolvi processos de formaçãe e desenvolvimento na prática clínica e, rentabilizei as oportunidades de aprendizagem.

Durante este percurso, realizei sistematicamente uma análise constante da minha prática, sustentada por uma pesquisa científica sobre as temáticas aprendidas ou sobre as realidades com que era confrontada, o que permitiu consolidar conhecimentos, adquirir e desenvolvi competências, enquanto futura enfermeira especialista. Promovi momentos de reflexão e partilha de saberes com os enfermeiros da UCI, sobre várias temáticas resultantes do cuidado.

O segundo objetivo a que me propus trata de:

Contribuir para a qualidade do cuidado especializado de enfermagem à pessoa em situação crítica, na promoção do conforto recorrendo a intervenções não farmacológicas com a utilização do som

Comecei por agendar uma reunião com a finalidade de discutir o meu projeto com o enfermeiro orientador e com a enfermeira chefe da UCI. Em suma, ambos apresentavam ideias contraditórias sobre o mesmo. O enfermeiro orientador contemplava que eu deveria de executar uma formação num âmbito mais formal, com um modelo expositivo por PowerPoint no qual os enfermeiros da unidade eram chamados a comparecer. A enfermeira chefe achava que a formação integrada no cuidado seria a opção mais válida, evocando a partilha de conhecimentos não-unilateral, e que seria difícil de agendar uma formação com

elevada assistência tendo em conta que o número de horas de estágio era limitativo. Acabamos por concordar os três que a partilha de conhecimento integrada no âmbito do cuidados seria a opção mais válida.

Neste contexto, constatei que estava muito enraizado a administração de terapêutica ansiolítica para promover o sono, associada a medidas não-farmacológicas como a redução da luminosidade e aumento da temperatura ambiente (Hu, 2015; DuBose & Hadi, 2016). Então já que eu chegava com algumas ideias inovadoras, optei por direcionar a minha intervenção com a utilização do som para o desmame ventilatório, o que revelou muita curiosidade dos enfermeiros iniciados, peritos e equipa médica.

No final das passagens de turno, a enfermeira chefe dava espaço a que eu promovesse um momento de partilha de conhecimento, tendo por base a transmissão de informação pertinente evocando a prática diária do cuidado, sustentada na evidência científica. Forma com que consegui captar o interesse da equipa de enfermagem para o fenómeno em estudo. Com base na prática diária, todos os profissionais sabem que a VMI pode ter vários efeitos colaterais, incluindo dor, agitação, ansiedade, angústia e desconforto. Todos estão familiarizados em reduzir estes sintomas através de medicamentos com os efeitos colaterais inerentes. Foi sugerido o uso da musicoterapia, por melhorar o estado psicofisiológico, por um efeito de relaxamento e uma sensação de bem-estar, reduzindo o *score* no RASS e no BIS (Jaber et al., 2007). Assim, disponibilizei evidência acerca do fenómeno em estudo, o que gerou vários episódios de discussão em equipa. Com esta esta experiência, considero ter sido um agente facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, promovendo a formulação e implementação de procedimentos para a prática, suportando a prática clínica em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Com este *modus operandi* considero o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista: comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas, zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização, identificar as necessidades formativas na sua área de especialização, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e promover a formação em serviço na sua área de especialização (UCP, 2015; UCP, 2018).

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2016).

A enfermagem de urgência é uma área da enfermagem especializada, diversa e multidimensional. Atravessa todos os grupos etários e inclui cuidados que vão do controlo da doença e prevenção de traumatismo, até medidas de reanimação para salvar vidas (Phipps et al., 2003). Este contexto específico no cuidado faz da enfermagem uma profissão desafiadora e complexa, em que o enfermeiro se depara com um vasto leque de emoções, sentimentos e respostas humanas alternadas (Sheehy, 2001).

Neste âmbito, o enfermeiro tem de recorrer a uma abordagem de resolução de problemas para tomar decisões que podem implicar vida ou morte. Em muitos casos esta abordagem tem de ser implementada e concluída em questão de minutos, exigindo ao enfermeiro uma atualização permanente dos seus conhecimentos teórico-práticos (Patrick, 2011).

É ao Serviço de Urgência Geral que, preferencialmente, se recorre quando se vivencia um processo de doença aguda ou quando ocorre a agudização de uma doença crónica. Deverá ser função do serviço de urgência, prestar cuidados de saúde em tempo útil e de qualidade a todos os que lá se dirigem em situação de urgência ou de emergência, devendo o serviço de urgência garantir a individualidade, a segurança e a dignidade da pessoa (Freitas, 2012).

O serviço de urgência médico-cirúrgico onde decorreu o meu estágio, desenvolvido de 26 de junho a 16 de agosto de 2020, pertence a um hospital público-privado, na região periférica de Lisboa. Tem como, missão a promoção e a prestação de serviços de saúde à população da sua área de atuação ou a qualquer outro cidadão em situação de emergência médica, com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e do ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente da qualidade.

O serviço de urgência (SU) destina-se ao atendimento de utentes vindos do exterior do hospital, sejam eles acompanhados pelos Bombeiros, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), através de próprios meios ou ainda, referenciados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) ou pela Linha de Saúde 24.

O serviço de urgência é constituído por uma sala de espera para pessoas em situação de doença pouco urgentes, uma sala de espera para utentes urgentes, mas

autónomos, duas salas de triagem, uma sala de reanimação, três salas de observação, uma sala de tratamento, quatro gabinetes médicos, uma sala utilizada para a transmissão de notícias ou para consultas de psiquiatria, duas salas de pequena cirurgia e uma sala de ortopedia. Estando este atualmente, reestruturado e adaptado à situação pandémica em vigor, o serviço de urgência de adultos, estendeu-se para a urgência pediátrica, dando lugar a uma nova ala restrita para doentes com sintomatologia COVID.

A equipa de enfermagem encontra-se distribuída pelas diversas salas, sendo que, o enfermeiro é o profissional responsável pela sala onde está alocado. Existe sempre um enfermeiro responsável pela urgência e outro pela sala de observação, assim como, existe o enfermeiro responsável pela triagem e entre um a dois enfermeiros de apoio.

De acordo com os n.º1 e n.º3 do artigo 12º do Despacho n.º 10319/2014 publicado a 11 de agosto de 2014 em Diário da República, é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU, por forma a que seja realizada a classificação de risco. Para tal, o doente deve ser encaminhado no serviço de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, de modo a garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, em tempo clinicamente aceitável (Ministério da Saúde, 2014).

Os utentes que recorrem ao serviço de urgência são triados através do Protocolo de Triagem de Manchester (Freitas, 2012), estando os enfermeiros deste SU capacitados com o curso de triagem, obtido através do Grupo Português de Triagem. De acordo com o Protocolo são atribuídas cores consoante o grau de urgência do quadro clínico: vermelho para situações emergentes, laranja para situações muito urgentes, amarelo para situações urgentes, verdes para situações pouco urgentes e azuis para situações não urgentes (Freitas, 2012). São então, direcionados segundo a sintomatologia para as várias valências existentes; medicina interna, cirurgia, ortopedia e outras especialidades médicas que se encontram de apoio à urgência.

Durante o estágio e após ter ultrapassado a fase inicial de integração, defini dois objetivos pessoais.

- 1. Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência e emergência*
- 2. Contribuir para a qualidade do cuidado especializado de enfermagem à pessoa em situação crítica, na promoção do conforto recorrendo a intervenções não-farmacológicas com a utilização do som*

Início a descrição das atividades concretizando o primeiro objetivo.

O impacto inicial com o SU causou-me algum receio, pelo contraste em eu ser uma enfermeira experiente e ali encontrar-me em fase iniciada (Benner, 2001). Não deixei que os receios se apoderassem de mim, pois era natural que me sentisse assim. Afinal ali tudo me era obstante, o contexto, o espaço, as pessoas, a tecnologia, tudo era uma novidade, a integração, o ser novamente supervisionada, até mesmo a capacidade de desenvolver as minhas próprias competências (Rodrigues e Veiga, 2006). E assim dei início à minha integração no serviço de urgência.

A minha integração foi executada de forma progressiva e faseada, começando por conhecer e perceber a dinâmica de funcionamento, através da observação e colaboração no cuidado, nas várias áreas de intervenção. Possibilitou o conhecimento da estrutura física, dos recursos materiais disponíveis, da estrutura organizacional e de protocolos de serviço, do Regulamento Interno do Serviço de Urgência e do Plano de Catástrofe do hospital. O esclarecimento de dúvidas com a equipa foram contributos importantes para me sentir gradualmente mais integrada no serviço e conseqüentemente, na instituição hospitalar.

Com vários anos de experiência em internamento e para que o impacto do primeiro turno não fosse negativo, o enfermeiro orientador após reunirmos e partilharmos experiências, concluiu que deveria de dar início ao estágio na sala de observação. A sala de observação tem capacidade para dezoito doentes que se encontram a aguardar vaga no internamento, um quarto de isolamento. O enfermeiro responsável pela sala de observação é também o responsável pela sala dos diretos.

Num dos poucos turnos que fiz nesta sala, deu entrada uma senhora de 56 anos, diretamente da sala de tratamentos, na qual tinha sido feito o controlo da dor e implementadas medidas no controlo da dispneia. A doente vinha acompanhada do marido e das suas três filhas, que suplicavam ajuda. Faziam-se acompanhar de um relatório médico de outro hospital, que era muito explícito quanto ao estado de saúde da doente em questão, uma neoplasia do pulmão em estado avançado com indicação paliativa. Multidisciplinarmente optou-se por colocar a senhora no quarto de isolamento e, enquanto a acomodava no leito e lhe ajeitava as almofadas, a senhora expôs-me o que mais a angustiava não era a morte, mas sim a angústia que a família dela experienciava ao vê-la em sofrimento respiratório.

O que conduziu a que a família levasse a doente ao SU foi a agudização do estado respiratório. Mas a problemática para a doente tratava-se da angústia sentida e a minha atuação deveria se debruçar neste sentido para além do controlo sintomático.

Analisei esta imagem em fração de segundos, ponderei até que ponto esta situação deve ser vivenciada no contexto do serviço de urgência, pois aqui acontece tudo tão rapidamente, com grande rotatividade de utentes, é difícil estabelecer a relação de ajuda adequada. Sem disponibilidade da equipa médica, acompanhada pelo orientador clínico, dirigi-me aos familiares levando-os até à sala de “transmissão de notícias”.

Em privado, baseei a minha intervenção no protocolo de Buckman, tentei compreender se tinham real consciência da situação de saúde da sua mãe/ esposa, se estavam em negação, as expectativas face à situação de saúde-doença e face ao cuidado que os profissionais de saúde lhes poderiam oferecer. Durante a conversa, procurei dar lugar à manifestação de emoções, espaço para questões que consideravam oportunas e respeito pelos momentos de silêncio (Pereira et al., 2013). Conclui que tinham consciência do que se estava a suceder, que as expectativas eram realistas que vivenciavam um processo de transição de saúde-doença (Meleis, 2010). Após este ato, expressaram ter medo de falhar enquanto cuidadores, que o que procuravam nos profissionais de saúde era a validação das suas ações, que lhes transmitíssemos a certeza de que estavam a fazer tudo o que podiam pela sua esposa/mãe.

Perante esta situação procurei ir para além do respeito pelo outro, tentei partilhar da sua dor e aliviar o seu sofrimento, não apenas numa perspetiva de boa intenção, mas de cuidado e conforto, pois na ocorrência deste ato são necessários conhecimentos, tempo e participação (Vieira, 2009). Assim, suportei a minha intervenção baseada no conhecimento em técnicas de comunicação e aproximei-me das pessoas, permitindo-lhe conversar, escutar, tranquiliza, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperanças. Optei por ter sempre presente técnicas de comunicação como a escuta ativa, o toque terapêutico e a comunicação nas suas diferentes vertentes (Freitas, 2007). Este processo pode perturbar, tanto o recetor como o profissional, criando neste último sentimento de desconforto, inutilidade e medo (Pereira, 2008) mas, tudo depende da habilidade pessoal e humana do profissional (Sapeta, 2011).

Após este momento de conversa demos espaço à privacidade da família com a doente os momentos seguintes, observando-a de forma confortável e com a sintomatologia controlada. O doente e o familiar quando confortados envolvem-se no processo de cuidado. O doente confortado tem uma morte mais pacífica e o familiar um processo de luto mais

suavizado (Searle & McInerney, 2008). Também o enfermeiro ao confortar fica mais satisfeito com a sua prática, trabalha de forma mais eficaz e assume um compromisso com a instituição onde presta cuidados (Kolcaba, Tilton & Drouin, 2006).

Perante esta intervenção considero ter desenvolvido uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assim como, demonstrei respeitar os direitos humanos, analisar e interpretar a situação específica de cuidado, tendo capacidade de a gerir (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na decorrência do estágio realizei vários turnos na sala de observação, onde se encontram os utentes identificados com pulseiras vermelhas, laranjas e amarelas em maca. Nesta sala, a rotatividade de utentes é elevada e a necessidade de informar e esclarecer a família é muito exigente, agravado pela restrição de visitas pelo contexto pandémico.

Recordo-me da situação de um jovem, cuja irmã se encontrava na sala de observação, deu entrada proveniente da sala dos diretos após ter ingerido um bolo de chocolate que segundo o irmão referia continha cannabis, pois este o tinha feito e a irmã que regressara de viagem desconhecia o conteúdo do bolo. Mas o irmão cá fora, na sala de espera entra em desespero, iniciando um quadro de agitação psicomotora e verbal. Dirigi-me a este, identificando as suas necessidades por meio da comunicação verbal e não-verbal e efetuei a sua avaliação baseada em perceções objetivas e subjetivas do familiar (Kolcaba, 1996), assim identifiquei que este estava com um quadro de ansiedade instaurado devido à falta de informação do estado clínico da irmã.

Deste modo, tentei criar um momento de conseguisse ajudá-lo a criar estratégias de coping, a partir do confronto direto com o problema (Pesce, et al., 2004). Ponderei que as estratégias confortadoras mais eficientes naquele momento passavam pela interação associada ao esclarecimento e à transmissão de informação, tentando simultaneamente estabelecer uma resposta empática de forma a integrá-lo como parceiro no cuidado (Pontífice-Sousa, Marques e Ribeiro, 2017). Perante esta interação, esclareceu-me que colocou em hipótese que a irmã tivesse falecido e que não o tivéssemos informado.

Após se demonstrar mais sereno, sem apresentar agitação notável, acompanhei-o até à sua irmã e o próprio constatou que se encontrava bem dentro do que era espectável. No final desta intervenção e após ter as respostas que necessitava, o familiar agradeceu o cuidado que tinha tido para com ele. Neste contexto, pude desenvolver competências em estabelecer relação terapêutica e de comunicação interpessoal com a família, assistindo o

familiar perante as perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No âmbito da prestação de cuidados, noutras tempos era simples identificar situações de não-conformidade relacionadas com a segurança dos cuidados, pelo menos de acordo com a minha experiência anterior, o que era mais evidente perante a questão da correta higienização das mãos. O SARS-Cov2 levou à mudança de comportamentos nos vários grupos profissionais. Neste momento, os profissionais de saúde estão mais despertos para a correta técnica de higienização das mãos e respetivos momentos a executá-la. Mesmo assim, consegui encontrar uma não conformidade na segurança dos cuidados, nomeadamente ao nível da manipulação de cortos perfurantes por parte dos enfermeiros e assistentes operacionais. Em todas as salas pude observar, em mais do que um turno, contentores de cortos perfurantes com cortantes, acima dos níveis indicados (DGS, 2013).

A segurança é um aspeto fundamental e essencial à qualidade dos cuidados de saúde. Para a sua promoção são necessárias um conjunto de medidas que privilegiem a segurança ambiental e a gestão do risco (Ordem dos Enfermeiros, 2006). De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2014) estima-se que na Europa, pelo menos um milhão de profissionais de saúde sofre anualmente um acidente inadvertido com cortos-perfurantes. No Reino Unido, em 2002 foram reportados 1445 acidentes por picada ou corte, entre os quais 52,6% foram superficiais, 44,6% foram moderados e 2,8% foram severos. Os enfermeiros foram o grupo profissional com mais acidentes de trabalho neste contexto, aproximadamente 41,2% (Pratt et al., 2007).

Atendendo a esta situação, sensibilizei os enfermeiros para o risco desnecessário que corriam, bastava solicitarem a troca do recipiente sempre que necessário. Também sensibilizei a equipa de assistentes operacionais para uma revisão mais atenta na necessidade em trocar estes contentores de cortos-perfurantes, assegurando-me que existia disponibilidade deste material junto do chefe de equipa de enfermagem.

Esta abordagem foi agraciada pelos chefes de equipa, pois revelaram nem sempre estarem atentos neste sentido. A equipa de enfermagem compreendeu o estímulo e colaborou no sentido de melhoria da qualidade, já a equipa de assistentes operacionais, pareceu-me apenas resignada perante a sensibilização. Deste modo, otimizei o ambiente e os processos terapêuticos gerindo as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração terapêutica e promovi estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o estágio, coexistiu a possibilidade de rever conhecimentos teóricos adquiridos nas áreas da gestão, planeamento e tomada de decisão. Atendendo a que o orientador clínico desempenhava também funções de chefe de equipa. Em colaboração com o orientador participei na gestão de recursos humanos e logísticos, necessários ao funcionamento da equipa e do SU. Para além destas funções, o chefe de equipa, em colaboração com o enfermeiro coordenador da gestão de vagas, assume a gestão do internamento, distribuindo os doentes de acordo com a valência e disponibilidade dos serviços.

Quanto ao segundo objetivo estabelecido por mim:

Contribuir para a qualidade do cuidado especializado de enfermagem à pessoa em situação crítica, na promoção do conforto recorrendo a intervenções não-farmacológicas com a utilização do som

Uma preocupação da Organização Mundial de Saúde são os efeitos do ruído na saúde, pelo qual já elaboraram diversos estudos neste âmbito, concluindo que os principais problemas associados são a depressão e alteração do sistema cardiovascular, respiratório e músculo-esquelético. Tal inspirou a DGS (2013) a criar o conceito de Conforto Acústico, o qual faz referência a que a existência de som ambiente, com sons suaves ou da natureza que potenciam um ambiente mais agradável. Associado a este ambiente, o doente crítico experimenta ansiedade, dor e desconforto, sendo que estes podem advir da sua própria condição de doença ou dos cuidados prestados pelos profissionais (Puntillo et al., 2014).

Ao longo dos meus primeiros dias de estágio, baseando-me na evidência científica, identifiquei intervenções de melhoria que poderiam promover o conforto, estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o distresse (Apóstolo, 2009).

Após essa análise inicial, reuni com o meu orientador e com a senhora enfermeira chefe para compreender as necessidades e a disponibilidade de divulgação da evidência produzida por uma sessão de formação. Pretendia dar a conhecer aos profissionais do serviço, principalmente aos enfermeiros a importância do uso das intervenções não-farmacológicas com utilização do som no cuidado à pessoa em situação crítica e quais as suas mais valias. Atendendo ao contexto pandémico com protelação de todas as formações em serviço planeadas, conclui-se que não seria plausível a sua realização. Consciente que a divulgação da evidência científica sensibiliza os profissionais para o cuidado de qualidade,

em concordância com o orientador clínico e a enfermeira chefe, efetuei partilha de evidência integrada no cuidado.

De forma simultânea, em alguns dos turnos realizados e com consentimento das pessoas presentes, troquei o som ambiente por sons que evocassem a natureza associados a uma redução da luminosidade. Desta forma foi notável o relaxamento, em instâncias diferentes, em doentes e profissionais. Questionei na altura, dois dos seis doentes, visto estes se encontrarem orientados nas três vertentes e ambos expressaram sentimento que tinha sido uma ação de efeito relaxante, transmissora de alívio à ansiedade. Quanto aos quatro doentes com demências diagnosticadas e com desorientação, pelo menos ao nível de uma das três vertentes, foi notável que ficaram visivelmente mais serenos, deixando de emitir gemidos e de apresentar redução na agitação psicomotora.

Concluo que cada um de nós precisará de muitos sonhos para ser um profissional que procura a excelência, amplia os horizontes, fica atento às pequenas mudanças, tem ousadia para fazer das suas falhas e dos seus desafios um canteiro de oportunidades (Cury, 2005). Em outros locais, noutros contextos continuo a tentar dar a conhecer a pesquisa que fiz e a sensibilizar os enfermeiros relativamente à prática das intervenções não-farmacológicas como uso do som.

3. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório descreve, reflete e analisa de forma retrospectiva o percurso realizado e a importância que este trouxe para o meu desenvolvimento profissional.

Agora, revendo esta película de filme, orgulho-me pelo quão produtivo foi. Com início na componente teórica, que permitiu adquirir novas bases, rever, esclarecer e clarificar conceitos que permitissem brilhar aquando a concretização da componente prática.

Foi um percurso árduo, mas ao mesmo tempo, já saudoso. Pois para mim nada é passível de valorizar se não for carpo de um árduo suor. Assim, recordo como mobilizei e integrei as minhas intervenções no conhecimento baseado na evidência científica. Orgulho-me pelo cuidado que desenvolvo com as pessoas, mas agora exaltando o valor do agir profissional, da tomada de decisão clínica em enfermagem e da reflexão crítica sobre os focos sensíveis no cuidado em enfermagem.

Esta caminhada de aprendizagem foi pautada de múltiplas experiências em contextos distintos da prática clínica, permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas no plano de estudos da Universidade Católica Portuguesa.

Limitações, neste trajeto académico e profissional, claro que as há. E sem elas não teria sido igual, pois são fruto da experiência ímpar que vivenciei e dos momentos de aprendizagem e reflexão que me trouxeram até aqui.

O contexto pandémico que atravessamos levou a que o percurso fosse diferente do previsto, mas em nada menos rico de oportunidades. A pandemia possibilitou-me desenvolver competências na área da gestão dos cuidados de exceção e catástrofe (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A realização da scoping review viabilizou aprofundar conhecimentos referente à metodologia de investigação, mas também criar em mim a vontade de querer saber mais sobre investigação pelo que, quando possível, frequento algumas formações na área (Anexo III e IV). Concretizar a scoping review permitiu-me dinamizar e gerir novos conhecimentos no contexto da prática do cuidado, identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; investigar e colaborar num estudo de investigação; divulgar evidência científica e contribuir para a melhoria da prática clínica especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A ânsia pelo conhecimento e a atração pela formação foram aguçadas pela frequência no curso de mestrado e especialização. Ser enfermeira especialista resulta da construção de competências ao nível das quatro dimensões de conhecimento (empírico, pessoal, estético e ético) (Fawcett et al., 2001), continuo e continuarei a investir na aquisição de saberes (Anexo V e VI).

Deste modo, cerro que este relatório é um retrato de autodesenvolvimento profissional e pessoal, através de uma reflexão profunda sobre o meu desempenho, aquisição e desenvolvimento de competências, baseado na reflexão e sobre a prática do cuidado. A execução deste relato permitiu ampliar o meu olhar sob o cuidado em saúde, de feição mais reflexiva, humana, responsável e ponderada, mas sobretudo mais competente e especializada.

Analisando o percurso efetuado e os objetivos inicialmente estabelecidos no plano de estudos do curso, creio ter atingido de forma global o desafio a que me propus. Agora, acresce em mim a responsabilidade inerente às competências de especialista, com o princípio de as dignificar e colocar ao serviço enquanto elemento facilitador, com responsabilidade na formação, gestão, investigação e melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2016) - Recomendações Técnicas para serviços de Urgências. Departamento de gestão da rede de serviços e recursos em saúde - Unidade de instalações e equipamentos. Portugal: Ministério da Saúde.

AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2012). Drenagem Torácica no doente com Cancro do Pulmão Avançado: Linhas de Consenso Enfermagem para uma melhor intervenção. Consultado a 12 de julho de 2021, Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/LC-Drenagem-Tora%CC%81cica-1.pdf>

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (2014). Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório - Relatório de Clipping e Atividades. Consultado a 12 de julho de 2021, Disponível em: https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/03/Relato%CC%81rio_de_Actividades_PND_2015.pdf

AGHAIE, B., REJEH, N., HERAVI-KARIMOOL, M., EBADI, A., MORADIAN, S. T., VAISMORADI, M., & JASPER, M. (2014). Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: A randomised clinical trial. *International journal of nursing studies*, 51(4), pp. 526–538. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.003>

ALARCÃO, Isabel; TAVARES José - Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. 2ªed. Coimbra: Livraria Almedina, 2003 ISBN 9789724018522

ALMEIDA, A.M., MAMEDE M.V., PANOBIANCO M.S., CLAPIS M.J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, 9(5), pp. 63-9.

APÓSTOLO, João Luís (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Rev. Referência*, II, n.º 9, pp 61-67. ISSN 0874-0283

APÓSTOLO, João Luís (2017). Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia

BAHONAR, E., NAJAFI, T., & HAGHANI, H. (2019). Comparison of Single and Combined Effects of Nature Sounds and Foot Sole Reflexology Massage on the Level of Consciousness in Traumatic Comatose Patients. *Holistic Nursing Practice*, 33(3), pp. 177–186. Consultado a 10 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi:10.1097/hnp.0000000000000326>

BENNER, Patrícia (2001) – De Iniciado a Perito. Tradução Ana Albuquerque Queirós e Belarmina Lourenço. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora.

BEVIS, Em Olivia; WATSON, Jean (2005) – Rumo a um Curriculum de Cuidar: Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-98-3.

BILEY F. (1992). Complementary therapy: using music in hospital settings. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain – 1987), 6(35), pp. 37–39.

BRANFORD, Olivier B., HARRIS, Anthony (2016). The patient journey in DIEP flap breast reconstruction. *PMFA Journal*; agosto/ setembro 2016; Volume 3. N.º 6. Consultado a 20 de março de 2020, Disponível em: <https://www.thepmfajournal.com/media/2706/pmfaas16-diep-branford-harris.pdf~>

CAMARGO, T.C., SOUZA, I.E.O. (2003). Atenção à mulher mastectomizada: discutindo aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. *Rev. Latino Americana Enfermagem*, 11(5), pp. 614-21.

CAPITÃO, E., & PIRES, J. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço monitorização hemodinâmica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16(3), pp. 51–55.

CASSILETH, B., & GUBILI, J. (2010). Terapêuticas complementares para a gestão da dor. In *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*, pp. 57-63, Seattle: International Association for the Study of Pain.

CHATER, K., & KELLUM, J. A. (2007). Continuous vs. intermittent hemodialysis: with which spin will my patient win?, *Critical Care*, 11(5), p. 313

CHLN – ESTÊVÃO I., LUÍS J., RAMALHO M.G., SEMEDO S. (2017). Cuidados de Enfermagem ao doente com Drenagem Torácica Subaquática, *Manual de Procedimentos – Cirurgia Torácica*. Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E

CHLN (2015), Norma institucional do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. - Prevenção da infeção relacionada com cateteres vasculares, Consultado a 02 dezembro de 2020, Disponível em: http://www.chln.pt/media/k2/attachments/GCLPPCIRA/Prevencao_infecao_cateteres_vasculares_APROVADA.pdf

COLE, L. C., & LOBIONDO-WOOD, G. (2014). Music as an adjuvant therapy in control of pain and symptoms in hospitalized adults: a systematic review. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), pp. 406–425. Consultado a 2 de agosto de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.010>

COLLIÈRE, M.F (1999). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Edições Técnicas. Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses, p. 385, ISBN 972-757-109-3

COLLIÈRE, M. F. (1996). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris: Masson S. A.

CÔRTE REAL, Isabel (2007). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. *Revista Portuguesa de Bioética*. Nº 1, p.115- 123.

CURY, A. (2015). *Gestão da Emoção - Técnicas de coaching emocional para gerir a ansiedade, melhorar o desempenho pessoal e profissional e conquistar uma mente livre e criativa*. Lisboa: Editora Pergaminho. ISBN 9789896874575

DGS – Direcção Geral de Saúde (2013). *Conforto nas unidades hospitalares, Orientação da Direcção Geral de Saúde n.º 021/2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Consultado a 20 de março de 2020, Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013-pdf.aspx>

DGS– Direcção Geral de Saúde (2013). Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). Direcção Geral de Saúde, Norma n.º029/2012 atualizada a 31/10/2013. Consultado a 23 de agosto de 2020, Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precauco-es-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

DGS – Direcção Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, Ministério da Saúde, Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. Consultado a 25 de março de 2020, Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

DGS – Direcção Geral de Saúde (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISSN: 2184-1179. Consultado a 02 de dezembro de 2020, Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-902833-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzItzVUy81MsTU1MDAFAH zFEfkPAAAA>

DUARTE, T., ANDRADE N.A. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise do relato de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Universidade Federal do Espírito Santo. Rev. Estudos de Psicologia, 8(1), pp. 155-63.

DUBOSE, J. R., & HADI, K. (2016). Improving inpatient environments to support patient sleep. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care, 28(5), pp. 540–553.

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (2012). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012 Consultado a 20 de março de 2020, Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>

ENCARNAÇÃO, R. E MARQUES, P. (2013). Permeabilidade do cateter venoso central: uma revisão sistemática da literatura. Coimbra: Revista Enfermagem Referência.

FAWCETT, J; Watson, J; Neuman, B; Walker, P; Fitzpatrick, J. (2001), On Nursing Theories and Evidence. Journal of Nursing Scholarship, Volume 33, N.º 2, pp. 115-119.

FERNANDES, Filipa A. Veludo (2018). Conforto Enquanto Sensação - Análise do conceito. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa

FREDRIKSSON, A. C., HELLSTRÖM, L., & NILSSON, U. (2009). Patients' perception of music versus ordinary sound in a postanaesthesia care unit: a randomised crossover trial. *Intensive & critical care nursing*, 25(4), pp. 208–213. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.04.002>

FREITAS, G. (2007). Uma contribuição acerca da fenomenologia e dos cuidados de enfermagem. n° 21; p. 5-7. Consultado a 05 de janeiro de 2021, Disponível em: <http://www.index-f.com/cultura/21pdf/21-5.pdf>.

FREITAS, Paulo (2012). Protocolo de Triagem de Manchester – a gestão de risco como missão do serviço de urgência. In Ponce, Pedro – Manual de Urgências e Emergências. 2ª ed. Lisboa: LIDEL.

GOLINO, A. J., LEONE, R., GOLLENBERG, A., CHRISTOPHER, C., STANGER, D., DAVIS, T. M., MEADOWS, A., ZHANG, Z., & FRIESEN, M. A. (2019). Impact of an Active Music Therapy Intervention on Intensive Care Patients. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 28(1), pp. 48–55. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2019792>

GROTTING J.C., URIST M.M., MADDOX W.A., VASCONEZ L.O. (1989). Conventional TRAM flap versus free microsurgical TRAM flap for immediate breast reconstruction, *Plast Reconstr Surg*, 83(5), pp. 828-841.

HILDEBRANDT, L. M., PINNO, C. MULLER, L. A., SILVA, L.A.A., SCHONS, V. F., LEITE, M. T. (2015). A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva na voz de Idosos e Familiares. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060>

HU, R. F., JIANG, X. Y., CHEN, J., ZENG, Z., CHEN, X. Y., LI, Y., HUINING, X., & EVANS, D. J. (2015). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(10).

JABER, S., BAHLOUL, H., GUÉTIN, S., CHANQUES, G., SEBBANE, M., & ELEDJAM, J.J. (2007). Effets de la musicothérapie en réanimation hors sédation chez des patients en cours de sevrage ventilatoire versus des patients non ventilés. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 26(1), pp. 30–38. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi:10.1016/j.annfar.2006.09.002>

JAMES K. (1999). The joys and pitfalls of complementary therapies. *Australian nursing journal* (July 1993), 6(8), p. 34.

JARMAN, H. (2007). Invasive hemodynamic monitoring: the role of emergency nurses in helping to provide critical care. *Emergency Nurse*, 15(1), pp. 20–24.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2013). New JBI Levels of Evidence. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBILevels-of-evidence_2014.pdf

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2014). Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendations. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendations Working. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments-v2.pdf>.

KAPLAN J.L., ALLEN R.J. (2000). Cost-based comparison between perforator flaps and TRAM flaps for breast reconstruction, *Plast Reconstr Surg*, 105(3), pp. 943-948.

KARLSSON, C., TISELL, A., ENGSTRÖM, A., ANDERSHED, B. (2011). Satisfaction of critical care family members: a pilot study. *British Association of Critical Care Nurses*. Suécia.

KOERNER, B; COHEN, J & ARMSTRONG, D. (1986). Professional behaviour in collaborative practice. *Jornal of Nursing Administration*, Vol.16, pp. 39-43

KOLCABA, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*. Volume 15, n.º1, pp. 1-10.

KOLCABA, K., TILTON, C., & DROUIN, C. (2006). Comfort Theory. A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *JONA*, Volume 36 n.º 11, pp. 538-544

KOLCABA, K. (2003). *Comfort theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. New York.

KOLCABA, K; FISHER, E.M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*. Volume 18, pp. 66-76.

KOLCABA K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1178–1184. Consultado a 04 de março de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

KROLL S.S. (2000). Fat necrosis in free transverse rectus abdominis perforator flaps, *Plast Reconstr Surg*, 106, pp. 576–583

KRON, T. & GRAY, A. (1989). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança* (6 ed.). Rio de Janeiro: Interlivros, pp. 11-19.

LEITE, K., MARTINS, K., COSTA, K., REZENDE, L. (2013). Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. *Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de Familiares Idosos*. Brasil. Consultado a 04 de março de 2020, Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_117766fc5fb423427e330ba7a5f235aa.pdf

MACEDO, Ana Paula – *Dimensões do Hospital como Organização e Formação em Contexto Hospitalar*. (2001) Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

MAES, Kris (2019). *Cirurgia robótica: características e vantagens*. Hospital da Luz – Dicionário de Saúde. Consultado a 05 de janeiro de 2021, Disponível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/guia-de-saude/dicionario-de-saude/C/78/cirurgia-robotica-vantagens>

MARTINS, J., J.; do NASCIMENTO, E. R. P., GEREMIAS, C. K., SCHNEIDER, D. G., SCHWEITZER, G., & NETO, H. M. (2008). O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Volume 10, N.º4.

MELEIS, AI. (2010) Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, LLC.

MELO, E., TEIXEIRA, C., OLIVEIRA, R., ALMEIDA, D., GOMES, J., FROTA, N., STUDART, M. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. Coimbra: Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 1 - Fev./Mar. 2014, pp. 55-63

MENEZES, G., CARVALHO, M., GOIS, A. (2013). Cuidados de enfermagem no desmame da ventilação mecânica invasiva. Aracaju: Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde. Vol. 1, n.º 17, Out./2013, pp. 93-102

MENDES, A. P. (2015). Sensibilidade dos profissionais com as necessidades de informação: Experiência da Família na Unidade de Cuidados Intensivos. Scielo Brasil. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100303&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

MESSIKA, J., HAJAGE, D., PANNECKOUCKE, N., VILLARD, S., MARTIN, Y., RENARD, E., BLIVET, A., REIGNIER, J., MAQUIGNEAU, N., STOCLIN, A., PUECHBERTY, C., GUÉTIN, S., DECHANET, A., FAUQUEMBERGUE, A., GAUDRY, S., DREYFUSS, D., & RICARD, J.D. (2016). Effect of a musical intervention on tolerance and efficacy of non-invasive ventilation in the ICU: study protocol for a randomized controlled trial (Musique pour l'Insuffisance Respiratoire Aigue - Mus-IRA). *Trials*, 17(1). Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1574-z~>

MESSIKA, J., KALFON, P., & RICARD, J.D. (2018). Adjuvant therapies in critical care: music therapy. *Intensive Care Medicine*, 44(11), pp. 1929–1931. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5056-5>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016). Avaliação da situação nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Consultado a 07 de outubro de 2020, Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-dasitua%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2014), Despacho n.º 10319/2014 publicado a 11 de agosto de 2014 em Diário da República

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Lisboa: Ministério da Saúde

NUNES, Lucília (2010) – Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. Percursos. ISSN 1646-5067. Volume 17, julho - setembro, pp. 3-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2019). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista. Consultado a 12 de fevereiro de 2020, Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Consultado a 12 de fevereiro de 2020, Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015), Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais N.º 190/2015 publicado em Diário da República, 2ª série, N.º 79, 23 de abril de 2015. Consultado a 12 de fevereiro de 2020, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem – Enunciado de Posição. Consultado a 05 de janeiro de 2021, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). Tomada de Posição sobre a segurança do cliente. Lisboa: Conselho Jurisdiciona Consultado a 05 de janeiro de 2021, Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento concetual, enunciados descritivos. Lisboa: Divulgar. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2009). Guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Safety Challenge: Clean care is Safer Care. OMS. Genebra.

PARDAVILA, B., M. & VIVAR, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), pp. 51-67

PATRICK, V. C. (2011) - Enfermagem de urgência: uma visão história. In Sheehy enfermagem de urgência: Da teoria à prática (L. C. Leal, Trad.). 6ª edição. Loures: Lusociência.

PEREIRA, Mag. (2008) Comunicação de más notícias e a gestão do luto. Coimbra: Formasau

PEREIRA, A., FORTES, I., & MENDES, J. (2013). Communication of bad news: systematic literature review. *Journal of Nursing UFPE*, 7(1), pp. 227-235. Consultado a 200 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10226p227-235-2013>

PESCE, R., ASSIS, S., SANTOS, N., & OLIVEIRA, R. (2004). Risco e protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 20(2), pp. 135-143.

PHANEUF, Margot (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de ajuda e Validação. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. (2003) - Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica. 6ª edição. Loures: Lusociência.

PINHEIRO, M. F. R. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42 (6) Novembro/ Dezembro, pp. 319-331.

PONTÍFICE-SOUSA P., MARQUES R.M.D., RIBEIRO P.M. (2017). Geriatric care: ways and means of providing comfort. *Rev Bras Enferm [Thematic Edition “Good Practices in Gerontological Nursing”]*: Fundamentals of care, 70(4), pp.865-872. Consultado a 21 de julho de 2020, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>

PRATT, R. J., PELLOWE, C. M., WILSON, J. A., LOVEDAY, H. P., HARPER, P. J., JONES, S. R., MCDUGALL, C., & WILCOX, M. H. (2007). epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *The Journal of hospital infection*, 65 Suppl 1, S1–S64. Consultado a 10 de junho de 2021, Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0195-6701\(07\)60002-4](https://doi.org/10.1016/S0195-6701(07)60002-4)

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (2020). Diário da República, Série 1, nº 57, decreto n.º 2-A/2020 de 20 de março de 2020. Consultado a 21 de julho de 2020, Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/130473161/details/normal?l=1>

PUNTILLO, K., NELSON, J. E., WEISSMAN, D., CURTIS, R., WEISS, S., FRONTERA, J., CAMPBELL, M. (2013). Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst—A report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Medicine*, 40(2), pp. 235–248. Consultado a 20 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi:10.1007/s00134-013-3153-z>

PUPULIM J.S.L., SAWADA N.O. (2010). Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm.* Jan-Mar Volume 19, N.º1, pp. 36-44.

RODRIGUES, C.; VEIGA, F. H. (2006). Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente. In Tavares et al (Orgs), *Ativação do desenvolvimento psicológico: Actas do Simpósio Internacional - Aveiro: Universidade de Aveiro*. Consultado a 15 de março de 2020, Disponível em: Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/12424666.pdf>

SÁ, F., BOTELHO, M. & HENRIQUES, M., (2015), *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*, Pensar Enfermagem Volume 19, N.º1.

SÁ, T. & MACHADO, L. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. *Sinais Vitais*, 67, pp. 29-34.

SANTOS Bruna Pegorer; SÁ, Flávia Mendes; PESSAN, Jessica Eugenio; CRIVERALO Laudicéia Rodrigues; BERGAMO, Livia Nogueira; GIMENEZ, Viviane Cristina de Albuquerque (2019). Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*; abril 2019; Volume 72, N.º 2, pp. 566-570. Consultado a 21 de março

de 2020, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200566&lng=pt.

SANTOS, Eduardo; MARCELINO, Lígia; ABRANTES, Luís; MARQUES, Célia; CORREIA, Ricardo; COUTINHO, Emília & AZEVEDO, Irene (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. Millenium, Volume 49, junho – dezembro, pp. 153-171.

SAPETA, Paula (2011). Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro-doente. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-69-1

SEARLE, C., & MCINERNEY, F. (2008). Creating comfort: nurses' perspectives on pressure care management in the last 48 hours of life. Contemporary Nurse Journal. Volume 29, N.º 2, pp. 147-158.

SHEEHY, Susan. (2001) - Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática. 4ª Ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, Loures.

SILVA, E.M., SOUSA R.P. (2017). Assistência De Enfermagem Ao Paciente Em Ventilação Mecânica. Brasil : Faculdade Atenas, Portal. Consultado a 21 de julho de 2020, Disponível em: http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/ASSISTENCIA_DE_ENFERMAGEM_AO_PACIENTE_EM_VENTILACAO_MECANICA_revisao_bibliografica.pdf

SILVA, M. D. (2014). Prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central: procedimentos de enfermagem. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

SIMÕES, Maria Clara (2014). Respeito pela Integridade da Pessoa Doente: Uma Virtude Indispensável na Enfermagem. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Bioética. Universidade Católica Portuguesa.

SIMÕES, Joaquim Augusto Ferreira (2016). Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Curso de Mestrado em Enfermagem.

SINGLETERY S.E. (2001). New approaches to surgery for breast cancer, *Endocr Relat Cancer*. Vol. 8 (4), pp. 265-286.

THE JOINT COMMITION (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Consultado a 25 de março de 2020, Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf>

THELAN, L., STACY, K., & LOUGH, M. (2008). *Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnostico e Intervenção* (5ª ed). Lusodidactica: Lisboa.

UCP – UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Instituto de Ciências da Saúde (2015). *Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional)*. Lisboa.

UCP – UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Instituto de Ciências da (2018). *Guia da unidade curricular. A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica*. Lisboa.

UCP – UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Instituto de Ciências da Saúde (2020). *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” no âmbito de Mestrado em Enfermagem*

URDEN, Linda; STACY, Kathleen; LOUGH, Mary (2008). *Thelan’s: Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e intervenção*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, ISBN: 978-989-08- 6.

VIEIRA, Margarida (2009) – *Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência*. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, Campos do saber. ISBN 978-972-54- 0195-8.

WAGNER, D., BYRNE, M., & KOLCABA, K. (2006). Effects of Comfort Warming on Preoperative Patients. *AORN Journal: Association of preoperative Registered Nurses*, Volume 84, n.º 3, pp. 427- 448.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Scoping review (versão integral)
**Intervenções não-farmacológicas da utilização do som no cuidado à pessoa em
situação crítica**

Intervenções não-farmacológicas da utilização do som no cuidado à pessoa em situação crítica

Intervenciones no farmacológicas con uso de sonido en la atención de personas en situaciones críticas

Non-pharmacological interventions with the use of sound in caring for people in critical situations

Estêvão, Inês Rodrigues ⁽¹⁾⁽²⁾; Gomes, Ana Marta da Costa Correia ⁽¹⁾⁽³⁾;
Veludo Fernandes, Filipa Alexandra ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal

⁽²⁾ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. Lisboa, Portugal

⁽³⁾ Hospital Garcia de Orta, E.P.E. Almada, Portugal

Autores para Correspondência:

Inês Estêvão
Universidade Católica Portuguesa, Palma de
Cima, 1649-023 Lisboa, Portugal
+351969726650
nes.estevao@gmail.com

Ana Marta Gomes
Universidade Católica Portuguesa, Palma de
Cima, 1649-023 Lisboa, Portugal
+351963006914
anamarta_29@hotmail.com

RESUMO

Contexto: Num ambiente tão complexo como o de uma unidade de cuidados intensivos (UCI), importa compreender que intervenções não farmacológicas associadas ao uso do som podem contribuir para o cuidado direto à pessoa em situação crítica.

Objetivo: Mapear as intervenções não farmacológicas com o uso do som à pessoa em situação crítica, a sua aplicabilidade e, benefícios.

Método de revisão: *Scoping review* com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute, realizada em bases de dados internacionais, a estratégia de pesquisa utilizada tem por base a pesquisa booleana. Como critérios de inclusão definiu-se: artigos com pessoas adultas em situação crítica (P), intervenções não-farmacológicas com a utilização do som (C); contexto de UCI (C). Como critérios de exclusão foram definidos: artigos com crianças (0-18anos) ruído e intervenções farmacológicas. Dois revisores independentes realizaram a seleção dos artigos, a extração e síntese dos dados.

Apresentação e interpretação de resultados: Obtiveram-se dezasseis estudos referentes ao uso do som como intervenção não-farmacológica, identificando-se duas aplicabilidades: a musicoterapia e a N-BS. A musicoterapia leva a acentuada redução dos níveis de stress e ansiedade, coincidentes com a redução da dor, o que leva à redução de taxas de administração de sedativos. Já a N-BS apresenta efeito emocional positivo e relaxante, sendo considerada um estímulo agradável e uma perceção alternativa ao foco real dos doentes sob ventilação mecânica.

Conclusão: A aplicabilidade do som é uma intervenção autónoma de enfermagem. A utilização do som pode ser implementada como uma intervenção não-farmacológica, no controlo do stress e da ansiedade, assim como na redução da dor e na promoção do conforto e dos inerente sono e repouso.

Palavras-Chave: Som, Doente Crítico, Doença Crítica, Intervenções não-farmacológicas, Terapias Complementares, Unidade de Cuidados Intensivos, Musicoterapia, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Background: In an environment as complex as that of an intensive care unit (ICU), it is important to understand that non-pharmacological interventions associated with the use of sound can contribute to direct care for people in critical situations.

Objective: To Map and systematize which non-pharmacological interventions with the use of sound to people in critical situations. And give an answer as to its applicability and respective benefits.

Review method: This Scoping review based on the principles recommended by the Joanna Briggs Institute, carried out in international databases, the research strategy used is based on Boolean research. The inclusion criteria were defined as: adults, people in critical situations, non-pharmacological interventions with the use of sound and intensive care units. Exclusion criteria were defined: children (0-18 years), noise and pharmacological interventions. Two independent reviewers performed the relevance analysis of the articles, the extraction and synthesis of the data.

Presentation and interpretation of results: Sixteen studies were obtained regarding the use of sound as a non-pharmacological intervention, identifying two applicabilities: music therapy and N-BS. Music therapy leads to a marked reduction in the levels of stress and anxiety, coinciding with the reduction of pain and states, which leads to a reduction in the administration of sedatives. The N-BS, on the other hand, has a positive and relaxing emotional effect, being considered a pleasant stimulus and an alternative perception to the real focus of patients under mechanic ventilation.

Conclusion: The applicability of sound is an autonomous nursing intervention. The use of sound can be implemented as a non-pharmacological intervention, in the control of stress and anxiety, as well as in reducing pain and promoting comfort and the inherent sleep and rest.

Keywords: Sound, Critical Illness, Critical Illness, Non-pharmacological interventions, Complementary Therapies, Intensive Care Unit, Music Therapy, Nursing Care

Enquadramento da Problemática

A pessoa em situação crítica frequentemente experimenta ansiedade, dor e desconforto como parte do seu internamento, sendo que estes podem advir da sua própria condição de doença ou do cuidado dos profissionais. ^(1, 2)

Neste contexto, o desafio de enfermagem passa por encontrar formas de reduzir as experiências indutoras de stress à pessoa em situação crítica. No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética, legal e do desenvolvimento profissional e tendo em consideração que os enfermeiros são profissionais que estão próximos dos doentes, torna-se emergente a utilização de intervenções autónomas de enfermagem e desta forma proporcionar a satisfação do doente, o bem-estar e o autocuidado ⁽³⁾. A utilização da música ou outras com uso do som são intervenções que promovem conforto da pessoa em situação crítica, consolida a autonomia do enfermeiro que influencia o ambiente do cuidado ⁽⁴⁾.

Se analisarmos em retrospectiva, desde 1800 que a música era utilizada com o sentido curativo: Florence Nightingale reconheceu efeitos benéficos e de cura na música e na voz humana ⁽⁵⁾. Antes da virada do século XIX, a música era reconhecida como um auxílio para dormir e aliviar a ansiedade associada a intervenções cirúrgicas. Mas foi durante a I Guerra Mundial, que surgiu o conceito moderno de música como terapia, ao ser tocada música por músicos para os soldados com a finalidade de aliviar os seus traumas ⁽⁶⁾. São descritos como benefícios terem poucos ou nenhuns efeitos secundários, possibilidade de controlo e envolvimento no processo de tomada de decisão sobre tratamentos e serem técnicas não invasivas ⁽⁷⁾.

De acordo com Cassileth e Gubili ⁽⁸⁾, as terapias complementares, das quais integra as que usam o som, podem atuar através de efeitos analgésicos diretos (ação anti-inflamatória) ou por distração. Objetiva alterar a perceção e redução da dor, assim como melhorar o relaxamento, sono ou diminuir vômitos, ansiedade, depressão, náuseas e neuropatia. Para estes autores, quando as terapias complementares são usadas em conjunto com um regime farmacológico é possível melhorar a eficácia e reduzir os custos associados aos cuidados de saúde.

As vantagens de incorporar terapias complementares no cuidado de enfermagem incluem: melhoria da qualidade de vida e cuidado dos doentes; doentes e familiares podem ser envolvidos e capacitados; apresentam resultados positivos de saúde podem ser alcançados, incluindo alívio sintomático ⁽⁹⁾.

A utilização da música, do som, do ritmo, da melodia e da harmonia com intenção em contextos clínicos, educativos e sociais, com indivíduos, famílias, grupos e comunidades, potencia a promoção do bem-estar físico, psico-espiritual, social melhorando a qualidade de vida. A música e os seus elementos estimulam funções específicas do cérebro, como a memória e o estado emocional, podendo induzir um estado de relaxamento, melhorando o humor e aumentando a motivação. Tratando-se esta de uma prática com poucos custos associados e uma de intervenção autónoma que os enfermeiros podem facilmente incorporar no cuidado às pessoas que assistem ⁽¹⁰⁾.

Com base na mnemónica PCC (população, conceito, contexto) preconizada pela Joanna Briggs Institute (JBI), questionamos: Quais as intervenções não-farmacológicas da utilização do som [C] no cuidado à pessoa em situação crítica [P] em unidades de cuidados intensivos [C].

Materiais e Métodos

Face à contextualização do fenómeno em estudo, definimos como objetivo: Mapear as intervenções não-farmacológicas com o uso do som à pessoa em situação crítica, a sua aplicabilidade e benefícios.

Como finalidade, pretendemos sistematizar o conhecimento disponível na Literatura, com base promotora de um cuidado autónomo em enfermagem com o uso do som. Reconhecemos também a delimitação de o fenómeno para estabelecer bases para uma revisão sistemática subsequente ⁽¹¹⁾. Atendendo a estes pressupostos, elegemos uma scoping review. Intenciona-se sintetizar o conhecimento, mapear os principais conceitos e evidências que apoiam o fenómeno em estudo, examinar a extensão, o alcance e a natureza da utilização do som no cuidado à pessoa em UCI ⁽¹²⁾.

A realização desta *scoping review* teve-se por base as recomendações metodológicas e estruturais de Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual ⁽¹²⁾.

Definiram-se os critérios de elegibilidade, com a finalidade orientar a pesquisa e selecionar a literatura em função do objetivo do estudo (*Tabela 1*).

Incluimos artigos em português, inglês, espanhol e francês; artigos com texto integral disponível gratuitamente; e sem limitação de friso temporal, atendendo à escassa produção científica em contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI). Definiu-se como campos de pesquisa inicial: título e resumo.

Tabela 1. Critérios de elegibilidade

Critérios de elegibilidade	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População (participantes)	<ul style="list-style-type: none"> Adultos Pessoas em situação crítica 	<ul style="list-style-type: none"> Crianças (0-18 anos)
Conceito	<ul style="list-style-type: none"> Intervenções farmacológicas não- com a utilização do som 	<ul style="list-style-type: none"> Ruídos
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> Unidades intensivas 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenções farmacológicas

Atendendo ao fenómeno em estudo avaliou-se os descritores na plataforma de consulta de descritores em Ciências da Saúde MeSH e Decs, como demonstrado na *Tabela 2*.

Tabela 2. Descritores de pesquisa

Palavra-chave 3 (AB Abstract)	Palavra-chave 2 (AB Abstract)
<i>Intervenções não-farmacológicas com uso do som</i>	<i>Pessoa em situação crítica</i>
Sound*	Critical ill patient
Non pharmacological interventions	Critical illness
Complementary therapies	People in critical situation
Unconventional therapies	Critical care
Music therapy	Intensive care
Sound of nature	ICU
Sound of the waves	Critical patient unit
Sound the birds	Nursing interventions
Tibetan bowls	Nursing care

A estratégia de pesquisa realizada tem por base a pesquisa booleana, na qual se enquadram os descritores.

Orientamos a revisão pela seguinte estratégia de pesquisa booleana (Sound* OR Non pharmacological interventions OR Complementary therapies OR Unconventional therapies OR Music therapy OR Sound of nature OR Sound of the waves OR Sound the birds OR Tibetan Bowls) (ABST) AND (Critical ill patient OR Critical illness OR People in critical situation OR Critical care OR Intensive care OR ICU OR Critical patient unit OR Nursing interventions OR Nursing care) (ABST). A pesquisa foi realizada entre junho e setembro de 2020, através dos termos de busca supracitados.

A estratégia de pesquisa foi abrangente para identificar estudos publicados e não publicados, bem como revisões e textos de opinião. Os resultados foram avaliados e selecionados quanto à sua pertinência para inclusão no estudo, com base na informação disponibilizada no título e resumo. Os títulos, resumos e termos de indexação com essa pesquisa inicial foram analisados para identificar termos alternativos para os termos dos critérios de inclusão. Foram usadas todas as palavras-chaves e termos de indexação identificados, bem como referências bibliográficas dos estudos selecionados nas bases de dados eletrônicas, nas seguintes fontes: Academic Search Complete; Complementary Inde; CINAHL Plus with Full Text; Directory of Open Access Journals; Supplemental Index; Psychology and Behavioral; Sciences Collection; SPORTDiscus with Full Text; RCAAP; SciELO; Europeana; Business Source Complete; Education Source; IEEE Xplore Digital Library; MedicLatina; JSTOR Journals; PsycARTICLES; ScienceDirect.

O processo de pesquisa e seleção do material foi realizada por dois revisores independentes que triaram os títulos e resumos, analisaram os textos completos e extraíram os dados do material achados para o objetivo proposto.

Os artigos selecionados foram alvo de leitura integral, que precedeu a sua integração na amostra final selecionada.

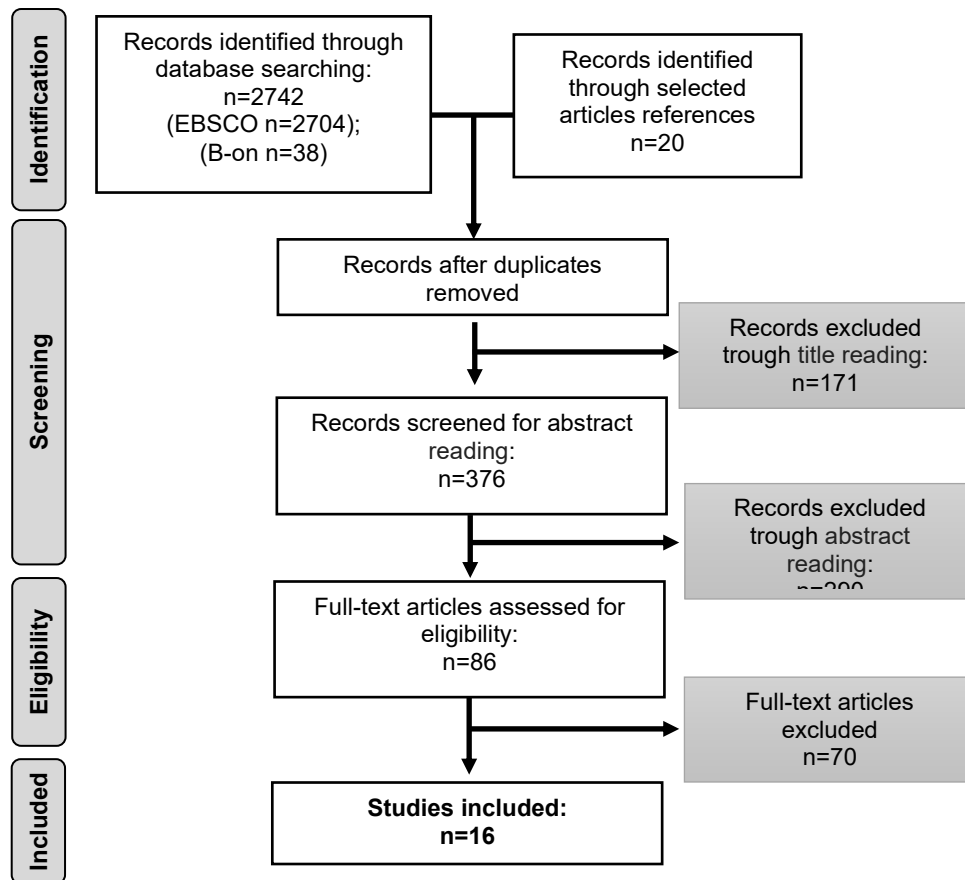
Os artigos foram caracterizados segundo o seu nível de evidência e grau de recomendação baseada no New Joanna Brigs Institute permitiu fazer uma apreciação preliminar da qualidade metodológica e rigor da evidência ⁽¹³⁾.

Resultados

Como expresso na *Imagem 1*, realizou-se a sistematização do fluxograma do processo de amostragem.

Foram identificados 2762 estudos em concordância com as palavras-chaves descritas anteriormente, dos quais foram excluídos 2215 estudos pelos limitadores de pesquisa supramencionados. Dos 547 estudos, foram excluídos 171, tendo estes sido removidos por filtração linguística e duplicação. Dos resultantes 376 estudos, foram eliminados 290 estudos por não respeitarem critérios de inclusão após leitura sumária, resultando uma amostra de 86 artigos, dos quais 70 foram retirados, tendo deste modo resultado como amostragem final 16 artigos que foram incluídos na revisão.

Imagem 1. Fluxograma Prisma, do processo de seleção dos estudos, adaptado do manual metodológico para revisão Scoping do Joanna Briggs Institute



Como resultado da pesquisa realizada obtiveram-se 16 artigos, dos quais 10 estudos de nível 1.a (ensaios clínicos randomizados, estudo experimental randomizado, meta-análise), 6 estudos de nível 1.b (revisões sistemáticas e integrais da literatura, *scoping review*, mapeamento sistemático), como evidenciado na *Tabela 3*.

A síntese de dados no processo de seleção dos estudos foi realizada, segundo instrumento adaptado do proposto pelo manual metodológico para Revisões Scoping de Joanna Briggs Institute. Os dados extraídos dos documentos incluídos são apresentados de forma tabular e num formato narrativo, conforme o objetivo da revisão para relatar os resultados e resumo da análise⁽¹⁴⁾.

Os dezasseis estudos primários que satisfizeram os critérios de inclusão pré-definidos são apresentados na tabela 3, constando na mesma o autor(es), ano, país, objetivos, amostra, metodologia e principais resultados de cada artigo.

Tabela 3. Síntese das evidências encontradas

Nº	Ano	Autor	Tipo de estudo	Objetivos	Amostra	Resultados/ Conclusões
E1	2019	Golino A., Leone R., Gollenberg A., Christopher C., Stanger D., Davis T., Meadows A., Zhang Z., Friesen M.A.	Ensaio clínico randomizado	Examinar o efeito da terapia musical ativa e a sua intervenção em parâmetros fisiológicos	52 doentes	<u>O que considera:</u> doentes sob VMI expostos a música. <u>Benefícios:</u> redução dos níveis de stress, de ansiedade, de dor, depressão e de sentimentos de isolamento, o que leva à redução de taxas de administração de sedativos. <u>Aplicabilidade:</u> implementação de baixo risco e baixo custo.
E2	2019	Bahonar E., Ghezeljeh T., Haghani H.	Ensaio clínico randomizado	Comparar efeitos de sons da natureza, da massagem e de reflexologia da sola do pé no nível de consciência em pessoas em coma traumático	120 doentes	<u>O que considera:</u> os sons da natureza são produzidos por fenómenos naturais que estão relacionados intimamente com os fenómenos da vida humana. <u>Benefícios:</u> melhoria do estado de saúde com efeitos positivos; <u>Aplicabilidade:</u> meio eficaz e barato. <u>Enfermagem:</u> intervenções de relaxamento em doentes sob ventilação
E3	2018	Messika, Jonathan; Kalfon, Pierre; Ricard, Jean-Damien	Scoping review	Rever o histórico, modalidades e evidências para terapia musical em pacientes críticos e seu uso futuro na UCI		<u>O que considera:</u> as evidências existentes do uso do som são apenas para ventilação invasiva e para pacientes que estão acordados. <u>Aplicabilidade:</u> custo-benefício. <u>Outras informações:</u> uso indiscriminado de intervenções musicais na UCI, sem uma verdadeira relação terapêutica para fins de relaxamento, pode levar ao abandono dessas promissoras terapias adjuvantes.
E4	2017	Cardoso, L., Salgueiro, D., Mota, L., & Príncipe, F.	RIL	Compreender a relevância da musicoterapia no controlo da	29 artigos	<u>O que considera:</u> o doente crítico experiência ansiedade, dor e desconforto como parte do seu internamento em UCI. <u>Benefícios:</u> música alcança níveis emocionais profundos, certo tipo de música tem significado especial individual e assim atua no alívio da dor. É benéfica se

				dor dos doentes internados em UCI		escolhida pelo doente e apreciada com auscultadores em vez de acrescentar ruído de fundo à UCI. <u>Aplicabilidade:</u> prático, seguro, sem custos. <u>Enfermagem:</u> profissionais próximos dos doentes e torna-se emergente a utilização de intervenções autónomas de enfermagem no controlo da dor e desta forma proporcionar a satisfação do paciente, o bem-estar e o autocuidado.
E 5	2016	Messika, J., et al.	Estudo clínico randomizado	Avaliar a resposta de doentes em UCI que necessitam de VNI a uma "intervenção musical"	99 doentes	<u>O que considera:</u> a tolerância à ventilação não invasiva (VNI) é um fator chave para o sucesso da VNI. Portanto, várias estratégias sedativas farmacológicas ou não farmacológicas foram avaliadas para melhorar a tolerância à VNI. <u>Benefícios:</u> a musicoterapia em vários ambientes de saúde tem mostrado efeitos benéficos nos parâmetros fisiológicos, ansiedade e agitação; perante essa exposição é notável uma mudança no conforto respiratório. <u>Aplicabilidade:</u> técnica não farmacológica simples e de fácil implementação.
E 6	2015	Yaman, Y., Karabulut, N.	Ensaio experimental randomizado	Determinar o efeito da musicoterapia na intensidade da dor, nível de sedação e parâmetros fisiológicos durante a aspiração endotraqueal de doentes sob VM após cirurgia cardiovascular	66 doentes	<u>O que considera:</u> A música tem uma influência que pode ser usado como uma ferramenta terapêutica para diminuir <i>score</i> de dor em pacientes ventilados mecanicamente; <u>Benefícios:</u> intervenções adjuvantes para abordagens farmacológicas na gestão da dor; leva a um coração mais lento frequência, frequência respiratória mais calma e regular e pressão arterial mais baixa; <u>Aplicabilidade:</u> as intervenções não farmacológicas têm sido reconhecidas como valiosas, simples e baratas e, sem efeitos colaterais; <u>Enfermagem:</u> ferramenta para a enfermagem.
E 7	2014	Puntillo et al.	Scoping review	Análise de estratégias não-farmacológicas no alívio da dor, dispneia e sede em UCI		<u>O que considera:</u> a musicoterapia exerce efeito de relaxamento. <u>Benefícios:</u> a música promove o conforto do paciente, mas também oferece suporte favorável controle de sintomas. <u>Aplicabilidade:</u> técnica económica, segura e fáceis de fornecer.

E 8	2013	Chlan et al.	Ensaio clínico randomizado	Testar se ouvir música dirigida para o doente reduz a ansiedade e a exposição a sedativos na VM	73 doentes de 12 UCI	<u>O que considera:</u> A música é relaxante, reduz a ansiedade enquanto reduz administração terapêutica. <u>Benefícios:</u> entre os pacientes da UCI que recebem tratamento agudo suporte ventilatório para insuficiência respiratória, há redução na ansiedade em comparação com o normal cuidado.
E 9	2013	Aghaie B., Rejeh N., Heravi-Karimooi M., Ebadi A., Moradian S.T., Vaismora di M., Jasper M.	Ensaio clínico randomizado	Identificar o efeito da terapia de som baseada na natureza (N-BS) na agitação e ansiedade em pacientes com enxerto de revascularização do miocárdio durante o desmame da VM	120 doentes	<u>O que considera:</u> doentes submetidos a VM podem sentir medo, agitação, desconforto, sede, imobilidade, dispneia, confusão, problemas de comunicação, incapacidade em relaxar. Há um aumento da ansiedade durante o desmame ventilatório. <u>Benefícios:</u> a N-BS apresenta efeito emocional positivo e quando comparada com outras intervenções é considerada mais relaxante, tanto em caso de procedimentos broncofibroscópicos como na VM. O que é demonstrado pela diminuição da frequência cardíaca, da pressão arterial e do ciclo respiratório, assim como pelo BIS. A N-BS é considerado um estímulo agradável e uma percepção alternativa ao foco real dos doentes sob VM. <u>Aplicabilidade:</u> técnica económica e eficiente para aliviar a ansiedade. <u>Enfermagem:</u> intervenção autónoma. <u>Outras informações:</u> a N-BS congratula sons tais como o canto dos pássaros, sons suaves da chuva, riachos de água, sons de cascatas, som de caminhar pela floresta e após a escolha do som (preferência afetada pelas diferenças culturais), a pessoa fica de olhos fechados em repouso, em ambiente confortável.
E 10	2011	Tracy, M. F., & Chlan, L.	RSL	Analisar intervenções não-farmacológicas na manutenção de sintomas comuns em pacientes VM	46 estudos	<u>O que considera:</u> doentes sob VM apresentam dor, ansiedade, agitação e falta de sono, os quais podem afetar a cura. Terapias complementares não farmacológicas são adjuvantes de sedativos e analgésicos. <u>Benefícios:</u> diminui a ansiedade, promove o sono e um ambiente de cura, minimiza o ruído. <u>Aplicabilidade:</u> fácil e económico. <u>Enfermagem:</u> intervenção autónoma.

E 1 1	201 1	Cutshall S., Anderson P., Prinsen P., Wentworth L., Olney T., Messner P., . Brekke K., Li Z., . Sundt T., Kelly R., Bauer B.	Ensaio clínico randomizado	Demonstrar como a música e os sons da natureza podem diminuir a ansiedade em pacientes hospitalizados	173 doentes	<u>O que considera:</u> doentes submetidos a cirurgia cardíaca são vítimas de stress e ansiedade, tanto antes como após a intervenção. Preocupam-se com a perda do controlo físico, com o desconforto e dúvidas no progresso do estado de saúde; <u>Benefícios:</u> diminuição da dor no pós-cirúrgico, aumento do relaxamento e redução do stress, permite aumento dos níveis de satisfação do atendimento geral. <u>Outras informações:</u> sons da natureza gravados apresentam efeito hipnotizante. Aconselhado para tornar o hospital um ambiente tranquilo e reconfortante, neutralizando sentimentos de dor e ansiedade.
E 1 2	200 7	Jaber, S.	Ensaio clínico randomizado	Comparar os efeitos da música em pacientes entubados durante o desmame da ventilação mecânica	31 doentes	<u>O que considera:</u> na UCI, a incapacidade de verbalizar a dor, desconforto do tubo de intubação e distúrbios do sono são considerados os principais stressores. A estimulação do sistema simpático por angústia, ansiedade e a dor causa um aumento na frequência cardíaca e pressão arterial, que pode ter efeitos nocivos. <u>Benefícios:</u> a musicoterapia pode melhorar o estado psicofisiológico por um efeito de relaxamento e uma sensação de bem-estar que proporciona redução da dor, ansiedade, inquietação e diminui a tensão musculares. <u>Aplicabilidade:</u> fácil aplicabilidade, economicamente vantajosa, resiliente e adequada a um grande número de pessoas, melhora a experiência de internamento do paciente. <u>Outras informações:</u> Diminuição de RASS e BIS estão associados a uma diminuição significativa de sensação dolorosa.
E 1 3	200 4	Cardozo M.	Scoping review	Revisar a musicoterapia como um auxílio para reduzir os níveis de ansiedade e dor em ambiente de unidade de terapia intensiva		<u>O que considera:</u> a música é um estímulo significativo para liberar pensamentos e sentimentos e pode ter um impacto poderoso sobre os doentes. É uma válida alternativa para controlar o ambiente ruidoso que pode inibir o sono, promove o descanso e facilita dormir criando uma atmosfera pacífica. <u>Benefícios:</u> a musicoterapia é eficaz em pacientes com VM em UCI. Canaliza emoções, promove um relaxamento eficaz, diminui a ansiedade dos doentes, ajuda a diminuir os sentimentos de isolamento e solidão e é um catalisador para a comunicação verbal e não verbal. <u>Aplicabilidade:</u> simples, económica e pode reduzir a necessidade de medicamentos sedativos, portanto levando a uma recuperação mais rápida. <u>Outras informações:</u> a música é um analgésico natural, pois reduz a percepção da dor pelo aumento de endorfinas.

E	200	Almerud S., Petersson K.	Ensaio clínico controlado	Verificar se a musicoterapia tem efeito de relaxamento em doentes sob VM	10 doentes sob VM	<p><u>O que considera:</u> a UCI é um ambiente técnico, maquinário, de frequentes exames e o doente encontra-se confiando neste, o que lhe provoca confusão, receio/medo, excitação e fadiga. Os doentes são sensíveis, vulneráveis e sobrecarregados. O ruído instaurado neste contexto provoca stress, ansiedade e um aumento da frequência cardíaca. O Síndrome da UCI, que é caracterizado por perturbação perceptível, alucinações visuais e auditivas, agressão, confusão e paranoia; a sua causa é desconhecida, mas julga-se que o desencadeamento mais provável seja a junção de fatores.</p> <p><u>Benefícios:</u> é um meio de produção de mudanças intrínsecas na forma como o doente experimenta a situação. Esta também promove e incentiva o descanso e o sono, criando uma atmosfera pacífica. É uma forma de filtrar sons desagradáveis e desconhecidos que fazem parte do ambiente hospitalar e assim, diminui a necessidade de administração de sedativos e outras drogas, o que leva a uma recuperação mais rápida.</p> <p><u>Aplicabilidade:</u> fácil acesso e implementação e com baixo custo associado.</p> <p><u>Enfermagem:</u> responsável na aplicação.</p> <p><u>Outras informações:</u> a musicoterapia é uma forma controlada de ouvir música que influencia a pessoa fisiológica, psicológica e emocionalmente, durante o tratamento da doença lesão, esta é considerada um viável tratamento em doentes graves na redução da angústia e ansiedade sem recorrer a medicamentos.</p>
E	200	Iriarte A.	Scoping review	Analisar as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia da musicoterapia para diminuir a ansiedade em pacientes adultos submetidos a ventilação mecânica	1035	<p><u>O que considera:</u> a VM é uma fonte significativa de stresse para o paciente com efeitos prejudiciais no sistema nervoso simpático e, entre outros efeitos, pode produzir vasoconstrição arterial e venosa, estimulação miocárdica e broncoconstrição. A musicoterapia não só induz respostas afetivas do paciente mas também atua diretamente no sistema nervoso simpático, reduzindo sua atividade.</p> <p><u>Benefícios:</u> psicológicos e fisiológicos, como diminuição da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, para além de que promove relaxamento e bem-estar dos pacientes.</p> <p><u>Aplicabilidade:</u> baixo custo sem efeitos prejudiciais para o paciente</p> <p><u>Enfermagem:</u> intervenção autónoma</p> <p><u>Outras informações:</u> desde meados do século 20, a musicoterapia aparece como uma intervenção potencialmente eficaz para diminuir a ansiedade. Influenciada por</p>

E	199	Chlan L.	Ensaio clínico randomizado	Testar os efeitos da musicoterapia no relaxamento e na redução da ansiedade dos pacientes que recebem VM	54 doentes	<p><u>O que considera:</u> a angústia do paciente é o resultado de várias circunstâncias associadas com ventilação mecânica que inclui medo, sede, insônia, desconforto, agitação, imobilidade, confusão, dispneia, dificuldades de comunicação, e a incapacidade de relaxar. Para acalmar a ansiedade e promover o relaxamento, administram medicamentos sedativos. A música exerce o seu efeito via arrastamento ou sincronização de ritmos corporais com os de seleção musical.</p> <p><u>Benefícios:</u> eficaz na redução ansiedade e promoção do relaxamento, diminui a frequência respiratória e cardíaca, eficaz para melhor lidar com experiências angustiantes associadas a VM.</p> <p><u>Aplicabilidade:</u> fácil e de baixo custo de implementação.</p>
----------	-----	----------	----------------------------	--	------------	--

Discussão

Os resultados desta revisão evidenciam o uso de intervenções não-farmacológicas da utilização do som no cuidado à pessoa em UCI, pela equipa multidisciplinar nas unidades de cuidados intensivos.

Maioritariamente, os estudos são de natureza quantitativa, de sua maioria estudos experimentais, que exibem resultados transversais a vários contextos da prática clínica.

Os achados revelam que esta é uma técnica de reduzida complexidade e que acarreta baixos custos. Porém, a evidência do uso da música na pessoa em situação crítica está focalizada em pessoas sujeitas a ventilação invasiva ou em situação pós-cirúrgica e para doentes que estão acordados. Outros resultados nesta população estão disponíveis em estudos que visam reduzir delírio e melhorando a qualidade do sono, a agitação, além do uso em cuidados integrados ⁽¹⁵⁾.

A maioria dos estudos focaram-se em variáveis fisiológicas e psicológicas. No entanto, os investigadores ressaltam a necessidade de centralizar indicadores de resultado na pessoa, incluindo a longo prazo, numa perspetiva de um

internamento numa unidade de cuidados intensivos. A utilidade do uso do som em relação ao desempenho e trabalho do cuidador em contexto de UCI também foi avaliada. Em outra vertente de análise a audição de música não controlada ainda precisa ser demonstrada, especialmente do ponto de vista de custo-benefício na unidade de cuidados intensivos. Os autores salvaguardam que o uso indiscriminado de intervenções musicais em UCI, sem uma verdadeira relação terapêutica para fins de relaxamento, pode levar ao abandono dessas promissoras terapias adjuvantes ⁽¹⁶⁾.

No contexto de UCI, as pessoas em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva quando expostas a música, demonstram redução de ansiedade, frequência respiratória e de pressão arterial sistólica. Assim, reduz-se a taxa de administração de sedativos e é eficaz no controlo sintomático de ansiedade durante o desmame desta tipologia de ventilação ⁽¹⁷⁾.

Para além do referido anteriormente, a literatura é consensual quanto à importância da comunicação para o sucesso da técnica. A este respeito evidencia-se que a comunicação multidisciplinar, nomeadamente sobre o estado clínico da pessoa e sobre o planeamento de um cuidado holístico, integrando o ambiente e a escuta ativa. A musicoterapia é uma intervenção que promove a autonomia da equipa de enfermagem e a noção que os enfermeiros influenciam o ambiente da pessoa com quem cuidam ⁽⁴⁾.

Deve-se salientar que a musicoterapia é diferente de escuta musical. A primeira envolve um terapeuta credenciado e música ao vivo, enquanto o segundo dirige-se à escuta de música gravada. Ambas conduzem a que os doentes fiquem mais relaxados e confortáveis, com melhoria do seu estado psicológico ⁽¹⁷⁾.

Também mapeamos, neste contexto de terapia com o uso do som, a N-BS (terapia baseada nos sons da natureza), estes sons são produzidos por fenómenos naturais, tais como o vento, a chuva, um riacho de água, a corrente do rio, o bater das ondas do mar, os chilrear dos pássaros ou sons produzidos por outros animais, o caminhar, entre outros, mas todos eles tão intimamente relacionados com fenómenos do dia-a-dia da vida humana. Pois a N-BS aumenta de forma demonstrada taxas de relaxamento em doentes sob ventilação mecânica (VM); pois sons familiares aumentam o LOC (*locus de controlo*) interno do indivíduo ⁽¹⁸⁾.

A N-BS gera uma redução substancial nas respostas fisiológicas decorrentes da ansiedade e da agitação durante o desmame ventilatório. Além de ser uma estratégia de baixo custo associado, esta reduz a administração de terapêutica ansiolítica e analgésica e, conseqüentemente, gera redução dos tempos de internamento e das comorbilidades associadas. Para a sua aplicação, os enfermeiros, estão numa posição privilegiada, atendendo a que esta terapia é facilmente conciliável com o cuidado inerentes à pessoa em contexto de UCI ⁽¹⁹⁾.

O uso da terapia baseada nos sons da natureza (N-BS) permite à instituição hospitalar um ambiente mais tranquilo e reconfortante, neutralizando sentimentos de dor e ansiedade ⁽²⁰⁾.

Tanto a terapia musical, a musicoterapia e a N-BS têm em comum potenciais benefícios para a pessoa, dado que os seus efeitos de distração, influenciam o estado psicofisiológico, gerando a sensação de bem-estar, o que se traduz na redução da dor, da ansiedade, do stress, da depressão, de sentimentos de isolamento e de inquietação e, da tensão muscular, assim como na redução/estabilização da sintomatologia associada ⁽²¹⁾.

De forma comum, estas apresentam baixo risco e baixo custo na sua implementação. A musicoterapia é a mais utilizada, essencialmente por deter maior nível de evidência na sua eficácia ⁽¹⁷⁾ mas, também pela pouca sensibilização dos profissionais de saúde para a N-BS ⁽¹⁸⁾.

As terapias descritas vão ao encontro da autonomia do cuidado em enfermagem, mas o constrangimento dos rácios Enfermeiro /Pessoa em UCI são limitadores na sua aplicabilidade na prática clínica ⁽²²⁾.

Conclusão

O objetivo desta scoping review foi mapear as intervenções não-farmacológicas com o uso do som à pessoa em situação crítica, a sua aplicabilidade e benefícios.

Concluimos que a musicoterapia e a N-BS são técnicas que poderiam estar cada vez mais presentes no cuidado à pessoa em situação crítica (UCI). Pelo baixo custo associado como pelas vantagens para a pessoa internada. Decorrente da análise dos estudos, considera-se que esta poderá constituir uma intervenção não-farmacológica de autonomia do enfermeiro.

Como benefícios associados destaca-se que ouvir música influencia a pessoa a nível físico, psicológico e emocional durante o tratamento ⁽²³⁾, sendo considerada uma forma viável de tratamento em doentes graves na redução da angústia e ansiedade sem recorrer a medicamentos ⁽²⁴⁾. Para mais, é um meio de produção de mudanças intrínsecas na forma como a pessoa vivencia a situação, com capacidade de promover e incentivar o sono e descanso, criando uma atmosfera pacífica ⁽²⁵⁾. Enquanto disciplina, centrada nas respostas humanas associadas aos cuidados em saúde, incrementamos a sensibilização dos enfermeiros, para a sua implementação promovendo o conforto de pessoas em UCI e profissionais ⁽²³⁾.

A inclusão de todos os artigos disponíveis, mesmo os com custo associado, assim como a inclusão de literatura cinzenta poderiam ter suportado os resultados de forma mais sustentada.

Após o desenvolvimento do conhecimento na temática, sugerimos que futuramente, a realização de revisão sistemática da literatura de eficácia e inspiramos a inclusão destas terapias nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Fontes de Financiamento

O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Referências Bibliográficas

1. YAMAN AKTAŞ, Y., & KARABULUT, N. (2015). Os efeitos da musicoterapia na sucção endotraqueal de pacientes mecanicamente ventilados. *Enfermagem em Atenção Crítica*, 21(1), pp. 44-52. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi:10.1111/nicc.12159>
2. PUNTILLO, K., NELSON, J. E., WEISSMAN, D., CURTIS, R., WEISS, S., FRONTERA, J., CAMPBELL, M. (2013). Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst—A report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Medicine*, 40(2), pp. 235–248. Consultado a 20 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi:10.1007/s00134-013-3153-z>
3. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento concetual, enunciados descritivos. Lisboa: Divulgar. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
4. FREDRIKSSON, A. C., HELLSTRÖM, L., & NILSSON, U. (2009). Patients' perception of music versus ordinary sound in a postanaesthesia care unit: a randomised crossover trial. *Intensive & critical care nursing*, 25(4), pp. 208–213. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.04.002>
5. BUCKWALTER, K., HARTSOCK, J., & GAFFNEY, J. (1985). Music therapy. In G. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.). *Nursing Interventions Treatments for Nursing Diagnosis*, pp. 58-74. Philadelphia, PA: Saunders.
6. HARRISON, S. (2004). Music reduces stress levels among staff and patients: Sarah Harrison examines the innovative work being carried out to boost patients' experience in A&E units. *Nursing Standard*, 18(30), p. 4.
7. CHLAN, L. (1998). Efetividade de uma intervenção musicoterapia sobre relaxamento e ansiedade para pacientes que recebem assistência ventilatória. *Coração e Pulmão: The Journal of Acute and Critical Care*, 27(3), pp. 169-176. Consultado a 20 de julho de 2020, Disponível em: [https://doi:10.1016/s0147-9563\(98\)90004-8](https://doi:10.1016/s0147-9563(98)90004-8)
8. CASSILETH, B., & GUBILI, J. (2010). Terapêuticas complementares para a gestão da dor. In *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*, pp. 57-63, Seattle: International Association for the Study of Pain.
9. JAMES K. (1999). The joys and pitfalls of complementary therapies. *Australian nursing journal* (July 1993), 6(8), p. 34.
10. COLE, L. C., & LOBIONDO-WOOD, G. (2014). Music as an adjuvant therapy in control of pain and symptoms in hospitalized adults: a systematic review. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), pp. 406–425. Consultado a 2 de agosto de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.010>
11. APÓSTOLO, João Luís (2017). Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia
12. PETERS, M. D., GODFREY, C. M., KHALIL, H., MCINERNEY, P., PARKER, D., & SOARES, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), pp. 141–146. Consultado a 10 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
13. JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2013). New JBI Levels of Evidence. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBILevels-of-evidence_2014.pdf
14. HALAS, G., SCHULTZ, A. S., ROTHNEY, J., GOERTZEN, L., WENER, P., & KATZ, A. (2015). A scoping review protocol to map the research foci trends in tobacco control over the last

- decade. *BMJ open*, 5(1). Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006643>
15. MESSIKA, J., KALFON, P., & RICARD, J.D. (2018). Adjuvant therapies in critical care: music therapy. *Intensive Care Medicine*, 44(11), pp. 1929–1931. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5056-5>
 16. MESSIKA, J., HAJAGE, D., PANNECKOUCKE, N., VILLARD, S., MARTIN, Y., RENARD, E., BLIVET, A., REIGNIER, J., MAQUIGNEAU, N., STOCLIN, A., PUECHBERTY, C., GUÉTIN, S., DECHANET, A., FAUQUEMBERGUE, A., GAUDRY, S., DREYFUSS, D., & RICARD, J.D. (2016). Effect of a musical intervention on tolerance and efficacy of non-invasive ventilation in the ICU: study protocol for a randomized controlled trial (Musique pour l'Insuffisance Respiratoire Aigue - Mus-IRA). *Trials*, 17(1). Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1574-z~>
 17. GOLINO, A. J., LEONE, R., GOLLENBERG, A., CHRISTOPHER, C., STANGER, D., DAVIS, T. M., MEADOWS, A., ZHANG, Z., & FRIESEN, M. A. (2019). Impact of an Active Music Therapy Intervention on Intensive Care Patients. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 28(1), pp. 48–55. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2019792>
 18. BAHONAR, E., NAJAFI GHEZELJEH, T., & HAGHANI, H. (2019). Comparison of Single and Combined Effects of Nature Sounds and Foot Sole Reflexology Massage on the Level of Consciousness in Traumatic Comatose Patients. *Holistic Nursing Practice*, 33(3), pp. 177–186. Consultado a 10 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi:10.1097/hnp.0000000000000326>
 19. AGHAIE, B., REJEH, N., HERAVI-KARIMOOI, M., EBADI, A., MORADIAN, S. T., VAISMORADI, M., & JASPER, M. (2014). Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: A randomised clinical trial. *International journal of nursing studies*, 51(4), pp. 526–538. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.003>
 20. CUTSHALL, S. A., ANDERSON, P. G., PRINSEN, S. K., WENTWORTH, L. J., OLNEY, T. J., MESSNER, P. K., BREKKE, K. M., LI, Z., SUNDT, T. M., 3RD, KELLY, R. F., & BAUER, B. A. (2011). Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: a randomized study. *Alternative therapies in health and medicine*, 17(4), pp. 16–23.
 21. JABER, S., BAHLOUL, H., GUÉTIN, S., CHANQUES, G., SEBBANE, M., & ELEDJAM, J.J. (2007). Effets de la musicothérapie en réanimation hors sédation chez des patients en cours de sevrage ventilatoire versus des patients non ventilés. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 26(1), pp. 30–38. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi:10.1016/j.annfar.2006.09.002>
 22. YABAN, Z. S. (2018). Usage of Non-Pharmacologic Methods on Postoperative Pain Management by Nurses: Sample of Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), pp. 529–541.
 23. BILEY F. (1992). Complementary therapy: using music in hospital settings. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain – 1987))*, 6(35), pp. 37–39.
 24. TRACY, M. F., & CHLAN, L. (2011). Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), pp. 19–28. Consultado a 20 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2011653>
 25. CHLAN, L. L., WEINERT, C. R., HEIDERSCHEIT, A., TRACY, M. F., SKAAR, D. J., GUTTORMSON, J. L., & SAVIK, K. (2013). Effects of Patient-Directed Music Intervention on Anxiety and Sedative Exposure in Critically Ill Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support. *JAMA*, 309(22), pp. 23-35. Consultado a 20 de julho de 2020, Disponível em: <https://doi:10.1001/jama.2013.5670>

26. ALMERUD, S., & PETERSSON, K. (2003). Music therapy--a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive & critical care nursing*, 19(1), pp. 21–30. [https://doi.org/10.1016/s0964-3397\(02\)00118-0](https://doi.org/10.1016/s0964-3397(02)00118-0)
27. CARDOSO, L., SALGUEIRO, D., MOTA, L., & PRÍNCIPE, F. (2017). A musicoterapia como intervenção autónoma de enfermagem para controlo da dor em UCI: revisão integrativa. *Millenium*, 2(4), pp. 89-97.
28. CARDOZO, M. (2004). Harmonic sounds: complementary medicine for the critically ill. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 13(22), pp. 1321–1324.
29. IRIARTE, A.R. (2003). Efectividad de la musicoterapia para promover la relajación en pacientes sometidos a ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 14(2), pp. 43-48. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: [https://doi:10.1016/s1130-2399\(03\)78103-6](https://doi:10.1016/s1130-2399(03)78103-6)
30. JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2014). Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendations. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendations Working. Consultado a 12 de julho de 2020, Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments-v2.pdf>.
31. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015), Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais N.º 190/2015 publicado em Diário da República, 2ª série, N.º 79, 23 de abril de 2015. Consultado a 12 de fevereiro de 2020, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>

**APÊNDICE II – Publicação científica em formato de pôster:
Utilização do Som na Pessoa em Situação Crítica: scoping review.
Apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**



Utilização do Som na Pessoa em Situação Crítica: scoping review

Estêvão, Inês^(I,*); Gomes, Ana Marta^(II,*); Veludo, Filipa^(III,*)

Afiliação: ^(I) Instituto de Ciências da Saúde – UCP Lisboa; Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.; RN ^(II) Instituto de Ciências da Saúde – UCP Lisboa, Hospital Garcia de Orta; RN ^(III) Instituto de Ciências da Saúde-UCP, Lisboa; RN; MSc; PhD.

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica frequentemente experiencia ansiedade, dor e desconforto como parte do seu internamento, sendo que estes podem advir da sua própria condição de doença ou do cuidado dos profissionais de saúde³.

Nesta perspetiva procura-se minorar essa imagem controversa, através de intervenções não-farmacológicas com o uso do som. A música canaliza as emoções, o que promove o relaxamento eficaz e a redução da ansiedade, é considerado um agente pacificador da solidão e um catalisador da comunicação².

OBJETIVO

Mapear a produção científica sobre a utilização do som no cuidado à pessoa adulta em situação crítica.

MÉTODO

Com base nas pesquisas preliminares realizadas, definimos como método a realização de uma *scoping review*, com o objetivo de fornecer um 'mapa' das evidências disponíveis relativas ao fenómeno em estudo, podendo ser realizadas como um exercício preliminar antes da realização de uma revisão sistemática¹.

(Sound* OR Non pharmacological interventions OR Complementary therapies OR Unconventional therapies OR Music therapy OR Sound of nature OR Sound of the waves OR Sound the birds OR Tibetan Bowls)
(ABST)

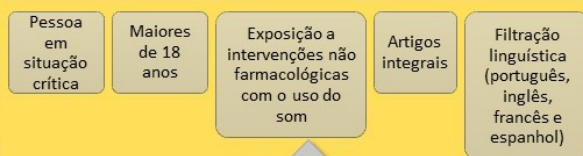


(Critical ill patient OR Critical illness OR People in critical situation OR Critical care OR Intensive care OR ICU OR Critical patient unit OR Nursing interventions OR Nursing care)
(ABST)



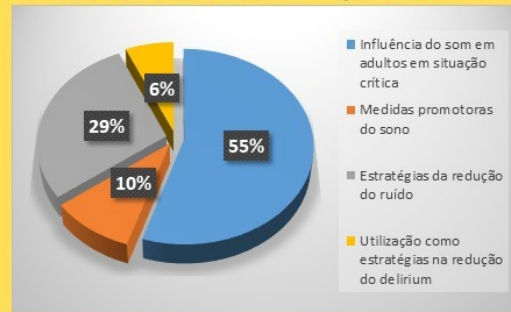
QR CODE - Referências Bibliográficas

Critérios de inclusão



- Encontradas 433 referências
- 184 estudos que não eram referentes ao tema
- 127 estudos que não respeitavam os critérios de inclusão
- 122 estudos que foram agrupados em quatro áreas de estudo

ÁREAS DE ESTUDO DA UTILIZAÇÃO DO SOM



CONCLUSÃO

O estado da arte direciona a investigação em concordância com a evidência já produzida, sobre o cuidado holístico à pessoa em situação crítica pela utilização do som.

Em sùmula, sem recorrer ao aumento do tratamento farmacológico, obtém-se um aumento do conforto, bem como, uma redução do stress, da ansiedade e um maior controlo das componentes fisiológicas associadas.



**APÊNDICE III- Check-list do Material necessário para a
Colocação da Drenagem Torácica**

**Check-list do Material necessário para a
COLOCAÇÃO DA DRENAGEM TORÁCICA**

✓ Máquina de tricotomia e lâmina (se necessário)
✓ Tabuleiro de colocação de dreno torácico
✓ Campo esterilizado com/ sem buraco (conforme indicação médica)
✓ Bata esterilizada
✓ Máscara
✓ Luvas cirúrgicas
✓ Seringas de 10cc e 20cc
✓ Agulhas SC/IM/Diluição
✓ Lidocaína a 1% ou 2% sem adrenalina
✓ Resguardo absorvente impermeável
✓ Compressas esterilizadas 10x10cm
✓ Solução desinfetante de clorexidina corada
✓ Adesivo
✓ Dreno torácico (segundo indicação médica)
✓ Condutor do dreno torácico (se necessário)
✓ Frasco(s) de drenagem e tubuladura(s)
✓ Suporte para frasco de drenagem torácica
✓ Água destilada – 1000cc
✓ Linha de sutura (seda 1 ou 0)
✓ Lâmina de bisturi
✓ Taça esterilizada para desinfetante
✓ Contentor de corto-perfurantes
✓ Clampes torácicos (dois por dreno)
✓ Aspirador de baixa pressão e tubo de conexão

Bibliografia:

- AEOP – ASSOCIAÇÃO DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA PORTUGUESA (2012). Drenagem Torácica no Doente com Cancro do Pulmão avançado – Linhas de Consenso Enfermagem para uma melhor Intervenção. Consultado a 18 de outubro de 2020, Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/LC-Drenagem-Tora%CC%81cica-1.pdf>
- CHLN - ESTÊVÃO I., LUÍS J., RAMALHO M.G., SEMEDO S. (2017). Cuidados de Enfermagem ao doente com Drenagem Torácica Subaquática, Manuel de Procedimentos – Cirurgia Torácica. Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

ANEXOS

**ANEXO I- Declaração de participação no III Seminário Internacional do Mestrado
em Enfermagem
"Enfermagem especializada: Protagonista no Presente inovadora no Futuro"**

**III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO**

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Inês Estêvão, Enfermeira Ana Marta Gomes e Prof. Doutora Filipa Veludo**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 17 com o tema **“UTILIZAÇÃO DO SOM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: ESTADO DA ARTE”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, **PhD, MEd, RN**
Professora Auxiliar



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Luís Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)

Ana Rebotim (Mestranda do 13º CME, SIP) - "Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde"

Margarida Carvalho (Mestranda do 13º CME, SIP) – "Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos"

Matilde Carvalho (Mestre em Enfermagem, SIP) – "Promover a Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro"

10:00 – CONFERÊNCIA INAUGURAL – "The role of ICN in enhancing the value of Nursing"

Howard Catton (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

10:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL – "Realidade la enfermeira especializada en España"

Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha)

11:00 – MESA DE ABERTURA

11:30 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Mafisa Paço (Mestre em Enfermagem, EC)

Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) – "Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2"

Laurina Gomes (Mestranda do 13º CME-EC) - "Saúde Escolar em Tempo de Pandemia"

Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) - "Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável"

14:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL – "A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura"

Maria Antonia Vollrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)

Cátia Lampreia (Mestrando do 13º CME, MC) - "Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro"

António Borges (Mestrando do 13º CME, MC) - "Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro"

Sofia Correia (Mestre em Enfermagem, MC) - "Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro"

15:30 – MOMENTO CULTURAL

16:00 – ENCERRAMENTO



**ANEXO II- Declaração de participação no Congresso da Sociedade Portuguesa de
Cirurgia Cardiotorácica e Vascular**

HYBRID SOLUTIONS FOR
GREAT CHALLENGES

27 a 29 de Novembro | 2020



CONGRESSO
SPCCTV

4

VISIONS 20

CARDIAC | THORACIC | VASCULAR | PULMONOLOGY



CERTIFICADO

Certifica-se que

INÊS RODRIGUES ESTÊVÃO

participou em formato virtual no
Congresso SPCCTV-4DVisions20

27 a 29 de Novembro de 2020

Adelino Leite Moreira
Presidente SPCCTV



The Congress SPCCTV - 4D Visions20 - Hybrid Solutions for Great Challenges, Figueira da Foz, Portugal, 28/11/2020 - 29/11/2020 has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®) with 11 European CME credits (ECMEC®s). Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity.

ANEXO III- Declaração de participação no Webinar
“Um contributo para a excelência profissional e de investigação: pesquisas básicas -
1ª Sessão – Edição 2”



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

membro nº _____ desta Ordem, participou no Webinar¹ **“Um contributo para a excelência profissional e de investigação: pesquisas básicas_1ª Sessão_Edição 2”**, no dia **07 de Julho de 2020**, com duração total de **01h15**, na Plataforma digital Cisco Webex Events.

Lisboa, 15 de Julho de 2020.

P.¹ A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Diretivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,31** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

CICLO DE WEBINARS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Webinar:

Um contributo para a excelência profissional e de investigação: pesquisas básicas

Formador:

Nuno Henriques
Engagement Manager da EBSCO INFORMATION SERVICE S.L.U

Moderadora: Helena Penaforte

Data: 07 Julho

Horário: 16h-17h15



Programa | 1.ª Sessão - 2ª Edição

1. Descrever as Bases de Dados:
 - a) CINAHL Complete;
 - b) MEDLINE Complete;
 - c) MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive;
 - d) Cochrane Collection Plus.
2. Navegar pelos CINAHL (MeSH) Headings.
3. Aplicar uma Pesquisa Básica:
 - a) Filtrar resultados;
 - b) Visualizar resultados.

ORGANIZAÇÃO | ANA FONSECA & LUÍS FILIPE BARREIRA



**ANEXO IV- Declaração de participação no Webinar
“II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | 5ª Sessão”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

INÉS RODRIGUES ESTÊVÃO

membro nº **73887** desta Ordem, participou no Webinar¹ «**II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | 5ª Sessão**», no dia **03 de Março de 2021**, com a duração total de **02H00**, realizado através da “Plataforma digital *Cisco Webex Events*”.

Lisboa, 03 de Março de 2021.

P^lA Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 6,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.



PROGRAMA | 03/MAR 5.ª SESSÃO | 16h00 - 18h00

Formador: Maria Dulce Magalhães

Moderador: Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer

WEBINAR: DA OPÇÃO AO RIGOR CIENTÍFICO: GROUNDED THEORY

- Definição da *Grounded Theory*
- Pressupostos conceituais
- Características do método da *Grounded Theory*
 - Codificação aberta
 - Codificação axial
 - Codificação seletiva
 - » Procedimentos de codificação
 - » Microanálise e exemplos práticos
 - » Outras ferramentas analíticas



#ninguém está sozinho

SIGENF
BALCÃO ÚNICO

**ANEXO V- Declaração de participação no Webinar
“Segurança dos Cuidados de Saúde”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, assistiu ao **Webinar - Segurança dos Cuidados de Saúde**, que decorreu no dia **26 de Junho de 2020**, com duração total de **3 horas**, através da **Plataforma Cisco Webex**.

Lisboa, 26 de Junho de 2020.

O Presidente do Conselho Diretivo da Secção Regional do Sul

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,55** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.



WEBINAR: Segurança dos Cuidados de Saúde

Responsáveis pela dinamização: Conselho de Enfermagem Regional do Sul

Programa:

Moderador: Francisco Vaz

Boas Vindas: Sérgio Branco e Luís Filipe Barreira

1. **Segurança dos Doentes**
Prelector: Susana Ramos
2. **Segurança e Saúde dos Profissionais**
Prelector: Fernando Barroso
3. **Enfermagem do Trabalho**
Prelector: Vitor Brasileiro

Destinatários:

Enfermeiros e
Estudantes do 4º ano

Organizadores:

Secção Regional do Sul

Inscrições:

Balcão Único



Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros
Contact Center: (+351) 210 138 888
Email: gvantos.rsul@ordemenfermeiros.pt
Rua Castilho, n.º 59 - 8º esq
1250-068 Lisboa

**ANEXO VI- Declaração de participação no Webinar
“Deveres Éticos e Deontológicos II”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

INÊS RODRIGUES ESTÉVÃO

membro nº **73887** desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars **“Enfermagem às Quintas”** subordinado à temática **“Deveres Éticos e Deontológicos II”** no dia **4 de Março de 2021**, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 8 de Março de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.



**ENFERMAGEM
ÀS QUINTAS**
WEBINAR DA SRNOE
TODAS AS QUINTAS - FEIRAS ÀS 21:30

Programa:

Deveres Éticos e Deontológicos II

- Direitos e Deveres Estatutários dos Enfermeiros;
- Agressões a Profissionais de Enfermagem.

MODERADORES:

Eva Carla Cunha Costa Gonçalves Salgado Pulido de Almeida

PRELETORES:

Miguel Ângelo da Costa e Vasconcelos

Pedro Vaz Mendes

Destinatários:

Enfermeiros, estudantes e outros profissionais de saúde

Organizador:

Secção Regional do Norte
da Ordem dos Enfermeiros

Inscrições:

Balcão Único



