



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

**INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS COM
UTILIZAÇÃO DO SOM NO CUIDADO À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

*NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS WITH SOUND IN CARING FOR
PEOPLE IN CRITICAL SITUATIONS*

Por

Ana Marta da Costa Correia Gomes

Lisboa, 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

**INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS COM
UTILIZAÇÃO DO SOM NO CUIDADO À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

*NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS WITH SOUND IN CARING FOR
PEOPLE IN CRITICAL SITUATIONS*

Por

Ana Marta da Costa Correia Gomes

Sob orientação da Professora Doutora Filipa Veludo Fernandes

Lisboa, 2021

“Quando novas informações surgem e as circunstâncias mudam, já não é possível resolver os problemas com as soluções de ontem.”

Roger Von Oech

AGRADECIMENTOS

Nesta etapa marcante da minha vida académica e profissional que alcanço, tenho a agradecer a um leque de pessoas às quais expresso a minha profunda gratidão.

A todo o corpo docente da Universidade Católica Portuguesa, em especial aos docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem na especialização em enfermagem Médico – Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

À Professora Filipa Veludo por todo o apoio, compreensão e disponibilidade com que me orientou, principalmente, naqueles momentos em que nada parecia correr bem.

A todos os enfermeiros da prática clínica que me acolheram e orientaram contribuindo com os seus conhecimentos.

A ti, Micael, meu marido, meu companheiro de aventuras, agradeço por estares ao meu lado, pelo teu apoio incondicional, carinho constante e paciência ilimitada, perdoa-me pelas horas de ausência e a todos os planos desmarcados, eles serão compensados.

Aos meus pais, Paulo e Anabela, por os meus pilares da minha existência, os meus exemplos de vida, a quem devo maior parte das minhas conquistas, os que me deram ferramentas importantes para o meu desenvolvimento e me ajudarem a ser a pessoa que sou hoje.

À minha irmã, Catarina, pelo teu apoio, amizade e cumplicidade, que não me deixaste ser vencida pelo cansaço.

Ao meu irmão, Pedro, pelas horas de brincadeira perdidas, mas que sempre me deu força para continuar.

À minha avó Amélia, pelo carinho constante e mimos intermináveis.

Um especial agradecimento carinhoso à minha avó Luísa, pois viste-me começar, mas não a terminar esta etapa, sei que sem ti não era a mesma, bem dizias, no final vou mostrar mais uma vez ao mundo que consegui.

À minha parceira de mestrado, Inês Estevão, pelas horas de trabalho que investimos e que ao teu lado tudo parecia mais claro, não esquecendo os nossos desabafos constantes.

Aos meus amigos, pelo apoio constante, as horas de companhia e desabafo pelas inúmeras formas existentes de comunicar.

Aos meus colegas e chefia de trabalho, agradeço todas as trocas à última da hora e pela confiança no meu trabalho, aos que me pediram ajuda e me acompanharam, tornaram-me na chefe de equipa mais sortuda, e que acreditaram em mim, que me apoiaram, demonstrando sempre força e esperança no sucesso deste percurso.

RESUMO

O presente relatório é realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na vertente de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, lecionado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Neste relatório pretende-se que esteja relatado o percurso desenvolvido, no qual se realiza uma descrição, com base numa análise crítica e reflexiva, das atividades desenvolvidas e por consequente das aprendizagens e competências especializadas adquiridas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Pessoa em Situação Crítica.

O processo de aprendizagem descrito neste relatório, foi desenvolvido em dois momentos diferenciados.

O primeiro momento, engloba a vertente de investigação, pois será integrado no mesmo, os principais dados obtidos na realização de uma *scoping review*, que tem com fenómeno de investigação, as intervenções não-farmacológicas utilização do som no cuidado à pessoa em situação crítica.

O segundo momento, encontra-se direcionado para a análise crítica da prática clínica desenvolvida num serviço de Urgência Geral e numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrástica, que permitiu colocar em prática intervenções especializadas de enfermagem, que culminaram na aquisição e desenvolvimento de competências diferenciadas. Como ponto crucial, destaca-se o desenvolvimento de uma maior resiliência e adaptação à incerteza, pelo facto de nos encontrarmos numa situação pandémica.

Com a realização desta análise, para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, tendo por base a evidência científica, foram mobilizados conhecimentos de diferentes referenciais teóricos, dos quais serão destacados neste relatório, o Modelo de Conceção Ideológico de Jean Watson, à luz da Teoria do Cuidado Humano, o Modelo das Transições de Vida de Afaf Meleis, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, e por último em articulação com os restantes referenciais teóricos, apliquei igualmente o Modelo de Iniciado a Perito de Patrícia Benner.

Palavras-Chaves: Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica, Som, Competências Especializadas, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

This report is carried out during the Master's Course in Nursing in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing: People in Critical Situation, taught at the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University of Lisbon.

This report intends to report the developed path, in which a description is made, based on a critical and reflective analysis, of the activities developed and, consequently, of the specialized skills acquired in Medical-Surgical Nursing from the perspective of Person in critical health situation.

The learning process described in this report was developed in two different moments.

The first moment encompasses the research aspect, as it will integrate the main data obtained in carrying out a scoping review, which has as a research phenomenon, the non-pharmacological interventions of the use of sound in the care of people in critical situations.

The second moment is directed to the critical analysis of the clinical practice developed in a General Emergency Service and in a Cardiothoracic Surgery Intensive Care Unit, which allowed the implementation of specialized nursing interventions, which culminated in the acquisition and development of differentiated skills. As a crucial point, we highlight the development of greater resilience and adaptation to uncertainty since we are in a pandemic situation.

With the completion of this analysis, for the process of acquiring and developing skills, based on scientific evidence, knowledge was mobilized from different theoretical frameworks, of which Jean Watson's Ideological Conception Model will be highlighted in this report, in the light of Theory of Human Care, Afaf Meleis' Life Transitions Model, Katherine Kolcaba's Theory of Comfort, and finally, in conjunction with the other theoretical references, I also applied the Initiate to Expert Model by Patricia Benner.

Keywords: Specialist Nurse, Critical Patient, Sound, Specialized Skills, Nursing Care

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavioral Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

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

N-BS – Terapia baseada nos sons da Natureza

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – Página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PSC– Pessoa em Situação Crítica

RASS – Escala de Agitação e Sedação de Richmond

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RSS – Escala de Sedação de Ramsay

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCC – Unidade de Cuidados Coronários

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIM – Unidade de Contingência de Internamento Médico

UCP - Universidade Católica Portuguesa

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO.....	23
2. ANÁLISE DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA	29
2.1.....A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	30
2.2.A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	36
2.3.A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES.....	99
APÊNDICE I: Scoping Review: “Intervenções Não-farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”	101
APÊNDICE II: Plano de Sessão: “Intervenções não-farmacológicas do uso do som na pessoa em situação crítica em contexto do Serviço de Urgência Geral”	125
APÊNDICE III: Cartaz Informativo: “Intervenções Não-farmacológicas do Uso do Som na Pessoa em Situação Crítica em contexto do Serviço de Urgência Geral”.....	131
APÊNDICE IV: Póster para o III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro: “Utilização do Som na Pessoa em Situação Crítica: scoping review”	135

APÊNDICE V: Folheto Informativo: “Guia de Orientação para o Utente - COVID-19”	139
ANEXOS	143
ANEXO I: Certificado de Participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro	145
ANEXO II: Certificado de Formação Avançada “Palliative care in critically ill patients (ICU and Emergency Dep)”	149
ANEXO III: Certificado de Formação “Curso de Prevenção e Tratamento de Feridas – Da Evidência à Prática”	153
ANEXO IV: Pedido de Submissão para Publicação da Scoping Review: “Intervenções Não-farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”	157

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), lecionado pela Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), foi preconizado na realização de um relatório integrado na unidade curricular intitulada de “*Relatório Final e Estágio*”.

Este mestrado, tem por base o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2019), e a realização deste, surgiu em resposta ao interesse pela procura da excelência do exercício profissional numa área que sempre me despertou interesse, o cuidado à PCS.

Este relatório, tem como objetivo, ser um instrumento de extrema importância, que demonstre o meu processo de aprendizagem, através de uma análise crítica e reflexiva, do meu desenvolvimento na aquisição de competências e aprofundamento de conhecimentos, analisando, igualmente, as aprendizagens e experiências vivenciadas, bem como as atividades realizadas e situações de melhoria detetadas com as respetivas estratégias desenvolvidas em distintas áreas que enquadram a especialização e o mestrado.

Este foi elaborado, tendo por base dois eixos centrais: o primeiro eixo, engloba a vertente de investigação, de modo a contribuir para o conhecimento próprio da disciplina de enfermagem e para o desenvolvimento de investigação na área, que colmatou com a realização de uma *scoping review*, intitulado de “*Intervenções Não-farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica*”, em que a mesma se encontra em processo de submissão para publicação em revista indexada à Scopus (em fase de pareciação dos revisores científicos) (ANEXO IV); e o segundo eixo, que alude ao cuidado

especializado, com a avaliação das aprendizagens adquiridas e competências desenvolvidas em dois momentos distintos.

As competências adquiridas, desenvolvidas e aprofundadas, apresentadas neste relatório, integram as competências comuns do enfermeiro especialista, descritas no Regulamento n.º 140/2019; as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, determinadas no Regulamento n.º 429/2018; ambas definidas e publicadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O desenvolvimento de determinadas competências foram mais desafiantes e/ou desgastantes, face a outras, devido à pandemia vivenciada. A sobrecarga horária, as alterações no quotidiano profissional e familiar, concomitantemente com todo o trabalho desenvolvido e apresentado neste relatório, levaram por vezes, à exaustão física, emocional e mental, mas a resiliência, a coragem e a dedicação colocada nesta fase foram cruciais para a realização deste mestrado.

O relatório, encontra-se igualmente orientado para os estágios inseridos na componente prática do mestrado, como referido anteriormente em três momentos distintos, sendo que no primeiro momento da análise do processo de aprendizagem no meu desenvolvimento de competências especializadas, dou especial ênfase às competências prévias existentes, onde destaco a minha experiência profissional, justificando a escolha desta especialidade

O segundo e terceiro momento, descrevo, analiso e reflito as minhas competências de enfermeira especialista adquiridas em dois contextos, primeiramente num Serviço de Urgência Geral (SUG) e posteriormente, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Cirurgia Cardiorácica.

De salientar, que apesar dos locais de estágio terem sido aceites por mim, os mesmos sofreram alterações na sua eleição final, devido à situação pandémica vivida no nosso país, dificultando a escolha dos mesmos.

Será preservado o anonimato dos serviços e seus envolventes durante todo o relatório, pois a sua revelação não apresenta benefício pedagógico. Por tal motivo, algumas fontes e referências bibliográficas foram omitidas de forma intencional.

Na realização deste trabalho utilizei, como norma de referência bibliográfica, as normas da American Psychological Association.

Por fim, o relatório encontra-se organizado em três capítulos diferenciados.

O primeiro capítulo é dedicado ao enquadramento conceptual desenvolvido, englobando o fenómeno de investigação em estudo, tendo por base a *scoping review*

elaborada, centrada no fenómeno de investigação deste relatório, intitulado de *“Intervenções Não-farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”* (APÊNDICE I).

O segundo capítulo, insiro a análise do processo de aprendizagem no desenvolvimento de competências especializadas, sendo primeiramente a análise crítica e descritiva da minha prática profissional, onde apresento as atividades desenvolvidas e os desafios constantes com os quais me debruço no meu quotidiano profissional e a necessidade do aprofundamento do conhecimento especializado, e posteriormente, incluo separadamente os dois contextos onde foram realizados os estágios. Importa referir, que em cada momento, existiu um elemento condutor, com a elaboração de um projeto de estágio, através de reflexões diárias e críticas na e sobre a prática, e igualmente, foram deixados em cada local contributos, que resultaram de estratégias que viabilizassem a implementação de medidas ou meios que fossem uma mais-valia para processos de mudança nos serviços.

Por último, apresento em modo de conclusão, as considerações finais, onde avalio a concretização dos objetivos, analiso de forma crítica a construção e desenvolvimento do meu processo de aprendizagem, bem como este irá ter implicações na minha prática.

No contexto da área de especialização deste mestrado, o foco do cuidado de enfermagem é a PSC e sua família, sendo que esta encontra-se relacionada quer com a gravidade da doença, bem como com a dependência física, emocional e social da mesma, é importante definir um conceito crucial que estará presente na realização deste relatório e em todo o meu percurso profissional, a PSC.

A pessoa é o conceito condutor transversal do cuidado de enfermagem e que será fulcral neste relatório, sendo que na prática de enfermagem atual, a pessoa é apresentada em diferentes conceitos metaparadigmáticos (enfermagem, pessoa, saúde e ambiente), pelos quais se define. Estes conceitos estão em concomitante relação com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), definidos pela OE (2017), em que o enquadramento conceptual, evoluiu para a construção dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Num ponto de vista do modelo biomédico, existe a definição da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p.9), em que esta define a PSC como *“aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica”*.

Esta definição, apesar de centrada no modelo biomédico, adapta-se igualmente na enfermagem, inclusive, a OE (2018), reforça que a PSC, é uma pessoa que se encontra com

a sua vida ameaçada, a vivenciar processos complexos de doença crítica, sendo que lhe são prestados cuidados altamente complexos e qualificados de forma contínua pela equipa de enfermagem, tendo esta, um cuidado mais direcionado para as necessidades e as respostas humanas afetadas, com o intuito de a pessoa vir ter a uma recuperação o mais saudável possível.

No decorrer da sua evolução e enquanto profissão, a enfermagem é regulamentada pela OE e pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). Estes reconhecem que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, é aquele que presta cuidados gerais e especializados à pessoa e sua família, devendo ser dotado de capacidades e competências que promovam a criação de uma relação terapêutica com a pessoa e sua família (OE, 2015).

Como futura enfermeira especialista, para desenvolver determinadas competências, realizo uma reflexão intrínseca sobre a minha visão atual e como pretendo vir atuar num futuro próximo. Considero assim, que para traçar objetivos coerentes, exequíveis e aplicáveis, advém de uma formação ponderada e reflexiva, que se espero demonstrar neste relatório.

O desenvolvimento das competências que me permitirão crescer enquanto enfermeira especialista, deverão ser centradas em alguns pilares da profissão. Deste modo, procurei fundamentar as minhas intervenções no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, de acordo com a OE (2019), sendo que estas serviram como orientação para delinear os objetivos que foram propostos para o desenvolvimento de competências em contexto clínico.

Devo destacar, que o enfermeiro especialista, viu ser-lhe atribuído, nos termos dispostos na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da OE, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, o reconhecimento da competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem, que tive igualmente em conta, para a aquisição e evolução de competências e capacidades (Ministério da Saúde, 2018a).

As competências comuns do enfermeiro especialista, envolvem as dimensões da educação das pessoas e dos seus pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. (OE, 2019).

O recurso a referenciais teóricos para orientar a minha prática especializada, contribuíram para uma atuação mais completa, coerente e direcionada, onde a colheita de dados, formulação de diagnósticos, planejamento de intervenções e definição de resultados, bem como a sua avaliação, tiveram por base o mesmo fio condutor teórico (McEwen e Wills, 2009).

A enfermagem exposta nos modelos teóricos, apela, cada vez mais, à necessidade de cuidado compreendido pelos profissionais ou manifestados pelas pessoas e/ou cuidadores, sendo igualmente, guias orientadores para uma prática de excelência (Paiva, 2016).

Assim, enquadrando a profissão de Enfermagem nos diferentes referenciais teóricos, tendo por base a evidência científica, mobilizei conhecimentos de diferentes teóricas na estruturação do meu pensamento em Enfermagem, nomeadamente, o Modelo de Conceção Ideológico de Jean Watson, enquadrado na escola do cuidar, à luz da Teoria do Cuidado Humano, bem como, a aplicabilidade das teorias de médio-alcance, como o caso do Modelo das Transições de Vida de Afaf Meleis e da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, e por último em articulação com os restantes referenciais teóricos, apliquei igualmente o Modelo de Iniciado a Perito de Patrícia Benner. (Alligood e Tomey, 2011).

No paradigma atual em que se encontra a enfermagem, o paradigma da transformação, existe uma teoria de médio-alcance de elevada importância, o Modelo das Transições de Vida de Afaf Meleis.

Este modelo, menciona que cada pessoa é única e irrepitível, e esta tem a capacidade e possibilidade de ser agente e parceiro nas decisões de saúde que lhes dizem respeito. Refere igualmente, que a pessoa é um ser ímpar, maior do que a soma das suas partes, multidimensional e indissociável do seu universo (Meleis, 2012).

Meleis, afirma algo que considerei crucial para a minha prática profissional e foi uma das principais justificações para a escolha destes referenciais teóricos. Esta afirma que a família dever ser simultaneamente alvo da intervenção terapêutica por parte do enfermeiro, pois a família encontra-se a vivenciar um processo de transição do tipo situacional, não sendo apenas a pessoa a vivenciar uma transição de saúde-doença. O que a família vivência é de extrema relevância para a pessoa e para o enfermeiro, pois influencia o cuidado de enfermagem (Meleis, 2012).

Uma outra teórica que tive em atenção no meu desenvolvimento académico e profissional, foi Katharine Kolcaba. Esta teórica considera que o conforto é de benéfico no cuidado, tendo contextualizando-o como um objetivo da enfermagem (Apóstolo, 2009).

Este estado de conforto referido por Kolcaba (2003), é definido como, sendo vivenciado de forma única e holística pela pessoa à qual presto cuidados, através da satisfação das necessidades de conforto (tranquilidade, alívio e transcendência), nos diferentes contextos que experiencia, nomeadamente no contexto físico, psicoespiritual, social e ambiental.

A pessoa que recebe as medidas de conforto adequadas, apresenta um elevado potencial de melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem, sendo assim, justificativa a presença desta teórica na minha prática.

Jean Watson esteve igualmente presente na minha prestação de cuidados de enfermagem.

A teoria do cuidar transpessoal, enfatiza o cuidado humanístico, atendendo a pessoa nas suas diversas dimensões: biopsicológica, espiritual e sociocultural, em que o objetivo da enfermagem é ajudar a alcançar o mais elevado grau de harmonia entre mente-corpo-alma (Nascimento e Erdmann, 2006).

Por fim, é de salientar o trabalho desenvolvido por Patrícia Benner, que foi igualmente um alicerce durante o meu percurso académico, pelo seu modelo de aquisição de competências.

Através do seu trabalho “*De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*”, esta engrandece a experiência profissional, considerando que a aprendizagem experiencial, no processo de aquisição e análise de competências, baseada na aprendizagem clínica e no conhecimento articulado, está inerente à prática de enfermagem, sendo crucial relacionar o conhecimento da prática à teoria, sem negligenciar a componente ética (Benner, 2005).

A mesma autora, refere que a construção de conhecimentos, é desenvolvida e aprimorada ao longo do percurso profissional e advém da experiência adquirida do mesmo, referindo que o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, comunicar eficazmente, ser responsável e criativo, ser flexível, um profissional capaz de tomar decisões, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. (Benner, 2005)

Todas estas características mencionadas, foram tidas em conta, para desenvolver e potenciar o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista.

A conduta ética e deontológica responsável, foi um dos valores presentes no meu quotidiano profissional e formativo, com especial ênfase no desenvolvimento de competências inerentes à prática profissional.

Os padrões éticos profissionais, como refere a OE, exigem uma vertente humanizadora, em que esta supera a qualquer qualidade técnica e científica. Estes padrões vão de encontro a um dos referenciais teóricos, que foi tido em conta na elaboração deste relatório, a Escola do Cuidar, em que Jean Watson salienta e reforça, que a gentileza e a dignidade deverá estar sempre presente, de modo a poder ver e respeitar a pessoa como um todo (OE, 2011).

Em suma, o presente trabalho acompanha uma metodologia descritiva, interligando inúmeros fatores: as minhas experiências, as minhas vivências, o meu desenvolvimento e aquisição de competências ao decorrer do percurso realizado em cada momento de estágio, através da elaboração de uma reflexão e análise crítica, de modo a adquirir ou aprimorar as competências exigidas ao enfermeiro especialista em PSC.

1. ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO

Neste capítulo, será apresentada a problemática da investigação, a sua contextualização e os principais resultados obtidos da *scoping review* realizada, que se encontra na íntegra no APÊNDICE I deste relatório, sobre uma temática considerada pertinente para uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem. Esta revisão, foi igualmente submetida para publicação em revista indexada à Scopus, encontrando-se ao momento da realização do relatório, em análise pelos revisores científicos (ANEXO IV).

A sua realização permitiu desenvolver conhecimentos e capacidades baseadas na evidência científica atualizada para melhorar a minha prestação de cuidados de enfermagem e sensibilizar os meus pares para essa necessidade.

Definiu-se como objetivo desta investigação: mapear as intervenções não-farmacológicas com o uso do som à PSC. E dar resposta a qual a sua aplicabilidade e, respetivos benefícios.

A PSC 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 (Yaman e Karabulu, 2015; Puntillo et al., 2013).

Perante esta vivência por parte da PSC, o desafio de enfermagem passa por descobrir formas de reduzir as experiências indutoras de stress.

No âmbito dos domínios da prática profissional, ética, legal e do desenvolvimento profissional e tendo em consideração que os enfermeiros são profissionais que estão próximos das pessoas, torna-se emergente a utilização de intervenções autónomas de enfermagem e desta forma proporcionar a satisfação da pessoa, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2001).

Surge assim a necessidade de compreender e refletir sobre a possibilidade da utilização do som perante o cuidado, glorificando o seu potencial de intervenção autónoma de enfermagem, para o controlo da dor e dos agentes stressores da PSC. Ressalvando que a musicoterapia propriamente falando, essa só pode ser utilizada por profissionais com formação na área.

Com base na mnemónica PCC (população, conceito, contexto) preconizada pela Joanna Briggs Institute, questionou-se: Quais as intervenções não-farmacológicas da utilização do som [C] no cuidado à PSC [P] em UCI [C].

As vantagens de incorporar terapias complementares nos cuidados de enfermagem incluem: melhoria da qualidade de vida e cuidado de enfermagem; a pessoa-alvo e familiares podem ser envolvidos e capacitados; apresentam resultados positivos de saúde podem ser alcançados, incluindo alívio dos sintomas (James, 1999).

Deste modo, a utilização da música ou outras com uso do som são intervenções que promovem conforto da PSC, consolida a autonomia do enfermeiro que influencia o ambiente do cuidado, são temas a considerar (Fredrikson, Hellstrom e Nilsson, 2009).

Para compreender-se melhor a abordagem do tema, deve-se primeiramente definir conceitos inerentes. Tratando-se o som de uma perceção sensorial e, dependendo do padrão das ondas geradas, é reconhecido como música, discurso ou qualquer dos inúmeros ruídos ambientais aos quais estamos continuamente expostos (Schulte-Fortkamp, 2002; cit. Pope 2010).

Em Portugal, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013), apenas se pode considerar que as pessoas estão confortáveis quando têm esse sentimento de conforto a nível dos cinco sentidos.

Mencionando o Conforto Acústico, este refere-se aos ruídos internos, externos e a existência de som ambiente, podem ajudar a tornar o ambiente mais agradável, devendo ser dada a opção às pessoas entre o silêncio ou estes sons suaves ou da natureza (DGS, 2013).

De acordo com a OMS, os principais problemas de saúde detetados são ao nível da depressão e dos sistemas cardiovasculares, respiratório e músculo-esquelético. Considerando-se que o grau de reação ao ruído hospitalar é maior, quanto maior o grau de doença dos utentes hospitalizados ou quanto maior a sua faixa etária (Lazarus, 1968; cit. Akansel e Kaymakçi, 2008).

Por conseguinte, torna-se fulcral determinar outras estratégias, para além das farmacológicas, que possam complementar o controlo da dor e ser geridas por enfermeiros autonomamente.

Se olharmos em retrospectiva, podemos concluir que nos últimos anos tem havido um aumento no uso das terapias complementares, recorrendo a intervenções não-farmacológicas.

São descritos como benefícios destas, o facto de terem poucos ou nenhuns efeitos secundários, possibilidade de controlo e envolvimento no processo de tomada de decisão sobre tratamentos e serem técnicas menos invasivas. De acordo com Cassileth e Gubili (2010) as terapias complementares podem atuar através de efeitos analgésicos diretos, de uma ação anti-inflamatória ou por distração, com o objetivo de alterar a percepção da dor e reduzir este sintoma, assim como ajudar a relaxar, melhorar o sono ou diminuir os vómitos, a ansiedade, a depressão, as náuseas e a neuropatia. Para estes mesmos autores, quando as terapias complementares são usadas em conjunto com um regime farmacológico é possível melhorar a eficácia e reduzir os custos.

Podemos tomar como exemplo de uma técnica de relaxamento durante o internamento da pessoa, a musicoterapia.

A utilização da música com um desígnio profissional, tendo intervenções em contextos clínicos, educativos e sociais distintos, com indivíduos, famílias, grupos e comunidades, potencia a promoção do bem-estar a nível físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e com melhoria da qualidade de vida, pois a música estimula diversas funções específicas do cérebro, como a memória e o estado emocional, podendo induzir um estado de relaxamento, resultando na melhoria do humor e aumentando assim a motivação da pessoa. Tratando-se esta de uma prática segura, sem custos e de uma intervenção autónoma que os enfermeiros podem facilmente incorporar nas rotinas de cuidados (Cole e LoBiondo-Wood, 2014).

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

A maioria dos estudos focaram-se em variáveis fisiológicas e psicológicas, embora os resultados centrados na pessoa precisem ser investigados, incluindo a longo prazo, numa perspetiva de um internamento numa UCI. Nesse sentido, a utilidade do uso do som em relação ao desempenho e trabalho do cuidador em contexto de UCI foi avaliada. Além de que, a audição de música não controlada ainda precisa ser demonstrada, especialmente do ponto de vista de custo-benefício na UCI. No entanto, o uso indiscriminado de intervenções musicais na UCI, sem uma verdadeira relação terapêutica para fins de relaxamento, pode levar ao abandono dessas promissoras terapias adjuvantes. (Messika et al, 2016).

No contexto de uma UCI, a PSC sob ventilação mecânica invasiva quando exposta a música, demonstra 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).

Também podemos considerar, 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 pessoas sob ventilação mecânica; pois sons familiares aumentam o LOC (*locus de controllo*) interno do indivíduo (Bahonar, Ghezeljehe 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 co-morbilidades associadas. Para a sua aplicação, os enfermeiros, estão numa posição privilegiada, atendendo a que esta terapia é facilmente conciliável com os cuidados inerentes à pessoa em contexto de UCI (Aghaie et al., 2013).

O uso de N-BS permite ao hospital ter um ambiente mais tranquilo e reconfortante, neutralizando sentimentos de dor e ansiedade (Cutshall et al., 2011).

Tanto a terapia musical, como a musicoterapia e a N-BS têm em comum potenciais benéficos para a pessoa, na medida em que estas têm efeitos de distração, influenciam o estado psicofisiológico, gerando a sensação de bem-estar, o que se traduz na redução do quinto sinal vital, 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, 2007; Almerud e Petersson, 2003).

De forma comum, estas apresentam baixo risco e baixo custo na sua implementação. Destas, a musicoterapia é a mais utilizada, pois tem grande eficácia comprovada (Golino et al, 2019) mas, também pelo facto de os profissionais de saúde não estarem sensibilizados para a N-BS (Bahonar, Ghezeljehe Haghani, 2019).

As terapias descritas vão de encontro ao cuidado em enfermagem e estas podem ser executadas de forma autónoma, mas a sua não dinamização e implementação prende-se ao

constrangimento do rácio de enfermeiros por turno e conseqüentemente, o número de pessoas doentes atribuídas a cada profissional (Yaban, 2018).

De acordo com os estudos analisados, verifica-se que a musicoterapia e a N-BS são técnicas que poderiam estar cada vez mais presentes no cuidado à PSC. Tanto pelo seu baixo custo, como pelas vantagens para a pessoa internada. Decorrente da análise dos estudos, considera-se que esta deve ser uma intervenção não-farmacológica da responsabilidade do enfermeiro, deste modo uma intervenção autónoma de enfermagem. Atendendo ao seu cariz ser único e exclusivamente de iniciativa e responsabilidade por parte do enfermeiro (OE, 2015).

Apesar de não ter sido possível implementar os resultados finais e conclusões, resultantes da pesquisa, foi possível durante os estágios, verificar e assistir a aplicabilidade de intervenções que foram descritas aquando da realização da pesquisa, bem como ter oportunidade de participar no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Lisboa, do ICS da UCP, com um póster sobre o estado da arte do objeto de estudo desta revisão (APÊNDICE IV).

2. ANÁLISE DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA

Neste capítulo, procurei realizar uma análise aprofundada das competências comuns e específicas adquiridas e desenvolvidas durante a minha prática clínica nesta área de especialização e ao longo do meu percurso profissional.

Estas competências, como já referidas anteriormente neste relatório, regem-se pelos regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018; ambos definidos e publicados pela OE.

Primeiramente será abordada a minha experiência profissional, onde justifico a escolha desta área de especialização e de que modo esta influenciou a minha aquisição de competências.

Posteriormente, irei abordar os locais de estágio, onde iniciarei cada subcapítulo, com a justificação da escolha dos locais e sua posterior análise.

Como **objetivo principal**, e que se encontra transversal a ambos os campos de estágio, defini:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e comunicacionais no cuidado de enfermagem especializado à PSC e sua família.

Foram muitas as experiências e situações vividas que me permitiram desenvolver competências e que serão descritas e avaliadas nestes subcapítulos, nomeadamente no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo estas comuns aos diferentes campos de estágio, e enquadradas neste objetivo principal, porém cada local tem os seus objetivos específicos que se encontram enquadrados nas competências específicas do enfermeiro especialista e no meu fenómeno de investigação em estudo, as intervenções não-farmacológicas com utilização do som no cuidado à PSC.

2.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A minha experiência profissional foi a razão que impulsionou a escolha desta área de especialização, pois exerci funções enquanto enfermeira de cuidados gerais, no serviço de Cardiologia, Arritmologia e Unidade de Cuidados Coronários (UCC), no hospital em que realizo a minha atividade profissional, bem como a minha posterior transferência dentro do mesmo, para a Unidade de Contingência de Internamento Médico (UCIM), onde desenvolvi determinados projetos e tinha distintas funções do serviço anterior, mas sempre envolvida na prestação direta de cuidados à PSC..

Outro contributo para a minha evolução profissional e que se enquadra na escolha da especialização e do mestrado, foi a realização da Pós-Graduação em Saúde do Adulto em Situação Crítica em 2019, lecionada pela UCP.

Patrícia Benner (2005, p.16), esta defende que a competência profissional é desenvolvida ao longo da vida profissional, de forma gradual e temporal, nos contextos de trabalho, independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, afirmando que *“compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer. Estudar uma prática socialmente organizada permite uma reflexão coletiva que pode construir o conhecimento e criar novas agendas para a investigação”*.

O serviço de Cardiologia, Arritmologia e UCC, do hospital onde exerço funções, apoia-se em várias práticas diferenciadas de diagnóstico e cuidados, que requerem formação singular, com conhecimento amplo das indicações de utilização, execução e interpretação de determinados resultados e diagnósticos.

Desde que iniciei funções em meio hospitalar, nomeadamente desde outubro de 2015, a minha atividade profissional tem-se centrado na prestação de cuidados à PSC.

O serviço de Cardiologia, engloba dezanove unidades de internamento, que se destinam a diferentes áreas de subespecialização, nomeadamente Cardiologia de Intervenção e a Eletrofisiologia Cardíaca, sendo que, a estas estão associadas necessidades de manusear equipamentos médicos específicos e do uso de dispositivos de elevado custo, merecendo um tratamento e conhecimento diferenciado.

O serviço admite faixas etárias dispare, predominantemente adultos com idades superiores a 40 anos e idosos, de diferentes áreas geográficas do país, sendo que se trata de uma área médico-cirúrgica. Engloba inúmeras técnicas diagnósticas não invasivas, de modo a apoiar o tratamento, dispondo igualmente de uma sala de pequena cirurgia, onde existe a capacidade de realização de inúmeras técnicas invasivas, como a colocação de pacemaker cardíaco definitivo ou provisório, implantação de cardiodesfibrilhador e a realização de estudos eletrofisiológicos.

Segundo Monteiro et al. (2020), este refere que a abordagem contemporânea da pessoa com doença cardíaca crítica, exige cuidados de saúde altamente especializados, com equipas com formação e experiência em duas áreas distintas da medicina: cardiologia e medicina intensiva.

O serviço dispõe de uma unidade de cuidados diferenciados interligados com medicina intensiva, a UCC, onde maioritariamente exerci funções, cuja atividade, está interligada com o apoio do laboratório de hemodinâmica e urgência, ou qualquer situação de instabilidade hemodinâmica. Trata-se de uma unidade com seis unidades de internamento, com monitorização eletrocardiográfica e hemodinâmica, tendo suporte de técnicas dialíticas, quando necessário. As pessoas admitidas nesta unidade, tal como os do serviço de Cardiologia, enquadram-se em idênticas faixas etárias, sendo que a prestação de cuidados de enfermagem destes é distinta, pois necessitam de cuidados imediatos e diferenciados com uma ou mais funções vitais em risco imediato, sendo pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica, permitindo prever possíveis complicações e possíveis incapacidades ou limitações.

A unidade supramencionada é considerada de nível I, o que é equivalente a uma Unidade de Cuidados Intermédios e está integrada na gestão e organização da UCI do hospital. Esta unidade, admite pessoas com risco ou em falência orgânica, sendo que eu, enquanto enfermeira, vigiava e monitorizava a pessoa de forma não invasiva ou invasiva quando estritamente necessário e articulava-me com outras unidades (Ministério da Saúde, 2011).

Porém esta unidade, apresenta algumas características de unidade de nível II, pois tem monitorização invasiva e tem a capacidade de proporcionar suporte de órgão, com exceção da ventilação mecânica invasiva (VMI), e não tem acesso permanente a meios de diagnósticos e a especialidades diferenciadas (Ministério da Saúde, 2011).

Uma outra particularidade deste serviço, dá-se ao facto de ser centro de tratamento na área de Hipertensão Pulmonar, onde se realiza o diagnóstico, tratamento e em casos

específicos encaminhamento para centro de referência cirúrgico desta patologia, bem como a realização de estudos clínicos da mesma.

Enquanto enfermeira de cuidados gerais, prestei cuidados diretos a estas pessoas que estiveram internadas. Citando o Ministério da Saúde (2018b, p.5), um centro de referência é *“uma unidade prestadora de cuidados de saúde, com reconhecidos conhecimentos técnicos, na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade aos doentes com determinadas situações clínicas, que exigem uma especial concentração de recursos ou de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no diagnóstico ou tratamento e aos custos elevados dessas mesmas situações”*.

Referente ao nível organizacional e de recursos humanos, o serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, sendo no total trinta e oito enfermeiros, destes, três encontram-se ligados à área da gestão, nomeadamente a enfermeira-chefe e as duas enfermeiras adjuntas, encontra-se enquadrado na norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (OE, 2014).

Perante a análise do estilo de liderança de Goleman et al (2002, p.93), este serviço apresenta uma liderança por pressão, que é representada por líderes *“que esperam excelência dos outros e exemplificam-na neles próprios, (...) esta pode ter muito êxito, especialmente em áreas técnicas, com profissionais altamente especializados”*.

O método de trabalho adotado em qualquer área do serviço é o individual, em que o enfermeiro é responsável pelos cuidados prestados às pessoas que lhe são atribuídas. Este centra a sua atenção e trabalho, nas necessidades das pessoas, valorizando a personalização e individualização dos cuidados (Silva, 2017).

Por fim, no serviço de Cardiologia, exerci funções no grupo de trabalho de análise de satisfação, que tinha como função avaliar e monitorizar a satisfação da pessoa internada durante a sua estadia de modo anónimo, por forma de um questionário, onde trimestralmente eram analisados os dados dos mesmos.

Durante o meu percurso profissional, até me alocar à UCIM, realizei trabalho extraordinário no SUG do hospital, ao qual considero ser um fator potenciador do aumento de conhecimento e competências na prestação de cuidados de enfermagem à PSC.

O serviço onde me encontro a exercer funções de momento, a UCIM, considera-se como uma unidade polivalente de apoio ao internamento e ao SUG do hospital onde exerço funções, dotada de instalações, equipamento e pessoal, capaz de assegurar um tratamento eficaz nas diversas especialidades médicas e cirúrgicas existentes no hospital.

As pessoas admitidas são, na sua maioria, adultas e idosas com necessidade de internamento imediato de curta duração, que necessitam de supervisão e prestação de cuidados diferenciados, com monitorização eletrocardiográfica e com necessidade de suporte ventilatório não invasivo, consoante o seu quadro clínico, de modo a evitar complicações inerentes à patologia justificativa de internamento. Por vezes, elas apresentam um registo de inúmeros antecedentes pessoais médicos, sendo que este contexto exige uma perícia técnica, aprofundamento constante de conhecimento e um desenvolvimento de competências específicas (Pires, 2015).

Os enfermeiros da unidade são incentivados a contribuir para a promoção e desenvolvimento de atividades nas diversas áreas de intervenção, nomeadamente de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, obedecendo sempre ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Sousa, 2015).

No serviço supracitado, exerço funções de chefia de equipa, como principais funções nesse papel, assume-se o de enfermeiro responsável de turno no horário rotativo de trabalho, sendo igualmente responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem e sua devida organização, bem como, supervisão e organização do trabalho dos assistentes operacionais, gestão de recursos materiais e equipamentos e articulação constante com outros serviços ou unidades hospitalares.

Assumo igualmente, funções de enfermeira responsável pela dinamização dos PQCE, sendo por consequente, da minha responsabilidade, a implementação e monitorização dos PQCE, com particular pertinência para a formação da equipa de enfermagem sobre os mesmos e a sua contínua melhoria, em formato que obedece à estrutura definida pela OE, e que está incorporada no plano anual de formação do serviço.

Pertenço, igualmente, ao grupo de investigação do serviço, do qual é responsabilidade dinamizar as atividades no domínio da investigação em enfermagem no serviço, promover uma articulação efetiva com o núcleo de formação, ensino e investigação em enfermagem do hospital, dinamizar projetos de investigação e projetos de melhoria contínua no âmbito dos PQCE.

Por fim, e de maior interesse para a minha área de especialização, sou elemento participativo e coordenador do grupo de trabalho de Urgência e Emergência, sendo da minha responsabilidade dinamizar as atividades no domínio da temática da urgência e emergência, promover uma articulação efetiva com a Comissão de Reanimação do hospital, do qual sou

elemento de ligação do serviço, dinamizar projetos de intervenção e promover a implementação de estratégias de melhoria contínua neste âmbito.

A nível organizacional e de recursos humanos, é idêntico ao do serviço onde me encontrava anteriormente, trata-se de uma equipa multidisciplinar, em que o método de trabalho adotado é igual ao da Cardiologia, o método individual de trabalho. A equipa é composta por vinte e seis enfermeiros, dos quais três são especialistas, todos eles da área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Existem igualmente dois enfermeiros encontra-se ligados à área da gestão, nomeadamente o enfermeiro gestor e a enfermeira adjunta, encontrando-se o serviço dentro das dotações seguras normalizadas pela OE.

De salientar, que este serviço apresenta uma liderança democrática, que segundo Goleman et al (2002, p.91) e citando o mesmo, *“o estilo democrático assenta em três competências da inteligência emocional: o espírito de equipa e de colaboração, a gestão de conflitos e a influência (...) que recorre aos contactos de pessoa a pessoa e às reuniões onde ouve as preocupações dos empregados e das partes interessadas para lhes elevar a moral.”* Esta tipologia de líder *“transmite o sentimento de que deseja realmente conhecer as ideias e preocupações dos empregados - e de que tem disponibilidade para o fazer (...) é um verdadeiro colaborador, trabalha com espírito de equipa e não como chefe que dá ordens a partir do topo.”*

Perante a descrição das funções e atividades desenvolvidas, desde o meu ingresso no ambiente hospitalar, considero que incluí inúmeras competências comuns e igualmente, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC, principalmente a nível **do domínio das aprendizagens profissionais e da gestão de cuidados** (OE, 2018; OE, 2019).

Neste domínio, saliento o equilíbrio constante que tento manter entre o meu lado profissional e o meu lado pessoal, realizando formação contínua onde incluo temáticas de interesse profissional, bem como igualmente onde apresento lacunas.

Enalteço, a importância da formação contínua, quer no decorrer deste mestrado como no meu quotidiano profissional. Uma forma para colmatar algumas lacunas existentes, foi a realização de formações contínuas, de modo a atualizar e melhorar a minha prestação de cuidados à pessoa.

Lecionado no ICS da UCP, realizei o módulo de formação avançada, *“Palliative care in critically ill patients (ICU and Emergency Dep)”*, com a duração de doze horas, com obtenção de dois European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), com aproveitamento (ANEXO II).

Posteriormente, durante a realização do primeiro estágio, realizei um curso direcionado para a prevenção e tratamento de feridas, intitulado de *Curso de Prevenção e Tratamento de Feridas – Da Evidência à Prática*” em formato *E-Learning* pela Cefolgest-Braga, de modo a aumentar e aprimorar o conhecimento na área, tendo igualmente tido aproveitamento (ANEXO III).

Na procura constante pela melhoria na qualidade na assistência à saúde de quem cuida, procuro através da utilização de resultados de pesquisas na prática baseada na evidência (PBE). Segundo Carmago et al. (2018), esta pode ser considerada como uma abordagem de solução dos problemas ocorridos na prestação direta de cuidados em saúde, pois a PBE integra a melhor evidência proveniente de estudos bem delineados e combina com as preferências e valores da pessoa-alvo dos cuidados e da experiência do profissional de saúde.

Por ser elemento responsável por inúmeros projetos e áreas, ao longo do meu percurso profissional, este confere-me um desenvolvimento de competências formativas.

Saliento que para além duma PBE, apresento igualmente uma atuação assertiva sob pressão, de forma a prevenir a sua interferência nas boas práticas de enfermagem, nomeadamente em situações críticas e situações de pressões organizacionais.

Por último, evidenciando o **domínio da gestão de cuidados**, em que considero a articulação de cuidados com a equipa multidisciplinar, como uma das competências desenvolvidas, nomeadamente pelas funções que assumo, como é o caso da otimização do trabalho de equipa, onde desempenho uma liderança assertiva, da responsabilidade de gestão do turno e do ambiente terapêutico, bem como, da partilha de responsabilidade de funções de gestão, quando necessária.

No **domínio das competências da responsabilidade profissional, ética e legal**, demonstro um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção, onde aplico diariamente os inúmeros pilares da nossa profissão, como o caso dos PQCE, o código deontológico da profissão e o REPE, desenvolvendo assim uma prática profissional, ética e legal na minha área de intervenção diária. Um exemplo disso, é que considero que uma tomada de decisão fundamentada essencial para uma prestação de cuidados segura, nomeadamente no que toca às responsabilidades profissionais.

Por fim, a nível das competências do **domínio da melhoria contínua da qualidade**, considero que ingresso em formações frequentes presenciais e em plataforma *E-Learning*, conforme a avaliação prévia das necessidades de melhoria importante, como referenciado anteriormente.

No meu caso, constatei necessitar de atualização de conceitos nos cuidados a feridas de diversas etiologias, bem como apresentar algumas lacunas de conhecimento, a nível dos cuidados paliativos em PSC, tendo procurado formação, de modo a colmatar essas falhas, em que os diplomas dos cursos realizados se encontram em ANEXO.

2.2. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O primeiro período do estágio final, decorreu num SUG de Adultos, inserido num hospital privado da região de Lisboa.

O estágio foi iniciado a 13 de fevereiro, este deveria ter sido constante e linear. Porém, devido à situação pandémica provocada pela COVID-19, o mesmo foi suspenso no dia 12 de março, tendo sido retomado no dia 6 de junho do presente ano, com data de término, de 26 de julho de 2020.

A 11 de março de 2020, a doença COVID-19, doença provocada pela infeção pelo coronavírus SARS-CoV-2, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia, e por consequente deu-se a adoção de várias medidas para conter a propagação da doença, nomeadamente a declaração de estado de calamidade e de emergência (Presidência do Conselho de Ministros, 2020). O sentimento vivido pela população era de incerteza em relação ao futuro. Eu, enquanto profissional de saúde, sentia-me como uma peça fulcral num jogo de xadrez incerto, e nós, enfermeiros, passámos a ser um elemento essencial nesta luta.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, no Artigo 3.º, alínea 1 b), o Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da PSC, dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, e como futura enfermeira especialista, o meu *mindset* para esta pandemia alterou-se completamente, alterei comportamentos, tomadas de decisão e principalmente métodos de trabalho, muitos deles, influenciados pelos acontecimentos adquiridos neste mestrado.

Seguindo o Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença COVID-19, foi necessário que cada organização ativasse o seu plano de contingência, como o caso do meu local de trabalho e de estágio (DGS, 2020).

A grande procura dos serviços de saúde e o elevado absentismo dos profissionais de saúde, tornaram-se evidentes nas escalas de trabalho. O sucesso da resposta passava por

desenhar um plano em que os serviços envolvidos conhecessem o seu papel e estivessem preparados, de modo a assegurar uma resposta eficaz e segura.

Deste modo, o hospital onde trabalho, bem como o local de estágio foram reorganizados. No caso do hospital onde exerço funções, em constante mudança, foi organizado em duas partes distintas, a primeira metade para pessoas infetadas e suspeitas de infeção, a outra manteve-se para as restantes situações de saúde-doença, essas que não poderiam ser desvalorizadas, mesmo em plena pandemia.

Neste momento, os nossos quotidianos laborais e familiares foram totalmente alterados, expondo-nos a situações constantes de stress e pressão, por parte da incerteza da patologia. O cansaço acumulado com as férias canceladas, as folgas substituídas por turnos extraordinários, como o afastamento dos nossos familiares e dos momentos que tínhamos como garantidos, postos em causa, influenciou o nosso rendimento.

O medo apoderou-se perante o desconhecido da doença, sendo que o medo da responsabilidade de transmissão da doença para entes queridos era algo presente, em que a partir desse mês, a nossa família passou a ser a nossa equipa.

Apesar da incerteza diária em ambos os contextos em que me encontrava, o estágio teria de prosseguir, bem como as minhas capacidades e competências teriam de ser desenvolvidas, tendo sido retomado em junho.

A escolha deste local de estágio teve em conta inúmeros fatores.

Primeiramente, pela minha experiência profissional, sendo que atualmente exerço funções numa unidade que dá apoio direto ao SUG do hospital onde trabalho. Deste modo, tenho contacto constante com o mesmo e encontro-me igualmente a exercer funções, por via de trabalho extraordinário nele. Deste modo, tendo apenas o conhecimento do que é um SUG do serviço público, do Sistema Nacional de Saúde (SNS), e perante a possibilidade de vir a encontrar diferentes realidades, quis igualmente conhecer não só o conceito, como o modo de atendimento que difere o sistema público do privado.

Assim, a minha escolha, também teve em foco, um hospital, no qual eu não tivesse conhecimento da experiência profissional e do método de trabalho do mesmo, e que fosse distante da minha área de residência.

Para além dos motivos supramencionados, existem outros fatores que me levaram à escolha deste local, nomeadamente, este é certificado pela norma de qualidade ISO (Organização Internacional de Padronização) nº 9001, na total abrangência dos seus serviços de prestação de cuidados de saúde. A entidade certificadora é a International Certification

Services (SGS-ICS), tendo sido igualmente esta certificação de qualidade um fator importante na escolha do local de estágio.

A participação do hospital no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde para a área hospitalar, é regulada pela Entidade Reguladora da Saúde. No âmbito dos resultados de qualidade e segurança, o hospital em questão, criou e desenvolveu um programa próprio, com o qual pretende descrever o processo com o qual obtêm resultados, de modo a obter uma melhoria contínua, organizada e persistente, onde se observam esses resultados em diferentes áreas (Entidade Reguladora da Saúde, 2016).

Desse modo, antes de iniciar o estágio, dirigi-me ao hospital e tive oportunidade de me reunir com a enfermeira gestora. Conheci a dinâmica hospitalar/serviço e discuti os meus objetivos de aprendizagem, bem como o desenvolvimento de competências especializadas.

O SUG, tem como principal objetivo, a receção, o diagnóstico e o tratamento de diferentes patologias, nomeadamente com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar.

O relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência (Ministério da Saúde, 2019, p.2) define que *“relativamente à atividade assistencial, entendemos urgência como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão.”*

O Despacho nº10319/2014 publicado a 11 de agosto de 2014 em Diário da República, considera três tipologias de serviços de urgências: Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Serviço de Urgência Básico (Ministério da Saúde. 2014).

O SUG deste hospital, situa-se no piso 0, com fácil acesso pedonal, bem como de veículos pessoais e de emergência. Encontra-se dividido em duas valências, a de atendimento de vertente de adultos e outra de atendimento de vertente pediátrica. Tem como principal objetivo, o atendimento médico e de enfermagem diferenciado, que se encontra em funcionamento durante vinte e quatro horas. Trata-se de uma unidade independente, que articula com outras unidades existentes no hospital, classificando-se polivalente, segundo o despacho mencionado anteriormente.

A nível organizacional, o serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, com uma enfermeira gestora, cinco enfermeiros especializados em diversas áreas (três

enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e dois especialistas em enfermagem de reabilitação), trinta e seis enfermeiros generalistas, vinte e oito assistentes operacionais, uma equipa de limpeza de quatro elementos, e equipa médica presente, durante as vinte e quatro horas, enquadrado na norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem face à população que responde (OE, 2014).

O espaço do SUG de Adultos encontra-se em comunicação com o de Pediatria.

Este encontra-se disposto por diversas áreas, apresentando: (1) uma sala de triagem fixa e outra que só é ativada consoante o fluxo de pessoas inscritas; (2) uma sala de reanimação adaptada para as duas valências do serviço (pediátrico e adulto) com suporte de registo de eletrocardiografia e ecografia e suporte ventilatório, com material de abordagem à via aérea e circulação; (3) dois carros de emergência com desfibrilhador, quer na sala de reanimação, quer junto da sala de observação (SO); (4) dez unidades individuais de observação médica; (5) quatro unidades com capacidade de monitorização e observação clínica sem especialidade médica atribuída; (6) uma sala de pequena cirurgia; (7) uma sala de tratamentos com nove cadeirões; (8) um quarto de isolamento; (9) uma sala multimédia, e por fim, (10) uma maca de apoio para realização de eletrocardiografia.

Devido à situação pandémica, foi criada uma zona de isolamento para potenciais pessoas suspeitos ou infetadas por SARS-CoV-2, com existência de nove gabinetes de isolamento, com áreas de circulação devidamente identificadas.

Privilegia-se o método individual de trabalho, em algumas áreas, como o SO e a triagem, o método por tarefa encontra-se presente na sala de tratamentos e na sala de pequena cirurgia, porém o método de trabalho de equipa encontra-se evidente, nomeadamente na sala de reanimação.

O SUG conta com o apoio de um sistema informático elaborado especificamente para a unidade hospitalar, pela Glintt[®], em que é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Com base nos conceitos metaparadigmáticos, tento desenvolver igualmente a minha prática diária de enfermagem, tendo em conta as características de cada pessoa, a sua dinâmica familiar, o ambiente, as crenças, os conceitos pré-existentes e tudo o que envolve a pessoa, de modo a realizar cuidados de enfermagem com qualidade (OE, 2001).

Tendo por base um pensamento orientado para Benner (2005), considero que os estágios são essenciais para o processo de formação do enfermeiro, com a aquisição e aproveitamento das experiências vivenciadas que permitirão aumentar o conhecimento teórico e prático, apoiado pela evidência científica e da prática.

Neste sentido, a elaboração dos objetivos deste estágio, tiveram em conta o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Foram elaborados, de modo a questionar a minha prática, e aperfeiçoar o “*saber-ser*” e “*saber-fazer*”, onde integram-se as competências adquiridas com a experiência, bem como o conhecimento, que pretendo alcançar a esta especialização (Benner, 2005).

Para este estágio defini como **objetivo principal**, transversal a ambos os locais de estágio, apenas diferenciado o local de estágio, como referenciado anteriormente:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e comunicacionais no cuidado de enfermagem especializado à PSC e sua família, em contexto de SUG.

Tendo em conta os interesses pessoais, a especificidade do local e da especialidade em si, desenvolvi objetivos mais específicos enquadrados nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tendo deste modo, definido como **objetivos específicos**:

- 1- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à PSC e sua família, que está a vivenciar um processo de transição saúde-doença em contexto de SUG;
- 2- Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito das intervenções não-farmacológicas com utilização do som no cuidado à PSC.

Perante os objetivos específicos anteriormente descritos procurei dar visibilidade a determinadas competências, que considerei essenciais desenvolver, pois são pilares da enfermagem especializada (OE, 2019).

Uma responsabilidade profissional, ética e legal nos cuidados de enfermagem, esteve sempre presente na minha prática, em todas as atividades realizadas, supervisionadas e que foram delegadas, sempre que a situação o exigia.

No que toca à melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, foram diferenciados nos objetivos específicos idealizados por mim para este estágio, onde a mobilização de conhecimentos, a segurança da pessoa e sua família e a promoção de um ambiente terapêutico e seguro, estiveram sempre presentes, minimizando o risco clínico, como será evidenciado posteriormente neste subcapítulo.

No âmbito da gestão dos cuidados, tive a preocupação de desenvolver mais aprofundadamente esta competência, tendo sido desenvolvido um objetivo específico com esse mesmo intuito. Este teve em conta, o meu desenvolvimento enquanto enfermeira

especialista, pois com a mobilização adequada de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, consegui adequar a minha resposta ao contexto e principalmente demonstrar capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, adequando a gestão de recursos às situações existentes com vista à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Pude igualmente, ter um papel colaborativo no processo de decisão, gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa multidisciplinar. Concomitantemente com a minha enfermeira orientadora, tive oportunidade de gerir a distribuição dos profissionais pelos diferentes postos do serviço, consoante a sua experiência profissional e diferenciação académica, a realização de auditorias, gestão do uso racional de material pelas diferentes áreas do serviço, bem como, na articulação para o internamento ou para outras unidades hospitalares.

Desenvolvi igualmente capacidades de gestão e trabalhei capacidades de liderança, ao agir com mais autonomia e destreza perante situações de instabilidade e imprevisibilidade e igualmente ao delegar funções, bem como desenvolver o papel de chefia de equipa em parceria com a minha enfermeira orientadora.

Por fim, nos meus objetivos específicos, nomeadamente no segundo, procurei incluir competências do domínio das aprendizagens profissionais, onde abordo o fenómeno em estudo, tentando aplicar a PBE do mesmo, no meu local de estágio. Procurei igualmente demonstrar capacidade de autocontrolo, assertividade e autoconhecimento.

Posto isto, face ao meu processo de aprendizagem no SUG delineado com os objetivos definidos, estive em pensamento constante a existência de uma nova aprendizagem.

Perante um novo ambiente e com a experiência que tinha de um SUG de um hospital público, tentei aprender e aprimorar conhecimento e perícia, no modo de resolver os problemas que surgem e na abordagem à PSC, ressaltando a especificidade e a semelhança no cuidado nestes dois ambientes.

Nas primeiras semanas, foi realizada a integração ao serviço e na equipa. Este período foi imprescindível para o desenvolvimento de competências que se influenciaram diretamente com o sucesso da adaptação do profissional à organização, tentei mobilizar o máximo de conhecimentos que apresentava, de modo a potenciar esta integração.

Citando Carvalho (2016, p.11), "*o processo de integração é determinante no sucesso de adaptação do indivíduo à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho, uma vez que promove a aquisição de autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e o desenvolvimento de competências*", esta integração como

o autor refere, é igualmente uma competência do enfermeiro especialista, pois é da competência deste demonstrar capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, de forma a potenciar uma intervenção especializada e autónoma.

Como o estágio foi interrompido, devido à situação pandémica vivida, esta integração teve de ser novamente realizada. A dinâmica do SUG, aquando do meu regresso, tinha sofrido alterações, sendo necessário uma atualização de todas as alterações, para que a minha aquisição de autonomia fosse eficaz e essencial para o local de estágio, bem como para o desenvolvimento das minhas capacidades.

Deste modo, desenvolvi uma integração favorável na equipa multidisciplinar, podendo centrar-me nas diversas áreas em que queria absorver todo o conhecimento possível que se enquadrava na minha especialidade.

Considero esta integração crucial, pois, capacitou-me para desenvolver cuidados de enfermagem especializados, de forma progressivamente mais autónoma, refletindo criticamente na e sobre a prática, em conjunto com a enfermeira orientadora, estando constantemente presente a mobilização de conhecimentos, quer da minha formação profissional, assim como da formação pós- graduada desenvolvida, com o intuito final de promover competências de enfermeira especialista e contribuindo para a contínua melhoria da qualidade dos cuidados.

A oportunidade de vivenciar e participar em momentos aos quais não apresentava um nível de perícia prévio, permitiu adquirir e aprofundar novos conhecimentos diversos da minha área de especialização.

Uma das que tive oportunidade de participar, foi na admissão das pessoas no SUG, por via da realização da triagem. A minha atividade nesta valência, foi supervisionada pela enfermeira orientadora, pois apesar de prestar cuidados num SUG, esta valência não faz parte das minhas funções, e vi neste estágio, a oportunidade de desenvolver e mobilizar conhecimentos que não tinha.

De acordo com o artigo 12º do Despacho nº 0319/2014 publicado a 11 de agosto de 2014 em Diário da República, é obrigatória a implementação de sistemas de triagem no SUG, de modo que seja realizada a classificação de risco, em que tem por base, garantir que a pessoa seja observada no local, com a logística e pela equipa mais adequada, em tempo clinicamente aceitável (Ministério da Saúde, 2014).

Esta fundamentação do uso da triagem, foi igualmente descrita, pela DGS, na norma nº002/2018 publicada a 09 de janeiro de 2018, que refere que os SUG de adultos do SNS,

devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester (DGS, 2018).

Pude constatar no tempo que estive na realização da triagem, que o enfermeiro que se encontra neste posto, deve possuir determinadas características, principalmente, o que se diz na gíria comum, o “*olho clínico*”.

Segundo Benner (2005), desenvolveu um modelo de aquisição de competências, influenciado pela experiência, sendo um processo dinâmico aprimorado, no qual identifica cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

No caso do enfermeiro que realiza triagem, este deve encontrar-se num dos níveis mais elevados de competências, como o caso de perito. O profissional perito, que se enquadra no nível cinco, segundo Benner (2005), tem uma experiência distinta, compreende de maneira intuitiva cada situação. Este não se rege por protocolos, regras ou diretrizes. É um profissional flexível e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a ocorrência (Pinto, 2015).

Para Benner (2005, p.58), o enfermeiro perito “*tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis*” articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática,

Como tal, Anderson, Omberg e Svedlung (2006), referem que o enfermeiro que realiza a triagem, deverá ter: capacidade assertiva de orientar as pessoas a partir de pequenas informações sobre a história clínica, os dados clínicos e o exame físico orientado para a queixa, bem como, o conhecimento sobre lesões graves e determinadas patologias e intuição desenvolvida com a experiência, adquirida com a prática da triagem.

Em modo de contribuição para o desenvolvimento de diferentes objetivos estratégicos, nomeadamente na gestão dos cuidados de enfermagem é crucial garantir a segurança da PSC e sua família, deste modo existem determinadas competências que são importantes para garantir esta segurança a que me refiro, como o caso da comunicação (OE,2018; OE,2019).

A segurança da comunicação, seja verbal ou não verbal, apresenta-se como pedra basilar neste contexto de prestação de cuidados, dada a vulnerabilidade da pessoa alvo dos cuidados.

Desde o momento da admissão, a brevidade com que a pessoa pretende sentir a sua condição de saúde-doença é verificada, melhorada e colmatada. Deste modo, irei abordar

outras situações vivenciadas no estágio, onde participei ativamente e desenvolvi competências.

Entre essas competências abordarei, a comunicação adequada e adaptada a cada pessoa e contexto, a segurança das pessoas no SUG, o acolhimento da díade PSC-pessoa de referência/família, bem com o uso seguro dos medicamentos.

Para garantir qualidade e eficácia nos cuidados de enfermagem, por mim prestados, a comunicação é essencial quer para a pessoa submetida aos cuidados, quer a comunicação entre profissionais de saúde, sendo esta última, indispensável, pois de uma comunicação incoerente resultam erros e omissões, nomeadamente nos momentos de transição de cuidados, que podem advir de riscos para a pessoa, nomeadamente, na segurança da mesma, que já se encontra numa situação crítica.

Tendo em conta a importância da comunicação, devemos igualmente valorizar o acolhimento da pessoa no ambiente hospitalar, principalmente neste contexto de urgência.

O acolhimento da pessoa é de grande importância, este exige ajustamentos, tanto a nível mental, como emocional, pois a pessoa encontra-se num ambiente desconhecido, conduzindo-a a uma luta interior, que lhe irá permitir obter sentimentos de estabilidade e autocontrolo. Como extensão da pessoa, encontra-se a família que se sente afastada e angustiada pela falta de informações sobre o prognóstico do familiar (Gomes, 2008).

É neste contexto, que o enfermeiro da triagem, e de modo geral, o enfermeiro do SUG, apresenta um papel fundamental no acolhimento, pois é o profissional de saúde com o qual se realiza o primeiro contacto, e são os profissionais que estão junto do mesmo, no momento da incerteza sobre o quadro clínico que o levou a recorrer ao SUG, de modo que este acolhimento irá influenciar não só na permanência no hospital, como irá permitir à pessoa ter uma experiência positiva ou negativa neste momento da sua vida.

Como descrevi anteriormente, pude realizar triagem supervisionada, o que me capacitou ainda mais para a importância deste acolhimento.

Em suma, um acolhimento eficiente, permite e potencia uma maior adesão por parte da pessoa e sua família aos cuidados que lhe serão prestados.

Neste sentido, cuidar da PSC e sua família, deve ser uma preocupação constante para qualquer enfermeiro especialista no decorrer da sua prática, assim demonstrei responsabilidade e zelo, potenciando o acolhimento da pessoa ao SUG independentemente da sua patologia, adaptado a comunicação consoante a compreensão e estado clínico da mesma.

A família, com a situação pandémica vivida durante este estágio, devido às normas implementadas pelo hospital, não poderia permanecer junto da pessoa submetida aos cuidados de enfermagem e médicos, sendo igualmente crucial uma comunicação eficaz, de modo a salvaguardá-la. Assim, desenvolvi uma prática direcionada para esta díade que se encontrava alterada pela incerteza de estarem junto um do outro.

Tal como demonstrado, a comunicação para com a pessoa e a sua família, são essenciais para a prestação de cuidados de saúde adequados, porém uma comunicação eficaz entre profissionais é igualmente crucial, nomeadamente, a comunicação da passagem de turno entre enfermeiros. No SUG, esta passagem era realizada pela técnica de comunicação de ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation) (Caselhas, 2020).

Atualmente existem inúmeras entidades e organizações a recomendar, como ferramenta para a normalização da comunicação na transferência de informação, a metodologia ISBAR, pois esta permite uma *“fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados”* (DGS, 2017, p.6).

Desta forma, o uso desta ferramenta possibilita reduzir os erros na comunicação, que são das principais causas de eventos adversos, pois como a evidência indica, cerca de 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados da pessoa (DGS, 2017).

A metodologia ISBAR, é uma ferramenta na qual eu tinha conhecimento prévio da mesma, pois é um instrumento de trabalho que uso no meu local de trabalho para a comunicação entre pares. Pude partilhar a minha prática diária no meu local de trabalho para com a equipa de enfermagem do local de estágio, promovendo o meu desenvolvimento profissional e da equipa de enfermagem do SUG.

Perante esta análise, consegui demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas e formas de comunicação com a PSC e sua família, relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura, bem como desenvolvi e demonstrei conhecimentos na comunicação entre pares.

A comunicação como tenho vindo a descrever, é uma ferramenta essencial para qualquer profissional de saúde.

Descrevi a comunicação aquando do acolhimento e a receção da pessoa no SUG, bem como entre pares, e o modo como esta me capacitou, porém, experienciar uma situação onde a comunicação foi essencial na prestação de cuidados de uma pessoa a vivenciar um complexo processo de doença crítica, demonstra que muitas outras competências se encontram interligadas, competências estas especializadas.

O Sr. F., intitulado assim de modo a salvaguardar a sua privacidade e confidencialidade da pessoa, de setenta e sete anos de idade, recorreu ao SUG, por dispneia a pequenos esforços, cansaço súbito e dor intensa na zona epigástrica. Após realização dos devidos exames complementares de diagnóstico, foi diagnosticado um derrame pleural extenso, no pulmão esquerdo, com indicação para realização urgente de toracocentese evacuador e internamento em SO. Perante a realização de um desconhecido exame até então para o Sr. F., constatei que o seu silêncio, poderia ser algo mais, nomeadamente ansiedade diante o desconhecido.

A comunicação de um diagnóstico e a terapêutica, influencia de uma forma muito importante a maneira como a pessoa vai reagir a ambos. Face à incerteza de que a pessoa ia encontrar, procurei esclarecê-lo da melhor maneira possível, deste modo, pude aplicar o “*Protocolo de Buckman*”.

Segundo Leal (2003), este protocolo de seis passos, quando aplicado, é de grande utilidade na transmissão das más notícias. Este protocolo não tem o intuito de informar a todo o custo, sem pressupor o que a pessoa não quer saber, é sim uma partilha de informação, caso a pessoa assim o deseje.

Como tal, o primeiro ponto a abordar seria a preparação e a devida escolha do local adequado. Encontrando-se hemodinamicamente instável para se mobilizar, o local pretendido foi a sua unidade. Coloquei numa posição mais baixa e próxima, para que não ocorressem interrupções por terceiros. Posteriormente, avancei para o segundo ponto do protocolo, tentando perceber o que é que a pessoa já sabe, deste modo, pedi ao Sr. F., que me desse uma pequena explicação sobre o que ele sabia o que lhe estava a suceder (sintomas, exames realizados), e de seguida saber qual foi a informação lhe foi dada pelo médico.

Diante da explicação dada, questionei se ele queria mais alguma informação sobre o que estava e o que lhe iria acontecer. Os seus olhos lacrimejantes e o aperto de mão forte que me deu, foi um sinal ainda mais forte, daquele “*sim*” tremido que falou. Aqui, para além do protocolo que estava a tentar aplicar, vi e constatei mais uma vez a importância do toque, muitas vezes menosprezado e pouco usado nos nossos cuidados ultimamente, devido a toda a situação pandémica.

O Sr. F., compreendeu por parte do médico, qual era a patologia, quais os sinais de alerta que deveria de ter, mas as dúvidas dele que careciam de explicação era do exame invasivo que iria realizar, a toracocentese. Aquele sim, foi o que habitualmente descrevem como “*tiro de aviso*”, algo que nos transcreve para o quarto ponto do protocolo. Para Leal (2003), perante esta abertura, há que verificar a reação imediata da pessoa, que claramente dará pistas se pretende ou não avançar com a transmissão mais detalhada da informação. De qualquer forma, devemos tanto quanto possível evitar os eufemismos, as frases longas e de interpretação menos clara. Dei por mim a passar todos os pontos do protocolo, mas o mais desafiante para mim enquanto profissional de saúde foi o quinto ponto: responder às emoções e às perguntas da pessoa, sempre com uma mão posicionada no seu ombro, de modo a tranquilizar.

Após a comunicação da má notícia, as duas reações mais comuns são o medo e o desgosto, que muitas vezes são traduzidas como raiva contra o próprio profissional de saúde. Esta situação requer que este diferencie bem o conteúdo da mensagem, do portador da mensagem e deve demonstrar à pessoa, não agressividade, mas sim apoio e compreensão, sem mostrar pena, validando a reação emocional como natural naquelas circunstâncias. O choro ou o silêncio devem ser respeitados e não inibidos. Um toque na mão, ou no ombro, demonstra apoio e pode tranquilizar a pessoa (Leal, 2003).

Respondi a todas as questões colocadas pelo Sr. F., pediu-me encarecidamente se poderia estar presente durante o procedimento, ao qual após auferir com a minha enfermeira orientadora, pude afirmar que sim. O sorriso nervoso que debruçou naquele momento, senti que todo o meu trabalho enquanto enfermeira estava a ser recompensado com aquele sorriso e aquelas lágrimas.

Após alguns momentos de empasse na preparação da sala de pequena cirurgia, acompanhei o Sr. F. Posicionei-o na cama, na posição ideal para a realização da toracocentese inclinando-se sobre uma mesa para o devido espessamento da grelha costal. Aquela mesa sem cor, fria e desconfortável, em que me parece que o sr. ficaria ainda mais nervoso com o procedimento, como em modo automático peguei na almofada que se encontrava em cima da cama e coloquei debaixo da cabeça deste. Saí da posição de observadora externa e alcancei um banco, sentei-me em frente deste e dei-lhe a mão. Entre humor e informações que transmitia à pessoa, aquele nervosismo todo inicial foi desvanecendo, tudo parecia correr bem, porém, o líquido drenado foi escurecendo, sinal que a toracocentese iria evoluir para uma colocação de dreno torácico por possível hemopneumotórax.

Naquele momento, o resto da intervenção foi suspensa, colocado um penso compressivo no local de punção da intervenção, e o Sr. F. seria encaminhado para a unidade de exames especiais, para uma colocação de dreno.

O Sr. F., demonstrou uma expressão facial de ansiedade. Ao observar a equipa médica, pude constatar que pouca informação lhe fora. Enquanto enfermeira responsável pelo Sr. F., fui explicar toda a informação inerente ao procedimento e para me chamar em caso de dúvidas ou desconforto acentuado. Este foi para a sala de exames especiais para a realização do procedimento e quando retomou, já apresentava um dreno torácico colocado em drenagem passiva, com saída de conteúdo hemático em grande quantidade.

Posteriormente, o Sr. F. chamou-me, pediu para fechar as cortinas, e em lágrimas, agarrado a ambas as minhas mãos, agradeceu-me. Sem resposta, apenas agradei com palavras tremidas.

No dia seguinte, fiquei com o Sr. F. de novo, de modo a promover a continuidade de cuidados. O Sr. F. foi submetido a uma toracocentese evacuadora, durante a minha ausência entre turnos, e tendo sido, novamente colocado o dreno pulmonar em drenagem passiva.

Como anteriormente descrito, a comunicação apresentou-se como uma competência de extrema importância, quer para a pessoa, quer para mim, porém a mesma situação vivenciada permitiu desenvolver mais competências especializadas, isto é, tive oportunidade de colaborar na qualidade do cuidado de outros profissionais, no âmbito do cuidado à pessoa com drenagem torácica (DT), promovendo deste modo para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais.

Tendo alguma experiência de manuseamento de drenos torácicos, pois encontro frequentemente no meu quotidiano laboral, não senti necessidade de esclarecimentos ou momentos de dúvida aquando do seu manuseamento e vigilância. Porém quando estava a transmitir as informações do Sr. F. à enfermeira que iria dar continuidade de cuidados no turno seguinte, esta referiu encontrar-se desconfortável na prestação de cuidados à pessoa com drenagem torácica.

A técnica da DT consiste na colocação de um cateter torácico no espaço pleural. Esta técnica pode ser efetuada para a remoção de ar acumulado, coágulos sanguíneos, sangue ou líquidos serosos da cavidade pleural, permitindo a restauração da pressão negativa nesta cavidade, e total ou parcial reexpansão do pulmão (Veríssimo, 2013).

Este sistema de drenagem, é composto por tubos e por um recipiente coletor do produto drenado, colocados de modo a funcionar num único sentido (do pulmão para o recipiente coletor) (Barreira et al., 2002).

A atuação profissional do enfermeiro em relação às pessoas que requerem uma drenagem torácica, é um bom exemplo para compreender a necessidade de aplicar o pensamento crítico, e como este nos permite atuar de forma eficaz e eficiente (Barata, 2011).

Questionei-a sobre as suas dúvidas e a mesma pediu para lhe fazer um pequeno esclarecimento sobre o cuidado inerente. Vi nesse momento uma oportunidade de formação, mesmo que fosse para uma única pessoa, pelo que transmiti os meus conhecimentos, evidenciados na experiência e literatura. Senti que a formação em serviço neste tema seria uma mais-valia.

Prosseguindo com a formação direta em contexto, que dei à colega, a meio da mesma, outra colega aproximou-se e afirmou que também não dominava o manuseamento do dreno torácico, o que mais me reforçou o pensamento da necessidade de formação.

Expliquei sobre os critérios para a colocação do dreno, sucintamente sobre os princípios em que se baseia a drenagem torácica e como esta se pode executar, nomeadamente, pela ação gravitacional, que era o caso do Sr. F., por pressão positiva intrapleural ou por pressão negativa no sistema de drenagem, mas as dúvidas centravam-se principalmente na preparação do sistema de drenagem torácico descartável (Barreira et al., 2002).

Perante o observado, realizei a troca do sistema de drenagem, explicando às colegas e igualmente ao Sr. F., que com a sua devida autorização, fiz a formação durante um momento de prática.

O agradecimento por parte das colegas, o esclarecimento das dúvidas delas e o sorriso da pessoa submetida à intervenção, por ter participado nesta ação formativa, foi um momento enriquecedor, e que pude observar algo que Benner (2005) refere no seu modelo de aquisição de competências. Este modelo, permite-me a sustentação das afirmações de mudança de comportamento ou aquisição de competências.

Perante esta situação vivenciada, constatei o desenvolvimento de diversas competências especializadas, que foram igualmente aprofundadas ao longo do estágio e em outros contextos, nomeadamente promovi formação direta em serviço, bem como identifiquei necessidades formativas na minha área de especialidade, tendo tomado iniciativa em promover formação em serviço e tive igualmente a oportunidade de liderança de elementos da equipa pela perícia demonstrada neste fenómeno (OE, 2018).

Com a impossibilidade de formação presencial em contexto de estágio devido à pandemia, questionei a enfermeira gestora sobre a possibilidade da realização de um suporte escrito para o serviço, a mesma informou que iria atribuir a um enfermeiro da sua equipa

essa temática. Perante a integração desta temática no plano de formação interna da instituição por outro profissional, não efetivei a respectiva atividade adequando a minha intervenção ao contexto da prática clínica.

O Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro em vigor até 2009, antecipava na carreira de enfermagem, instrumentos que favorecem a formação em serviço. *“A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo”* (Ministério da Saúde, 1992, p.5738).

Assim, para Dias (2004, p.17), *“a enfermagem como profissão exige a mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a formação base e/ou especializada, que devem ser continuamente renovados através da formação permanente.”*. Este autor considera ainda, a formação em serviço como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes. O sucesso parece estar dependente das estratégias de motivação e planeamento do formador e seu desempenho. A formação em serviço é aquela que se desenrola em simultâneo com a prática profissional, recorrendo ao conhecimento na ação e à reflexão sobre a mesma.

Atualmente está em vigor o Decreto – Lei nº 248/2009, de 22 de setembro, que considera que a formação dos enfermeiros *“assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica”*, salientando que esta deve ser *“planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços”* (Ministério da Saúde, 2009, p. 6764).

Outra temática a abordar na realização deste estágio, é a ocorrência de situações de emergência, onde pude cuidar da pessoa em situação de emergência, proporcionando os cuidados adequados baseados na mais recente evidência científica, e garantindo a continuidade de cuidados de enfermagem especializada, registando e transmitindo a informação.

Tive a preocupação de envolver esta competência num objetivo específico incutida na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

As situações de emergência, requerem conhecimento, competências específicas e capacidades diferenciadas. Deste modo, partilhei com a enfermeira orientadora, a minha perspetiva sobre diversas situações ocorridas no estágio, fundamentando a prática com a mais recente evidência científica, manifestando assim, o meu contributo no processo de tomada de decisão. Esta partilha, fez com que no final do estágio fosse capaz de partilhar

para com a equipa multidisciplinar os meus conhecimentos, demonstrando um nível aprofundado destes na minha área de especialização,

Porém, não tive oportunidade de capacitar na totalidade as minhas competências, a nível de situações de catástrofe. De modo a colmatar esta falha, visto que não foi vivenciada, informei-me, estudei e analisei a aplicabilidade, caso fosse necessária, do plano de catástrofe do serviço e do hospital.

É importante, enquanto futura enfermeira especialista, enquadrando a temática sobre a segurança, salientar o Plano Nacional da Segurança do Doente (PNSD), o qual pude colocar em prática no meu local de estágio e desenvolver uma prática segura, respeitadora dos direitos humanos, tendo em conta a qualidade dos cuidados, tendo em vista um ambiente terapêutico seguro, sempre em constante articulação com a equipa multidisciplinar.

Segundo a DGS (2015b), enquadrado no Despacho n.º 1400-A/2015, publicado a 10 de fevereiro de 2015 em Diário da República, este plano é visto como um instrumento de apoio a gestores e clínicos de diversas instituições na aplicação de boas práticas de segurança. Dos inúmeros objetivos estratégicos definidos neste plano, alguns já referidos neste relatório, centro-me agora na segurança na utilização do medicamento, na identificação inequívoca das pessoas, a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, bem como a prevenção e controlo das infeções e as resistências aos antimicrobianos, onde irei dar exemplos que realizei durante a prática dos cuidados de enfermagem neste estágio.

Primeiramente, no que toca à segurança do medicamento, segui criteriosamente as recomendações referenciadas no PNSD (2015-2020), nomeadamente na implementação práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, conhecidos como medicamentos “*Look-alike*” e “*Sound-alike*” ou vulgarmente mencionados como medicamentos LASA. Estes medicamentos devem fazer-se acompanhar de simbologia diferenciada na identificação, bem como os medicamentos de alto risco, em que se exige uma manipulação e administração rigorosa, uma validação e posterior verificação, de modo a garantir a segurança a quem estamos a prestar cuidados, enquadrando deste modo as práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco (DGS, 2015b).

Perante situações de stress e pressão que são constantemente vivenciadas num SUG, foi crucial ter presente e mobilizar conhecimentos, pois ocorreu por inúmeras vezes, momentos de discussão entre profissionais de saúde, sobre o modo de preparação e

administração farmacológica, promovendo não só o desenvolvimento profissional, bem como um ambiente terapêutico seguro.

Dentro do mesmo tema da segurança da pessoa a quem estamos a prestar cuidados de enfermagem na administração terapêutica, a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes está presente no hospital. Um exemplo em que ambas as áreas poderão estar interligadas, é no caso do erro de preparação ou administração de medicamentos. Estes são devidamente notificados, e de modo a realizar a sua prevenção são implementadas medidas preventivas de recorrência de incidentes, como a já referenciada identificação diferenciada dos fármacos.

No que respeita, à identificação inequívoca das pessoas que recorrem ao SUG, esta encontra-se regulamentada na dinâmica do mesmo.

Aquando da admissão, a pessoa é identificada com uma pulseira de cor branca, com o nome, data de nascimento, morada e número de processo hospitalar, que se encontra enquadrado com as recomendações da OMS.

Na triagem, existe um outro ponto fulcral do plano que é enquadrado da estadia da pessoa no SUG, a identificação por nomenclatura de cores por via de círculos coloridos, consoante a avaliação da escala de Brathel, onde se coloca uma identificação vermelha no caso de risco elevado de queda e a cor laranja se for risco moderado de queda. Se este tiver baixo risco de queda ou sem risco do mesmo, não é identificada esta escala na pulseira. Assim, a pessoa fica com duas pulseiras, a pulseira da cor atribuída pela triagem de Manchester e a da pulseira de cor branca com identificação com a sinalização de cores consoante a avaliação do risco de queda.

Outra identificação na pulseira branca é a colocação de um círculo colorido amarelo caso a pessoa apresente alergia alimentar ou medicamentosa, enquadrando mais uma vez, a segurança na utilização de medicação.

O conhecimento destas práticas, levou a que ao cuidar da pessoa em qualquer valência do SUG, diminui-se o risco de erro terapêutico no caso de alergias e melhora e personaliza os cuidados de enfermagem consoante o risco de ocorrência de uma queda.

Por último, a nível da prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos, tentei sempre maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, principalmente vivenciando uma pandemia, nunca este assunto este mais atual (Pereira, 2019).

Um ponto essencial e presente mesmo antes da pandemia, eram as medidas relacionadas com as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Enquanto futura enfermeira especialista, realizei e desenvolvi capacidade reflexiva, crítica e aprendizagem neste contexto, bem como supervisionei e intervi ao nível das competências, o cumprimento das precauções básicas por parte de outros profissionais, pois a PSC, é sujeita a inúmeras intervenções que potenciam ocorrência de situações adversas no que respeita às IACS.

A PSC é submetida a incontáveis procedimentos invasivos. Esta pode ter a necessidade de VMI ou ser submetida a intervenções cirúrgicas, por norma é portadora de inúmeros cateteres, nomeadamente vasculares centrais, periféricos e urinários, sendo que todos estes procedimentos acarretam um risco elevado de ocorrência de infeção (DGS, 2017).

Durante a minha prestação de cuidados de enfermagem à PSC, usei sempre os equipamentos de proteção individuais (EPI) necessários, principalmente aquando contacto com pessoas suspeitas ou com diagnóstico positivo de COVID-19, sendo que a colocação e remoção desta tipologia de equipamento, deve cumprir critérios rigorosos, de modo a não contribuir para a sua propagação e contaminação quer espaço exterior, quer do próprio profissional. Aqui tive oportunidade de discussão de conhecimentos e práticas sobre a abordagem à pessoa com esta patologia, com a minha enfermeira orientadora, pois partilhámos experiências, opiniões, discutimos a constante evidência científica que ia sendo atualizada, pois ambas nos encontrávamos numa situação nunca antes vivida e a aprendizagem neste momento era mútua.

Vivenciando uma situação pandémica, em que a pessoa que mais usa os recursos de saúde são PSC, no meu local de trabalho, encontrava-me no momento do estágio, na prestação de cuidados de enfermagem a estas pessoas, com a equipa do meu local de estágio, partilhámos conhecimentos sobre a situação em que nos encontrávamos, tendo promovido assim, a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e articulação com a mesma.

Um outro fator que considerei importante para a prática na prevenção e controlo da infeção, foi a minha comunicação não-verbal, algo transcendente a todos os locais de estágio, com um uso de uniforme higienizado e irrepreensível visualmente, de modo a mais uma vez prevenir a contaminação, transmissão e controlo da infeção.

Em suma, existiram outros momentos em que esta prevenção e controlo foram importantes e que apliquei, nomeadamente na realização de pensos a feridas de diferentes

etiologias com o uso de técnica asséptica, quando assim o exigia, na manutenção de dispositivos, nomeadamente intravasculares, vesicais, ou que podia entrar em contacto com fluídos, o uso de luvas em procedimentos que assim o justificava e nas unidades de isolamento, a adequada utilização dos EPI's.

O único ponto do PNSD que não consegui desenvolver no meu estágio realizado no SUG, foi o aumento da segurança cirúrgica. Porém, mesmo não me encontrando em prestação de cuidados a nenhuma pessoa com essa necessidade, verifiquei a existência de uma lista de verificação de segurança cirúrgica no serviço, tendo estudado e analisado a mesma, pormenorizadamente, de modo a planear os meus cuidados a uma pessoa com indicação cirúrgica, caso fosse necessário.

Durante o meu estágio, não foi desenvolvida e observada a ocorrência de úlceras por pressão, porém a prevenção destas enquadra igualmente no PNSD, sendo que abrange diferentes faixas etárias. No entanto, são aplicadas práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão, nomeadamente quando a pessoa se encontra no SO, em que está predominantemente em posição dorsal. Realiza-se a prevenção das mesmas, com a mobilidade passiva da pessoa, se possível, aplicação de barreiras protetoras entre outras atividades de modo a prevenir a ocorrência destas. A nível da monitorização, são avaliados por parte da equipa de enfermagem responsável, usando como ferramenta de avaliação, a escala de Braden (DGS,2011), de modo a estabelecer o risco de ocorrência destas.

Em súpula, considero-me capacitada para atuar em situações imprevistas e complexas, integradas na minha área de especialização. Este objetivo permitiu, igualmente, consolidar e mobilizar conhecimentos adquiridos na fase académica do mestrado para a prática de cuidados diferenciados, tornando-se um marco de progresso crasso no meu processo de aprendizagem.

Terminada a análise do primeiro objetivo de estágio, abordo agora as atividades e indicadores de resultado que integram o segundo objetivo:

- Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito das intervenções não-farmacológicas com utilização do som no cuidado à PSC.

Focalizando o segundo objetivo específico do estágio, que se encontra centrado no fenómeno de investigação, intitulado de *“Intervenções Não-farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”*, primeiramente em conjunto com a enfermeira gestora e posteriormente apresentado à mesma, realizei o plano de sessão

(APÊNDICE II), para a realização de uma formação no serviço direcionado para a equipa multidisciplinar. Porém a mesma veio a ser cancelada devido à conjuntura pandémica vivida.

Em conjunto com a enfermeira gestora e a enfermeira orientadora, foi discutida a possibilidade da realização de um cartaz informativo para as pessoas que se encontravam na sala de tratamentos, de modo a diminuir o ruído na mesma e potenciando o conforto acústico (APÊNDICE III).

A realização e posterior implementação do cartaz na sala de tratamentos, foi sem dúvida um fator positivo para a diminuição do ruído e aumento do conforto das pessoas que se encontram no SUG, tendo estes resultados sido transmitidos pelos mesmos, pela enfermeira gestora e pela enfermeira orientadora. Foi, igualmente, transmitida a opinião da equipa multidisciplinar dos efeitos positivos da colocação do cartaz na sala. Deste modo, desenvolvi a promoção do conforto da pessoa que se encontra numa transição de saúde-doença, tendo por base o uso de intervenções não-farmacológicas do uso do som, baseado na evidência adquirida pela pesquisa, não só com a aplicação do cartaz, mas como o uso da música na sala, como evidenciado na minha revisão.

Em modo conclusivo, neste estágio mobilizei os meus conhecimentos e as minhas competências para responder em tempo útil e de forma eficaz aos problemas identificados, desenvolvendo uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade.

Considero que agi de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Tentei igualmente desenvolver competências que sejam vantajosas para solidificar a minha prática de cuidados baseada na evidência e na constante procura em aliar o conhecimento e investigação à prática, nomeadamente em aprofundar conhecimentos técnicos, científicos e relacionais respeitantes à prestação de cuidados de enfermagem na área de especialização, através da realização de pesquisa de literatura.

Durante o estágio, fui desenvolvendo a revisão da literatura, sobre as intervenções não-farmacológicas do uso do som na PSC. Apesar de não ter alcançado neste estágio a fase conclusiva da revisão, fui partilhando resultados com a minha enfermeira orientadora e equipa.

2.3. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O segundo e último período do estágio final, decorreu numa UCI de Cirurgia Cardiorácica, inserido num hospital público da região de Lisboa. Este decorreu entre 17 de setembro a 22 de novembro de 2020.

A escolha do local de estágio teve em consideração as oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências como futura enfermeira especialista na área de especialidade.

A minha escolha foi igualmente motivada por este serviço ser uma referência nacional em inúmeras áreas, nomeadamente, por ser um importante centro de cirurgia cardíaca e torácica, com realização de transplante cardíaco e pulmonar, mas por ser igualmente, um serviço onde se utiliza a técnica de oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO). Sendo uma técnica que sempre me suscitou curiosidade do ponto de vista científico, é reconhecida como o expoente máximo das competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, que ocorre em situações críticas que exigem uma centralização de recursos técnicos e tecnológicos elevadamente diferenciados (Ministério da Saúde, 2018).

A UCI de Cirurgia Cardiorácica, encontra-se no 4º Piso deste hospital, integrado na Unidade Cardiorácica.

Trata-se de uma UCI de unidade de nível III. Esta é caracterizada por apresentar equipas multidisciplinares funcionalmente dedicadas e uma assistência médica qualificada, na qual se prevê a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e diferenciados, bem como, dispor de medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino (Ministério da Saúde, 2011).

A unidade engloba enfermaria, unidade de cuidados intermédios, UCI pediátricos e adultos, bem como bloco operatório (BO).

Direcionei-me para a UCI, por ser o espaço do serviço que se encontra vocacionado para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, mas tive igualmente oportunidade de observar outras áreas de trabalho do enfermeiro especialista, nomeadamente a UCI Pediátrica, a consulta e o BO.

A admissão na UCI, é proveniente, na sua maioria, do BO da Cirurgia Cardiorácica, mas igualmente da enfermaria, quer da Cirurgia Cardiorácica, quer de outros serviços do

hospital e de outras unidades hospitalares. São pessoas que necessitam de um cuidado diferenciado, principalmente no caso de pós-operatório imediato, que apresentam instabilidade hemodinâmica, sendo que requerem cuidados especializados, só possíveis na UCI, ao qual, a unidade de cuidados intermédios não consegue dar resposta.

A unidade encontra-se enquadrada na norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, porém no limite das mesmas, segundo o cálculo (OE,2014). Esta tem oito equipas de enfermagem com uma média de quinze enfermeiros por equipa, em roulement com um enfermeiro responsável por turno. O rácio enfermeiro-pessoa doente é de 1:2 e oito enfermeiros especialistas, apenas no turno da manhã, sendo um valor variável no turno da tarde e da noite, tendo cada um a sua área de responsabilidade (PSC, Pediátrica e Peri-operatório) e uma enfermeira-chefe. Esta apresenta um estilo de liderança democrático em que valoriza o contributo de cada pessoa e obtém o empenho através da participação (Coelho, 2017).

O método de trabalho preconizado é o individual, porém, ocorre por momentos o trabalho de equipa, aquando da admissão na unidade, na realização de procedimentos invasivos mais complexos e em situações de emergência (Silva, 2017).

Mais especificamente, a UCI dos adultos tem ao seu dispor nove unidades equipadas com ventilador e monitor multiparâmetros, três unidades de isolamento, sendo duas de pressão positiva e uma de pressão negativa. Uma destas unidades encontra-se reservada para pessoas com suspeita ou diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2. Na área pediátrica, têm cinco unidades com as mesmas características que as dos adultos.

O sistema operativo utilizado na unidade é o SClínico®. É um sistema desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para as instituições do SNS, que utiliza a CIPE. O SClínico Hospitalar® é um sistema de informação em saúde, que disponibiliza um conjunto de materiais de auxílio à prática de enfermagem. Encontra-se organizado por perfil e funcionalidade. Saliencia-se a interoperabilidade em sistemas, com a partilha dos dados com outros profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, fazendo com que melhorem o desempenho da equipa multidisciplinar, possibilitando, assim, uma melhoria no apoio, assistência e acompanhamento à pessoa (Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde, 2020).

Idêntico ao percurso do estágio anterior, desenvolvi um **objetivo geral**, que tinha como propósito, a aquisição de competências específicas que o enfermeiro especialista deve deter. Porém, as aquisições de competências comuns do enfermeiro especialista estiveram igualmente inerentes neste objetivo geral, de modo a permitir uma continuidade no meu

desenvolvimento e aquisição de competências no cuidar da PSC, tendo definido (OE, 2018; OE,2019):

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e comunicacionais no cuidado de enfermagem especializado à PSC e sua família, em contexto de UCI.

Iniciei este estágio com uma ideia pré-concebida do que seria a Cirurgia Cardiorácica, por ter trabalhado, alguns anos numa UCC. Porém, essa ideia foi despropositada. Foi um dos estágios pelo qual estava mais ansiosa, por ser a minha área de eleição na prestação de cuidados à PSC.

O primeiro impacto com a unidade, foi o movimento.

Pude observar toda uma panóplia de intervenções por parte da equipa multidisciplinar, muito superior à que estava habituada a ter. Na minha opinião, aquele movimento, parecia a simbiose perfeita entre enfermeiro e médico. Esta comunicação entre classes profissionais diferentes, realizava-se com uma leveza colossal, pois apesar de estar perante uma PSC e esta apresentar a sua complexidade, a comunicação multidisciplinar implicava a realização de atividades rápidas e sincronizadas. Deste modo, destaco que o trabalho em equipa é de extrema importância para o resultado final (Azinhaga, 2014).

Nos dias de hoje, a resposta de uma equipa de profissionais de saúde, poderá ser otimizada pelo trabalho em equipa desenvolvido, conseguindo alcançar melhores resultados, sobretudo se se distinguir entre os diferentes elementos da equipa, as habilidades não técnicas como a comunicação, liderança e organização de cada elemento (Instituto Nacional De Emergência Médica, 2012; cit. Cooper e Cant, 2014).

O desenvolvimento tecnológico e científico constante, é impreterível uma experiência técnica elevada nas diversas áreas de conhecimento e prática, sendo o trabalho em equipa, mais cooperativo e sustentável (Pontes, 2008).

Devido à especificidade do serviço em que me encontrava, procurei demonstrar capacidade de autocontrolo, assertividade e autoconhecimento, e sendo algo inerente ao campo de estágio anterior e à minha prática profissional, e tendo por base os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, tive em conta inúmeros fatores que me ajudaram a organizar e fundamentar a minha prática de enfermagem.

No campo da responsabilidade profissional, ética e legal, este esteve sempre em todas as atividades realizadas, supervisionadas e delegadas.

No âmbito da melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, estes foram distinguidos nos três objetivos específicos idealizados por mim para este estágio, e que serão apresentados e evidenciados posteriormente neste subcapítulo.

Direcionado para a gestão dos cuidados, geri os cuidados de enfermagem por mim realizados, otimizando a resposta da equipa na qual estava integrada, articulando-me com a equipa multidisciplinar, por meio de mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências.

Desenvolvi capacidades de gestão em papel colaborativo com a minha enfermeira orientadora e continuei a desenvolver capacidades de liderança, ao agir com autonomia e destreza.

E, por último, procurei incluir competências do domínio das aprendizagens profissionais nos meus objetivos específicos, especializando a minha prática. No segundo objetivo, abordo o fenómeno em estudo, aplicando a PBE, e no terceiro objetivo, desenvolvo uma competência que senti lacunas de aprendizagem no estágio anterior, a temática da prevenção, intervenção e controlo de infeção perante a PSC.

Posto isto, para promover o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, defini, como **objetivos específicos**, três objetivos, que achei pertinentes para a minha aprendizagem e que podia desenvolver nesta unidade:

- 1- Desenvolver competências no cuidado especializado à PSC, adquirindo, consolidando, mobilizando e aplicando conhecimentos em contexto de UCI;
- 2- Contribuir para a utilização de intervenções não-farmacológicas com utilização do som no cuidado à PSC;
- 3- Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado à pessoa internada em UCI no âmbito do controlo de infeção.

O processo de integração é essencial para qualquer enfermeiro, mas com especial atenção para o enfermeiro especialista, pois é da sua competência demonstrar capacidade de trabalho para com a equipa multidisciplinar de forma adequada (Benner, 2005).

Esta competência, apenas estará completamente desenvolvida, com o decorrer dos anos, pois é ao longo do tempo que o enfermeiro adquire a “*experiência*” que leva ao desenvolvimento do conhecimento clínico, sendo de extrema importância o trabalho de equipa (Benner, 2005).

Deste modo, quando um enfermeiro inicia o seu percurso profissional, este não apresenta o domínio de todas as áreas de atuação no seu contexto de trabalho, necessitando desta integração, principalmente num serviço como o caso da UCI (Benner, 2005).

Vi como uma lacuna à aprendizagem no meu estágio anterior, o facto de a integração ter sido interrompida e atribulada, tendo sido algo que não se observou no meu período de integração na UCI.

Considerarei a integração mais coerente e linear, pois ocorreu sem interrupções. Apesar da incerteza sobre o desenrolar da pandemia no nosso país, houve impedimento de circulação entre concelhos e outras restrições à população, considero como mais-valias as forças governamentais de tomarem a decisão de não interromper os estágios universitários, o que permitiu um conhecimento mais completo da estrutura física e dinâmica funcional da unidade, com posterior integração na equipa multidisciplinar. Como indicador de resultado, consegui adquirir uma maior independência e autonomia no espaço físico da unidade.

Outro fator positivo a referir, foi que este conhecimento prévio do funcionamento e organização da unidade, influencia o modo de cuidar da PSC.

A identificação, vigilância e antecipação de sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica, foi realizada de modo mais rápido e com uma resposta mais completa e coerente.

Um exemplo dessa prática organizada e eficaz, foi no caso de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a técnicas terapêuticas de substituição renal contínua durante um período de vinte e quatro horas, que se destina a apoiar a recuperação de pessoas com doença crítica com patologia renal aguda. Sendo esta uma área na qual tinha conhecimento e competências prévias, tive a oportunidade de aprofundar e melhorar as mesmas, nomeadamente, pude interligar os conhecimentos teóricos lecionados com a prática, bem como, ao demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos, com os quais contribuí para uma prestação de cuidados providos de qualidade e eficiência necessários para este contexto específico (OE, 2018).

Trata-se de área de intervenção com elevada complexidade e importância, pois trata-se de um diagnóstico de enfermagem frequente em PSC que carece de cuidados intensivos e especializados, desenvolvendo-se em contexto de falência orgânica.

Com a perspetiva da continuidade, da qualidade e segurança dos cuidados, tal como no estágio anterior, tive como preocupação o registo dos cuidados avaliados, planeados e realizados. Como referido anteriormente, as práticas de enfermagem diferem, bem como os registos dos cuidados de enfermagem, e, neste sentido, foram realizados de forma clara e objetiva, tendo sido transmitido à equipa multidisciplinar, a informação da PSC de uma forma pessoal e fundamentada, tendo em raciocínio as diferentes óticas sobre os problemas de saúde que vivencia.

Durante todo o estágio, mobilizei conhecimentos, habilidades e competências adquiridas, não só na prática como na teoria, o que me permitiu cuidar da PSC e sua família, com responsabilidade e zelo pelos cuidados prestados na minha área de especialização.

Outro momento, em que consegui observar e garantir a continuidade de cuidados por diferentes instituições hospitalares, foi quando uma das pessoas que se encontrava internada na UCI e sob os meus cuidados de enfermagem, era a mesma que acompanhei durante anos, no meu local de trabalho, onde estive presente nas suas diversas fases da vida, desde o seu diagnóstico, à implementação da terapêutica diferenciada para a patologia, ao seu desenvolvimento pessoal, clínico e familiar na consulta de enfermagem da hipertensão pulmonar, bem como nos seus inúmeros internamentos, quer em enfermaria, como na UCC.

Era uma pessoa, à qual tive a oportunidade de influenciar a sua vida, por via da literacia em saúde, usando a prevenção da doença, por meio do ensino para a saúde, devido à especificidade da terapêutica que a mesma tomava, fez com que o sentimento de gratificação pela profissão que escolhi nunca estivesse tão presente, ao ver que a pessoa tinha sido submetida a um transplante pulmonar, com sucesso.

Como tenho vindo a demonstrar, julgo que na realização deste estágio, houve uma ligeira vantagem, em relação ao que desenvolvi no SUG. Esta vantagem, como se pode constatar, foi o meu conhecimento prévio sobre as PSC que iria encontrar na unidade, devido à minha experiência profissional.

Perante esta vantagem, consegui uma mobilização de conhecimentos e competências para responder em tempo útil e de forma eficaz aos problemas que surgiam, permitindo igualmente uma maior colaboração no processo de decisão, na gestão dos cuidados de enfermagem, e assim, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa multidisciplinar, bem como uma partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar, potenciando momentos de discussão (OE, 2018; OE, 2019).

Um momento de partilha de conhecimentos, onde revelei iniciativa e um nível aprofundado de conhecimentos na resolução de problemas, foi na identificação antecipada de focos de instabilidade no cuidado à PSC em UCI, como o caso de uma pessoa que se encontrava hipotensa, com alterações eletrocardiográficas, taquicardia, taquipneia, anúria e uma palidez cutânea acentuada, e com o conhecimento devido e direcionado, consegui prestar os melhores e mais completos cuidados de enfermagem em parceria com toda a equipa multidisciplinar, de modo a evitar a evolução para um choque hipodinâmico.

Porém, eu trabalhei numa unidade de cuidados intermédios, onde existiam lacunas e conhecimentos que não tinha presente na minha prática, deste modo, com a realização de

pesquisa bibliográfica adequada e direcionada, sempre que necessária, consegui de certa forma, fundamentar o cuidado de enfermagem à PSC em contexto de UCI.

Na UCI, consegui desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, dando continuidade ao meu trabalho desenvolvido no estágio anterior e na minha prática profissional (OE, 2019).

Conseguí igualmente desenvolver a minha tomada de decisão, pois a independência inerente aos cuidados de enfermagem, face à enfermeira orientadora, neste estágio foi maior do que no anterior, o que permitiu desenvolver o raciocínio clínico inerente à decisão, em conjunto com a equipa multidisciplinar e com evidência científica presente nesta tomada de decisão. Um exemplo desse desenvolvimento, foi o caso de decidir, num curto espaço de tempo, quando a pessoa à qual prestava cuidados de enfermagem, deveria de iniciar, bem como, manter, alterar ou até mesmo terminar um tratamento terapêutico, com base na situação clínica da pessoa e com os objetivos desse tratamento.

Como futura enfermeira especialista, existem conhecimentos que devem ser desenvolvidos, pela pesquisa e conhecimento da dinâmica hospitalar, não só devido à situação pandémica vivida, tive em consideração o conhecimento do plano de contingência e de catástrofe, em que ambos se aplicam aos hospitais que integram o centro hospitalar.

Reconhece-se que a capacidade de liderança e outras capacidades inerentes à prática de enfermagem, fazem com que os enfermeiros tenham um papel ativo em situações de catástrofes e situações de exceção, nomeadamente, na promoção da segurança das pessoas e famílias ou pelo menos minimizar danos que possam ocorrer (Veenema, et al., 2016).

Deste modo, considere, para uma prática mais coerente, coesa e completa, o conhecimento destes planos, principalmente, numa altura em que estas situações ocorrem com maior frequência, nomeadamente para capacitar-me para cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Transpareci para os cuidados de enfermagem, os conceitos desenvolvidos para uma prática de enfermagem mais congruente e completa nos cuidados à PSC, com base nos referenciais escolhidos para me orientar, nomeadamente o conforto da PSC.

O conforto não se limita a um único modelo, pela sua complexidade, este expressa-se em diversos modelos conceptuais defendidos por diferentes teóricos que contribuíram para a Teoria do Conforto. Porém, neste relatório, como já justificado anteriormente, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba foi um elo crucial para a promoção deste estado nos meus cuidados, em ambos os estágios.

Deve-se salientar e consciencializar que o estado de desconforto ou a percepção de conforto pela pessoa, tem uma capacidade de melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem. Porém o conforto pode ser, entendido como um estado relativo de bem-estar ou como um resultado de cuidados específicos, isto é, experienciado pela própria pessoa, como igualmente, pode ser considerado como um elemento de intervenção diferenciadora do enfermeiro no processo de cuidar. (Apóstolo, 2009).

Mobilizando os conceitos do fenómeno de investigação em estudo, bem como, com a realização de pesquisa bibliográfica direcionada para a promoção do conforto, com base na PBE e demonstrando uma consciência e um conhecimento crítico nos problemas da prática de enfermagem, identifiquei os fatores que influenciavam o sono das pessoas internadas em UCI.

Desse modo, diminuí o barulho realizado, mais especificamente as conversas dos profissionais, os alarmes dos monitores, reduzi a luz, minimizei as intervenções e cuidados, como o caso das colheitas de sangue, e tentei assegurar uma temperatura ambiente adequada, principalmente no turno da noite (Richardson, Allsop, Coghill, e Turnock, 2007).

Outra teórica que tive presente na minha prestação de cuidados de enfermagem, foi Jean Watson.

O cuidar, a palavra que tanto associamos à enfermagem, encontra-se nesta teórica o seu fundamente e conceito, em que, segundo Alligood e Tomey (2011), referem que esta teoria pode ajudar a enfermagem e as pessoas às quais se destinam estes cuidados diferenciados, a encontrar harmonia num período de elevada complexidade. E o uso base desta teoria, permite-me ter uma atitude que transparece sensibilidade e posterior conhecimento, para com a PSC.

Transpareci a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, em que esta aborda a pessoa como um todo, sendo que a finalidade dos cuidados de enfermagem é auxiliar a esta a adquirir um grau elevado de harmonia entre a mente, corpo e alma, o que pode levar ao autoconhecimento, autorrespeito e autocuidado (Watson, 2002).

Diariamente mobilizei este conhecimento na aplicabilidade de intervenções não-farmacológicas na gestão da dor da pessoa submetida a cirurgia cardiorácica, como caso de posicionamento, massagem corporal, técnicas de relaxamento ou adequação do ambiente circundante à mesma, não prescindido do uso de medidas farmacológicas, atendendo que ocorreu um procedimento extremamente invasivo, neste caso, cirúrgico, que inevitavelmente, provoca dor à pessoa (Inwood, 2002).

Por fim, uma outra teoria, esta de médio-alcance como o caso da teoria de Katherine Kolcaba, que tem um papel essencial cuidar, é a teoria das transições de Afaf Meleis, principalmente aplicada à transição de saúde-doença.

As transições compreendem uma alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas habilidades, nas expectativas e conhecimentos da pessoa, o que implica a integração de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos e por consequente, a modificação da visão de si no contexto social (Meleis, 2010).

Tendo isso sido observado nas pessoas internadas em contexto de UCI, principalmente nas pessoas submetidos a cirurgia cardiorácica.

Como futura enfermeira especialista, transpondo a teoria de Afaf Meleis, fui elemento facilitador deste processo complexo de transição para com a PSC e sua família. Consegui criar uma relação de ajuda ao esclarecer dúvidas e eliminar incertezas em relação ao processo vivenciado, nomeadamente à família da pessoa internada, pois no contexto pandémico vivido, as visitas a quem estava internado, estavam interditas.

Seguindo esta linha de pensamento, um ponto que acho que tenho de referir deste estágio, como no anterior, é a comunicação. Sendo esta uma ferramenta importante na prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica.

A comunicação é considerada como o alicerce da enfermagem, a ciência e a arte do cuidado holístico e o centro de grande parte dos cuidados de saúde (Verity, 1996).

Na minha prestação de cuidados especializados à PSC, consegui identificar de que modo, as utilizações de diversas estratégias de comunicação podem ser facilitadoras e como o conhecimento aprofundado destas técnicas por parte do enfermeiro, contribuem em parte para o fortalecimento da relação estabelecida com a pessoa.

A comunicação com a pessoa submetida a VMI, tem vindo a ser reconhecida como uma primazia de investigação em UCI (Cavaco et al, 2013).

O ambiente a que a PSC é submetida, é uma fonte geradora de stress, a que se soma a sua condição de saúde e as dificuldades em interagir socialmente e de comunicar as suas necessidades, vontades e/ou sentimentos, que leva por sua vez a um aumento da ansiedade desta (Cavaco et al, 2013).

A pessoa submetida a entubação orotraqueal encontra-se impossibilitada de comunicar verbalmente, assim como, está igualmente submetida à ação da terapêutica farmacológica, que podem limitar outras formas de comunicação não-verbais (Alasad e Ahmad, 2005).

Neste sentido, de forma a circundar estas barreiras comunicacionais, considero que foi fulcral implementar técnicas de comunicação não-verbais, de modo a demonstrar conhecimentos profundos no relacionamento terapêutico com a PSC e sua família, respeitando as suas crenças e cultura.

Um exemplo de transferência desse conhecimento, foi num turno, em que tinha de remover do cateter endotraqueal de uma pessoa internada na unidade. Toda esta técnica, tem inúmeros procedimentos minuciosos, que devem de ser cumpridos para não provocar intercorrências graves na pessoa. Antes da remoção do cateter, como em qualquer intervenção de enfermagem que realizaremos, teve de ser explicado à pessoa, alvo das intervenções de enfermagem, o procedimento que íamos realizar, aqui sim, verificou-se a derradeira prova à comunicação.

Perante o ocorrido, tentei explicar por comunicação verbal, com resposta da pessoa submetida a entubação endotraqueal, com tipologia “*sim-não*”, por via de acenos de cabeça e com apertos de mãos e expressões faciais, o que lhe iria suceder, o feedback da mesma foi positivo, tendo sempre compreendido as minhas perguntas e eu as respostas dela (Barlem et al, 2008).

Foi realizado o procedimento, e após o mesmo, falei com a pessoa, de modo a perceber se esta tinha compreendido tudo o que lhe tinha sido dito, enquanto estava entubada. Esta referiu que sim, e afirmou que a linguagem corporal também facilitou muito. Pude assim, constatar, perante esta situação, a importância da comunicação para com a pessoa, neste simples feedback.

Na existência de limitações ou barreiras que impeçam a pessoa de utilizar a comunicação verbal, pode ter de ser utilizadas outras estratégias para conseguir comunicar, maximizando as suas potencialidades e superando as suas limitações (Millar e Scott, 1998).

Com o intuito de auxiliar a PSC, a superar as barreiras à comunicação que apresenta, deve-se aplicar estratégias relacionadas com os métodos normais de fala e escrita, como o caso da comunicação aumentativa e alternativa, que os enfermeiros utilizam na sua prestação de cuidados à PSC. Este tipo de comunicação inclui quatro componentes primárias: símbolos, produtos de apoio, técnicas e estratégias (Beukelman e Mirenda, 2005).

Pude constatar que os enfermeiros utilizam inumeráveis meios de comunicação, nomeadamente a utilização de quadros de escrita ou de imagens, a utilização de expressões faciais, o olhar ou simplesmente o apontar para os objetos em redor. Constatei também que os enfermeiros utilizam o contacto visual direto com a PSC, falam de forma direta, curta, simples e clara e sempre de frente para este, com uma postura serena, sempre a aguardar que

a pessoa consiga expressar a sua resposta. Tive a oportunidade de desenvolver na prática deste tipo de comunicação, com o uso de quadros de comunicação com símbolos existentes na unidade, desenvolvendo e aprofundando assim, técnicas de comunicação para com a PSC.

A validação e clarificação do conteúdo da mensagem que a pessoa está a transmitir é um fator crucial. Aquando da minha prestação de cuidados de enfermagem e na atuação enquanto enfermeira, de modo a diminuir a ansiedade da pessoa e sentimentos de frustração e/ou revolta, caso a mensagem não seja devidamente compreendida, tive sempre presente dois conceitos essenciais enquadrados nos meus referenciais teóricos, a empatia e a escuta ativa.

Considero, enquanto futura enfermeira especialista, que devo conhecer os recursos existentes, de modo a mobilizar estes, para superar estas limitações vivenciadas pela pessoa, mesmo que não estejam à disposição imediata no serviço.

Benner (2005) retrata o enfermeiro perito, como alguém que é o detentor de uma ampla experiência e conhecimento, sendo que este perito evidencia um julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação dos problemas da pessoa/família, prestando cuidados holísticos.

Considero, igualmente, que com uma avaliação individualizada da pessoa, com uma sedação e analgesias adequadas, bem como métodos de comunicação simples e acessíveis e o uso adequado dos quadros de comunicação, podemos obter ganhos na comunicação com a pessoa. A disponibilidade, respeito e segurança do enfermeiro nesta comunicação é igualmente de extrema importância para se obter uma comunicação mais natural e efetiva, evitando ser breves, ignorando ou não compreendendo o que a pessoa quer dizer (Cavaco et al, 2013).

Com estes exemplos, considero que geri a comunicação interpessoal que fundamentou a relação terapêutica com a PSC e com a família, manifestando conhecimentos de estratégias facilitadoras da comunicação num contexto em que a pessoa apresenta “*barreiras à comunicação*”, e deste modo, adaptei a comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC ou falência multiorgânica (OE, 2018).

Em sùmula, a comunicação é uma técnica de elevada relevância na prestação de cuidados especializados, principalmente na relação com a PSC.

A prestação de cuidados especializados à PSC e sua família, em contexto de UCI pós-cirúrgicos, com uma promoção gradual do cuidado de enfermagem, é extremamente complexa, tendo um uso constante de conhecimentos e competências específicas, que

capacitam o enfermeiro nas diversas vertentes da prática essenciais, para uma prática especializada.

Um exemplo disso, e que pude constatar é a pessoa submetida a técnica de ECMO.

Prestar cuidados de enfermagem à pessoa submetida a esta técnica, permitiu-me desenvolver duas capacidades cruciais para o enfermeiro especialista, a capacidade de intervenção em situações de elevada complexidade e a capacidade de instruir protocolos terapêuticos complexos. Permitiu igualmente o desenvolvimento de competências técnicas na gestão de múltiplos interfaces e dispositivos clínicos de elevada complexidade (OE,2018).

Segundo Antunes (2017), o ECMO é um sistema de oxigenação por membrana externa, por meio de circulação extracorporeal, em que a bomba centrífuga através de uma membrana, ocorrem as trocas gasosas, deste modo existe uma substituição direta do pulmão, em que este tipo de tratamento está indicado para pessoas em estados graves de insuficiência aguda, quer pulmonar como cardíaco, e em pessoas com insuficiência cardíaca crónica avançada. Esta circulação, segundo o mesmo autor, é estabelecida normalmente por canulação arterial e venosa periféricas, e existem, essencialmente dois métodos de utilização, o venovenoso para apoio respiratório e venoarterial, para apoio circulatório e/ou cardiopulmonar.

Esta técnica que foi amplamente difundida pelos meios de comunicação social, durante a pandemia no nosso país, devido ao aumento de pessoas que foram submetidas a esta terapêutica.

Nunca tinha tido contacto direto com pessoas submetidas a esta técnica, pois a mesma apenas se realiza em determinadas instituições hospitalar, e ter a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC com esta tipologia de tratamento, foi sem dúvida, uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos, nomeadamente na promoção do meu desenvolvimento pessoal e profissional e capacitando-me para atuar situações mais complexas.

Com o desenvolvimento do estágio e como expectável, promovi gradualmente e de forma mais autónoma, o cuidado especializado à PSC, sempre com os ideais de segurança presentes, como sempre estiveram e foram descritos no estágio anterior, pois o PNSD (Ministério da Saúde, 2015).

Um momento marcante e que me permitiu uma reflexão crítica e desenvolvimento do meu juízo clínico, foi a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a transplante pulmonar.

A pessoa que é submetida a transplante pulmonar, requer cuidados médicos e de enfermagem especializados, pois foi submetida a um procedimento complexo. Aplicando a teoria da transição por Afaf Meleis, em que esta refere que a pessoa encontra-se a vivenciar diferentes fases dinâmicas e mudanças, nomeadamente a transição saúde-doença, sendo que nesta transição, a pessoa vivencia inúmeras emoções e incertezas, nomeadamente sentimento de desequilíbrio, conflitos interpessoais e perturbações emocionais (Costa, 2015).

No caso da pessoa submetida a transplante pulmonar, o internamento é longo e penoso. No momento em que tive o primeiro contacto, esta já se encontrava na unidade de isolamento desde julho com três meses de internamento e isolamento. A promoção de relação terapêutica com a PSC e sua família, bem como um ambiente terapêutico seguro foi importante.

Foi esta temática que me levou à necessidade de aprofundamento de conhecimento, tendo assim realizado previamente a este estágio, formação avançada, contextualizada para os cuidados paliativos, mas onde a relação terapêutica foi igualmente abordada na formação.

Esta formação, teve igualmente o intuito, de potenciar o desenvolvimento da competência de assistência à pessoa, família/cuidador que se encontram a vivenciar perturbações emocionais, bem como a adquirir uma gestão adequada do estabelecimento da relação de terapêutica, face à situação de alta complexidade decorrente da situação crítica e/ou falência orgânica.

Citando a OE (2001, p.11), *“(...)esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.”*

A relação terapêutica é defendida por inúmeros autores, como o caso de Peplau (1990), em que este argumenta que esta se trata de uma ferramenta da enfermagem que potencia o crescimento e o desenvolvimento, quer do enfermeiro como da pessoa, tratando-se assim de um processo dinâmico.

Posteriormente, Lazure (1994) refere que esta relação oferece à pessoa os recursos necessários para a satisfação de necessidades, e por fim, Chalifour (2008) indica que esta relação tem em consideração inúmeros fatores como, a visualização da pessoa com um todo, o ambiente físico, a ajuda física, social e psíquica, de modo a ajudar e incentivar esta a expressar-se, nomeadamente as suas necessidades, expectativas e dificuldades de modo a solucionar o problema existente.

A pessoa à qual prestei cuidados de enfermagem, necessitou de um reforço desta relação, pois o mesmo encontrava-se resistente a qualquer tipo de contacto para com a equipa

multidisciplinar. Em parte, esta revolta devia-se à restrição de visitas, o que levou a que apenas comunica-se com a sua família por meios tecnológicos.

As dinâmicas familiares são cruciais para a evolução de uma pessoa, porém são igualmente complexas e multidimensionais, pois integram inúmeras valências, como valores, crenças, conhecimentos e práticas fazendo com que esta dinâmica seja singular e única (Figueiredo, 2009).

Com o desenvolver do estágio e com uma abertura por parte da pessoa para uma comunicação verbal mais livre, consegui interagir com meio de aplicação das fotografias da família fornecidas por esta na parede da sua unidade. Os resultados foram favoravelmente positivos, nomeadamente, fez com que este estivesse menos reticente à prestação de cuidados, tendo tido uma evolução extremamente favorável para a sua reabilitação, permitindo inclusive a realização de levante.

No caso da PSC, na relação terapêutica, a ajuda é crucial para ultrapassar o momento que as pessoas vivenciam, nomeadamente por este ser um momento potencialmente difícil, sendo que deste modo o cuidado só pode existir se se estabelecer uma relação de qualidade (Chalifour, 2008).

Com os exemplos da prática na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a transplante pulmonar e à pessoa submetida à técnica de ECMO, considero sentir-me mais capacitada para reagir em diversas situações complexas e imprevisíveis, no âmbito da minha área de especialização.

Considero que desenvolvi progressivamente uma conduta autónoma especializada, tentando adaptar e capacitar-me, através da consolidação das competências de enfermeira especialista.

Os cuidados de enfermagem diferenciados a estas pessoas, permitiu-me igualmente conhecer, mobilizar e aprofundar conhecimentos que foram adquiridos em ambiente académico, transferindo-os assim, para a prática de cuidados, tornando-se uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem (OE, 2018; OE,2019).

Posteriormente, um outro tópico pertinente de abordar neste relatório, que influenciou o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista em funções num contexto de UCI, é a avaliação da sedação e da agitação da PSC, de modo a prevenir episódios de *delirium*.

Esta é uma avaliação crucial enquanto enfermeiro em prestação de cuidados em contexto de UCI, para a realização de um adequado plano de cuidados de enfermagem e as atitudes terapêuticas.

Encontra-se em uso duas escalas distintas: a Escala de Sedação de Ramsay (RSS) e a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS).

A RASS é a mais completa entre as duas e a que é usada na UCI onde estagiei. Esta escala favorece no uso em prol da RSS, pois a mesma engloba a agitação. A escala é de uma classificação de 10 pontos, esta pode variar entre +4 a -5, na qual o valor 0 é a pessoa calma, desperta. Nas oscilações de valores, quando esta se encontra nos níveis com avaliação positiva, indica que a pessoa apresenta agitação, pelo contrário, a avaliação negativa, indica sedação. As pontuações RASS de -4 e -5 são avaliadas como estados de coma. Por outro lado, a RSS, é uma escala que se baseia apenas na avaliação do nível de sedação, em que esta varia entre 1 e 6 pontos, em que 1 é uma pessoa que se demonstra agitado e ansioso e 6 sem resposta a estímulos (Girard, Pandharipande e Ely, 2008).

Perante duas escalas idênticas, a RASS é a mais completa e possui mais vantagens perante a RSS, pois apresenta uma avaliação mais completa e precisa do estado de consciência e agitação da pessoa, porém a mais utilizada na prática, é a RSS (Girard, Pandharipande e Ely, 2008).

Na minha prática, tive a preocupação diária, de avaliar e agir em conformidade com os protocolos desenvolvidos e escalas aplicadas no serviço. Desenvolvi a minha capacidade de tomada de decisão, com a minha participação direta, na decisão da diminuição de sedação para prevenção de *delirium*.

Considerarei a abordagem desta temática e o desenvolvimento desta capacidade, de alguma relevância para o meu processo de aprendizagem, pelo facto de erradamente a agitação e a inquietude serem confundidas com *delirium*, pois estes são sinais, principalmente demonstrados pelo controlo inadequado da dor (Luna, Entringer e Silva, 2016).

No seguimento da temática sobre o uso de escalas, uma escala usualmente utilizada em contexto de UCI, foi a escala de Maddox.

Esta escala já era usada na minha prática usual na prestação de cuidados de enfermagem e é um dos muitos instrumentos usados para avaliação de identificação de flebites.

Trata-se de uma ferramenta de avaliação que pontua de 0 a 5, em que 0 é sem gravidade ou existência de alterações e 5 o nível mais elevado onde podemos estar perante uma trombose venosa. Esta escala é essencial no uso da pessoa que se encontra sob terapêutica endovenosa ou qualquer técnica terapêutica que possa provocar flebite (Maddox et al., 1977).

O conhecimento e aplicabilidade destas escalas, potencia e facilita a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, em concomitante uso com a escala de avaliação da dor: Behavioral Pain Scale (BPS), valorizando a dor da pessoa, mesmo sob sedação.

Um exemplo desta aplicabilidade e que transferi para os cuidados de enfermagem realizados por mim, foi o uso a escala BPS, em conjunto com outras escalas, nomeadamente a escala RASS, nas pessoas submetidas a VMI e que se encontravam sob sedação, bem como a utilização da escala de avaliação numérica da dor para as pessoas conscientes e que verbalizavam. Após a avaliação, e para o controlo da dor, eram aplicadas medidas farmacológicas, mas também medidas não farmacológicas, como já referenciado anteriormente e que realizava na minha prática, como o caso do posicionamento.

Estes posicionamentos, são igualmente alvo de preocupação por parte da equipa multidisciplinar que exerce na UCI, tendo a unidade, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, que se encontra responsável pela avaliação e atuação conjunta com outros profissionais pelos posicionamentos, sendo esta a sua área de atuação.

Considero que este conhecimento direcionado para a avaliação da dor, permitiu-me desenvolver uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou em falência orgânica (OE, 2018).

No sentido de desenvolver o meu segundo objetivo específico que se encontrava direcionado para o fenómeno de investigação e que se centrava na contribuição da utilização de intervenções não-farmacológicas do uso do som no cuidado à PSC, pude constatar que já se fazia o uso de intervenções não-farmacológicas do uso do som na unidade, principalmente na UCI Pediátrica.

Deste modo, realizei a mobilização de conhecimentos fundamentados na evidência científica, aquando da minha prática, promovendo o conforto da pessoa com base na influência sonora, baseado na evidência adquirida pela pesquisa.

Impossibilitada de fazer uma formação sobre os resultados do fenómeno em estudo, com o intuito de divulgar os resultados da investigação, devido ao plano de contingência em curso no hospital, realizei formação integrada nos cuidados, no âmbito das especificidades inerentes ao som, com especial importância para a PSC, em que partilhava e discutia em conjunto com a equipa multidisciplinar o uso do som na UCI e o conforto acústico.

Com o desenrolar do estágio, observei duas oportunidades distintas e que de certo modo iriam complementar a minha aprendizagem no estágio, bem como potenciar a aquisição de conhecimento, que era o caso do BO e das consultas de enfermagem.

Primeiramente, tive a oportunidade de assistir e participar ativamente, nas consultas de enfermagem que são realizadas no serviço. Estas são realizadas por um enfermeiro especialista em saúde comunitária, ou por um enfermeiro com um nível elevado de conhecimento em cardiologia e cirurgia cardiotorácica. São realizadas diariamente, em parceria com o médico cirurgião, e visam à orientação pré-cirúrgica da pessoa e sua família; realização de um acolhimento precoce ao serviço de modo a familiarizarem-se com procedimentos e rotinas do mesmo; promoção da saúde dos das pessoas; e o esclarecimento de dúvidas que estas tenham.

Esta consulta, tem um papel essencial para a aceitação, o aumento de conhecimento e posterior adaptação à cirurgia, influenciando assim toda a fase peri-operatória, pois esta transmissão de informação, demonstra-se fundamental para adaptar às alterações do estilo de vida após a cirurgia.

A ansiedade é um fator determinante na evolução clínica da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico, sendo que a educação pré-operatória aumenta as habilidades para o autocuidado e ajuda a gerir esse conflito de emoções, sendo esta informação transmitida pelos enfermeiros na consulta (Gürsoy, Candas, Güner e Yilmaz, 2016).

Com a possibilidade de participação nas consultas, consegui verificar que a educação pré-operatória é essencial na promoção da recuperação pós-operatória e na redução do nível de ansiedade.

Uma das competências a desenvolver durante o estágio final, enquanto futura enfermeira especialista, é maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica. Assim sendo, verifiquei que dos inúmeros folhetos existentes na consulta, a inexistência de um folheto direcionado para a realidade pandémica vivenciada, que influencia diretamente as pessoas que seriam submetidas a cirurgias num futuro próximo (OE, 2018).

No sentido de colmatar essa lacuna, reuni-me com a enfermeira-chefe, de modo a transparecer a necessidade de o serviço ter um folheto direcionado para situação pandémica provocada pela COVID-19, onde deveriam ser desenvolvidos temas como, o que é a doença e quais os cuidados que a pessoa e a família, deveriam ter previamente à cirurgia, bem como os cuidados posteriormente à mesma. Visto que a faixa etária presente nas consultas, era superior a sessenta anos de idade e que as informações eram dadas verbalmente, reforçou ainda mais esta necessidade.

A realização deste folheto foi aceite pela enfermeira chefe, e o mesmo, encontra-se agora aprovado e em vigor na consulta (APÊNDICE V).

Conseguí com a realização deste folheto, igualmente contribuir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, como foi em todo o estágio, bem como incluir a família no processo de cuidar da PSC.

Outro momento de aprendizagem único, foi a ida ao BO.

Segundo a OE (2004), o BO que pela sua especificidade da natureza dos cuidados desenvolvidos, concentra inúmeros riscos, tornando a manutenção e a segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório. Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006), esta refere que independentemente do procedimento anestésico ou da tipologia de cirurgia, as pessoas têm o direito de serem cuidadas por uma equipa multiprofissional experiente com competências baseadas na evidência.

Este enfermeiro, realiza cuidados de enfermagem com competência, desenvolvendo “(...) *um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e numa determinada situação*” (LeBoyer, 1997 cit. Ceitil, 2006, p.107).

A minha visita ao BO do meu local de estágio foi repartida em dois dias, para conseguir observar e participar em duas cirurgias distintas. Considero a minha visita extremamente enriquecedora, pois enquanto futura enfermeira especialista, pude constatar as competências inerentes ao ambiente peri-operatório, bem como, aprofundar competências e conhecimentos nesta área e centralizar-me igualmente no PNSD. Pude constatar a segurança cirúrgica existente no BO do serviço, com a aplicabilidade da *check-list* em três momentos distintos: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes da pessoa sair da sala de operação (OMS, 2009).

As duas intervenções cirúrgicas que tive a oportunidade de assistir a substituição da aorta ascendente por conduto protésico e a implantação de prótese valvular biológica. Ambas as cirurgias apresentam um elevado grau de complexidade, pois requerem esternotomia e circulação extra-corporal. Apesar de a última existir por via transcutânea, a pessoa que foi submetida não tinha critérios clínicos para tal intervenção, nomeadamente por se tratar de uma pessoa assintomática.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2014), sobre a substituição da aorta ascendente por conduto protésico, tem como principal objetivo a prevenção do risco de dissecação ou de rotura ao restaurar a dimensão normal da aorta ascendente.

No que refere à cirurgia de substituição valvular aórtica, esta tem evidência no aumento da esperança de vida e a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde (Coelho, et al, 2018).

Em suma, julgo que a ida ao BO, nestes dois momentos operatórios distintos foi crucial para constatar que os cuidados de enfermagem peri-operatória requerem conhecimentos e competências específicos, nomeadamente nas diferentes e complementares intervenções do enfermeiro circulante, do enfermeiro instrumentista, do enfermeiro de apoio à anestesia e do enfermeiro em contexto de unidade de cuidados pós-anestésicos. Permitiu-me de forma contínua e autónoma, desenvolver o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional (OE,2018)..

Esta preocupação sobre entender globalmente o percurso da PSC no serviço de Cirurgia Cardiorádica, vem espelhar o desenvolvimento de determinadas competências, nomeadamente a mobilização de conhecimentos científicos para a prestação de cuidados, por parte reflexão na e sobre a prática, bem como a demonstração de zelo pelos cuidados que presto.

Focalizando o terceiro objetivo específico, que se centrava na contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa internada em unidade de cuidados intensivos no âmbito do controlo de infeção, pude-me concentrar a minha prática na prevenção de IACS.

Segundo da DGS (2007), IACS é uma infeção adquirida em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

Um caso de preocupação que se enquadra neste grupo de infeções, é a pneumonia associada à VMI. É uma infeção passível de prevenção com o cumprimento de medidas (“*bundle*”) e a sua prevenção constitui um grande desafio para a prática de enfermagem (Cruz e Martins, 2019).

Na prestação direta de cuidados de enfermagem, constatei a existência do risco de pneumonia associada à VMI, nomeadamente no acompanhamento da Sr.^a L., uma mulher, de 61 anos, admitida na unidade após realização de cirurgia de substituição de prótese mitral.

Neste internamento, esta Sr.^a encontrava-se monitorizada invasivamente e com suporte de VMI. Perante o cenário de uma melhoria do estado de saúde, a mesma encontrava-se sob alimentação parentérica, foi posteriormente substituída para nutrição entérica através de uma sonda nasogástrica, colocada na narina esquerda.

Questionei a enfermeira orientadora, qual seria a justificação de a sonda nasogástrica, se encontrar na narina e não a cavidade oral, uma vez que a mais recente evidência científica alega que para a prevenção de possíveis complicações, a via orogástrica, deve ser privilegiada, minimizando o risco de pneumonia associada à ventilação (Sousa, 2013; Oliveira, 2017). Identifiquei, deste modo, uma não conformidade.

Como demonstra a evidência científica direcionada para a PBE, a enfermagem desempenha um papel preponderante, ativo e de responsabilidade crescente no controlo da nutrição, uma vez que além de promover a sua administração, realiza igualmente a vigilância, manutenção e controlo da via escolhida e o volume administrado (Medeiros et al., 2014).

Promovendo um momento de reflexão com a enfermeira orientadora e a restante equipa de enfermagem presente, e demonstrando consciência crítica nos problemas da prática, foi decidido que efetivamente, a alteração do local de entubação, seria mais benéfico para a Sr.^a L.. Porém, como a mesma já se encontrava entubada nasogastricamente, não se iria alterar o local de inserção, devido ao risco de infeção associado à realização de um procedimento invasivo, assim proceder-se-ia à alteração do local aquando da substituição da sonda, de modo a minimizar traumatismos.

Dando continuidade dos cuidados de enfermagem à PSC, e tendo presente o conceito de prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequada, manteve-se a vigilância da Sr.^a, com especial atenção a nível gástrico e respiratório.

Posto isto, transpareci para a minha prática, a minimização das complicações associadas à VMI, nomeadamente, pelo posicionamento apropriado da pessoa, manuseamento adequado do circuito ventilatório, verificação frequente da pressão do cuff do tubo endotraqueal, higienização oral, com solução oral de clorhexidina, 3 vezes por dia, técnica asséptica na aspiração de secreções, entre outras medidas, baseadas nos protocolos de ação do serviço em conjunto com a mais recente evidência científica (David, 2015).

De modo mais aprofundado, a nível das intervenções autónomas de enfermagem, coloquei em prática, a evidência científica mais atual, nomeadamente, cabeceira da cama entre trinta e quarenta e cinco graus de modo a prevenir refluxo gastroesofágico, realização de higiene da cavidade oral com solução oral de clorhexidina a 0,12%, com a utilização de equipamento de proteção, tal como, a proteção respiratória (máscara) e/ou óculos, devido ao risco de projeção de fluidos orgânicos, e, durante procedimentos geradores de aerossóis, tendo realizado igualmente aspiração de secreções nas vias aéreas, feitas apenas quando

necessário e não por rotina, e quando fosse necessário aspirava a boca e o nariz. Substituí, igualmente os sistemas de circuito ventilatório, segundo o estipulado pelas normas da unidade (DGS, 2015a).

Pude posteriormente averiguar, que durante o internamento na unidade, não houve qualquer registo de pneumonia associada à ventilação na Sr.^a L., tendo deste modo, promovido e desenvolvido a capacidade de produzir um discurso fundamentado, comunicando aspetos complexos de âmbito profissional, bem como uma possível mudança de comportamento, uma vez que em conjunto se promoveu um debate que permitiu a reflexão de cada um em relação à entubação gástrica (OE,2018).

Deste modo, como demonstrado, consegui desenvolver competências técnicas na realização de intervenções invasivas, com vista à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização (OE,2018).

Com o desenvolver do estágio, existiram diversas competências que foram transversais e de crescimento contínuo. Saliento a mobilização de conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística à PSC e sua família, como o caso da promoção do conforto e proteção da PSC, bem como a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, sobretudo face às IACS, nomeadamente na realização de intervenções invasivas e manuseamento de múltiplos interfaces e dispositivos clínicos de elevada complexidade, baseando constantemente na evidência adquirida pela pesquisa e pela prática (OE,2018).

Em súpula, não querendo menosprezar o estágio anterior, este foi o que mais prazer me deu desenvolver, pois trabalhar em contexto de UCI sempre foi uma das minhas áreas de eleição. O ambiente, o método de trabalho e a pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, são fatores cruciais pela escolha desta área.

Perante todas as atividades desenvolvidas e demonstradas neste subcapítulo, considero que realizei a gestão de cuidados na minha área de especialização, promovendo cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, fundamentando cada tomada de decisão. Assumo, que desenvolvi capacidades de liderança e agi com mais autonomia e destreza, tornando-me mais proficiente nesta área de intervenção especializada (OE,2018).

Considero que avaliei a adequação de diferentes métodos de análise de situações complexas, de instabilidade e imprevisibilidade, relativamente à PSC, segundo uma perspetiva profissional e perspetiva académica avançadas (OE, 2018).

Finalizado, reconheço que as competências específicas adquiridas são resultado de uma árdua procura pelo conhecimento científico, sendo crucial, a reflexão contínua na e sobre a prática, que foi desenvolvida com o intuito de uma constante melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso realizado e desenvolvido neste mestrado, foi sem dúvida, uma das mais árduas provas de resiliência e empenho que encontrei a nível académico e profissional.

A sua realização foi uma constante prova de superação e demonstração de resiliência, não só pelo tempo despendido no mestrado, mas igualmente pela motivação necessária para o desenvolvimento do mesmo. Foi desenvolvido numa fase marcante para qualquer profissional de saúde desta década.

Com as constantes mudanças, as inúmeras alterações de ambientes e a adaptação a diferentes contextos e áreas, usarei repetidamente a palavra “*resiliência*”, para descrever esta etapa.

A situação vivida mundialmente, com a pandemia, dificultou em parte a resolução deste curso. A excessiva carga horária no local de trabalho, bem como as dificuldades diárias do quotidiano laboral, que se encontrava constantemente em mudança, podiam ter sido fatores comprometedores de evolução e aprendizagem. Por vezes faltou motivação, mas a ânsia pelo conhecimento, a atração pela formação contínua e a melhoria dos cuidados prestados por mim enquanto enfermeira, foram fatores cruciais com muito mais valor para terminar esta etapa do que fracassar, tendo desenvolvido esta maturidade, a nível pessoal e profissional.

De um modo geral, a capacidade de autoanálise, o aumento do autoconhecimento, a assertividade e o juízo crítico, promovidos por meio reflexivo, estiveram presentes neste percurso, bem como a iniciativa, o empenho, a competência e a curiosidade por novas situações de aprendizagem.

Para capacitar a minha forma de atuação e desenvolver o escrupuloso conjunto de competências técnicas e científicas, que se encontram fundamentadas nos conhecimentos

científicos, inerentes à prática do enfermeiro especialista, a reflexão crítica das práticas vividas foram cruciais para o meu desenvolvimento.

Atento que a reflexão intrínseca foi de extrema importância, para me consciencializar das responsabilidades que suportam a minha prática profissional, recorrendo à fundamentação dos constantes pressupostos, a ter em conta nas inúmeras tomadas de decisão.

Considero ter atingido o principal objetivo do presente relatório, em que descrevi, analisei e refleti criticamente o meu processo de aquisição de competências gerais e específicas de enfermeira especialista, bem como, o meu processo de aprendizagem nos dois locais de estágio e como estes foram essenciais para a consolidação de conhecimentos e competências.

Enquadrei e mobilizei conhecimentos, previamente adquiridos na minha prática profissional e posteriormente em ambiente académico, reforçando estes com pesquisas bibliográficas por mim realizadas, que me permitiram desenvolver habilidades técnicas e capacidades de reflexão na ação, culminando no desenvolvimento de uma prática de cuidados de enfermagem especializados à PSC, nos diferentes contextos.

Tenho a destacar, o desenvolvimento da minha perspicácia e eficiente mobilização de conhecimentos no processo de aprendizagem, perante situações de complexidade, permitindo assim, desenvolver capacidades de adaptação da forma de pensar e agir, adequando os cuidados de enfermagem por mim prestados à PSC ou potencialmente crítica e sua família. Saliento igualmente a priorização da prestação de cuidados e igualmente na gestão emocional da PSC e sua família.

Esteve sempre presente em ambos os locais de estágio, a preocupação em identificar áreas de necessidade formativa da equipa de enfermagem, porém devido à situação pandémica vivenciada, não foi possível realizar sessões formativas no local com a equipa completa, como no caso do SUG, que a mesma tinha sido planeada e posteriormente cancelada.

Tendo adaptado ao contexto vivido às necessidades dos serviços que me encontrava a estagiar, enquadrei no SUG, o fenómeno de investigação em estudo, intitulado de *“Intervenções Não-farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”*, tendo realizado um cartaz informativo que se encontra exposto no local.

No caso da UCI, e face a lacunas identificadas em conjunto com a chefia de enfermagem, realizei um folheto informativo com orientações para a pessoa que será submetida a um processo cirúrgico complexo e sua família em pandemia, com relevante

contributo na promoção da saúde e na humanização dos cuidados, promovendo deste modo, o cuidar das famílias que acompanham a pessoa, pois estas carecem, igualmente de cuidados, devendo sempre estabelecer parcerias de cuidado, envolvendo-os e acolhendo-os no processo de cuidar da pessoa.

A realização da *scoping review*, veio capacitar-me para uma PBE científica, bem como capacitar, desenvolver e aprofundar os meus conhecimentos na utilização da metodologia de investigação, bem como aprofundar o meu conhecimento numa área que apresenta benefícios para a qualidade de cuidados para com a PSC, como é o caso das intervenções-não farmacológicas do uso do som.

Após o desenvolvimento do conhecimento na temática, pondero futuramente uma realização de uma revisão sistemática de literatura de eficácia.

Com os resultados obtidos com esta investigação, sem dúvida, que poderá ocorrer uma mudança na conduta profissional e o uso de intervenções não-farmacológicas do uso do som na prestação de cuidados à PSC, seja um contributo precioso quer para a qualidade de vida no internamento, bem como na alteração de comportamentos por parte das equipas.

Em ambos os locais de estágio, comuniquei, sempre que possível, os resultados da investigação aplicada a audiências especializadas.

Pela procura constante da qualidade dos cuidados de enfermagem, participei em cursos de formação diversificada, em áreas que identifiquei dificuldades.

Ter desenvolvido estágios em ambientes tão distintos, como o caso do SUG e da UCI de Cirurgia Cardiorácica, foram cruciais para a otimização da prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família.

Consegui desenvolver competências científicas e adquirir inúmeros conhecimentos para a melhoria de competências técnicas, tendo por base a prática direta de cuidados de enfermagem especializados, a reflexão na e sobre a prática e a investigação sobre a mais recente evidência científica.

No primeiro estágio, desenvolvido no SUG, considero que foi enriquecedor, principalmente porque estive em contacto com uma realidade distinta da minha, mas com as suas semelhanças.

Reagir em tempo útil perante situações complexas, assegurando os melhores cuidados no âmbito da área de especialização, foi algo que marcou este estágio, como demonstrado neste relatório. Penso, assim, ter conseguido adquirir novas competências e habilidades de cuidar da PSC na minha prática de cuidados.

Deste modo, consegui desenvolver e cimentar competências, bem como adquirir importantes conhecimentos a serem aplicados na prática laboral quotidiana, tendo as reflexões na e da ação, contribuído ativamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC.

Por sua vez, o estágio desenvolvido na UCI de Cirurgia Cardiorácica, foi um estágio rico em experiências distintas, das que tenho no meu quotidiano laboral, tendo tido uma visão mais alargada e específica da prestação de cuidados de enfermagem à PSC com marcada instabilidade hemodinâmica.

Intervir num ambiente altamente tecnológico, com necessidade de monitorização constante e contínua, tornou-se para mim um desafio. A elevada complexidade e a capacidade de instruir protocolos terapêuticos, enquadrando o domínio tecnológico, com o conhecimento técnico-científico, tendo sempre presente, a humanização dos cuidados, foi extremamente desafiante, exigindo uma consulta e análise bibliográfica mais aprofundada, desenvolvendo assim, habilidades técnicas e capacidade de reflexão na ação, como recurso para conseguir adquirir competências de enfermeira especialista.

De um modo geral, considero que os objetivos delineados, apresentavam-se coerentes, aplicáveis e exequíveis à formação reflexiva e ponderada.

A diversidade de aprendizagem proporcionou um crescimento contínuo em diferentes vertentes.

Ambos os campos de estágio têm algo que os salientam e isso é o rigor do cumprimento das dotações seguras, que diretamente, melhoram o agir profissional baseado numa prática profissional de excelência.

Outro ponto em comum a ambos os campos de estágio, foi a evolução do raciocínio clínico inerente ao processo de tomada de decisão.

Primeiramente, porque no quotidiano laboral sou constantemente confrontada por problemas e esta ferramenta ser essencial para capacitar um enfermeiro especialista na resolução dos problemas que ocorrem. Escolhendo a melhor alternativa, e garantir pela avaliação, que foi tomada a melhor decisão, constitui uma ferramenta importante na gestão dos cuidados de enfermagem, como no caso exposto no subcapítulo da UCI, na decisão de diminuição da sedação.

O aumento do conhecimento científico e a procura constante por este, é essencial para fundamentar cada tomada de decisão. Estes dois campos de estágios distintos, permitiram-me refletir na e sobre a prática, mas principalmente promover o desenvolvimento

profissional nos serviços, pois o enfermeiro especialista é um enfermeiro de referência, que reflete na sua atuação a excelência do exercício.

Deste modo, a tomada de decisão é fundamental para que, enquanto futura enfermeira especialista, agir com autonomia e destreza perante situações de instabilidade e imprevisibilidade, que foram competências aprimoradas nestes estágios.

Creio ter atingido, positivamente, de forma global, o desafio a que me propus inicialmente, com todos os planos delineados, com todos os objetivos definidos, apesar de todas as dificuldades e obstáculos encontrados.

Em súmula, considero atingidos os objetivos propostos, assim como, a aquisição de competências especializadas em enfermagem na vertente PSC. Considero que este percurso acadêmico, alterou o meu atuar, bem como o meu fazer, o meu saber e o meu pensar para com a enfermagem, encarando-a com uma profunda maturidade.

Em súmula, com todo o trabalho de aquisição de conhecimento e competências desenvolvido, considero atingidos os objetivos propostos, revelando iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na área de especialização, desenvolvendo progressivamente uma conduta autónoma especializada, como demonstrado neste relatório.

Face à necessidade de responder aos mais elevados PQCE, baseados nos princípios técnico-científicos, éticos, deontológicos e jurídicos, firmando e dignificando o exercício autónomo da profissão de modo esclarecido, responsável e justo, consegui desenvolver um agir consciente e reflexivo, tendo a responsabilidade e o zelo das pessoas-alvo dos meus cuidados de enfermagem, sempre presente.

Considero igualmente que este percurso acadêmico, alterou o meu atuar, bem como o meu fazer, o meu saber e o meu pensar para com a enfermagem, encarando-a com uma profunda maturidade.

Deste mestrado, levo para o meu quotidiano laboral, a responsabilidade inerente às competências de enfermeira especialista adquiridas, bem como a certeza que ao ser elemento diferenciado na minha equipa, a minha prática e os cuidados de enfermagem por mim prestados, serão distintos. Dignificarei esta prática que aprimorei neste percurso, com responsabilidades na formação, gestão, investigação e melhoria constante da qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGHAIE, B., REJEH, N., HERAVI-KARIMOOI, M., EBADI, A., MORADIAN, S. T., VAISMORADI, M. e JASPER, M. (2013). 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>
- AKANSEL, N., e KAYMAKÇI, S. (2008). Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1581–1590.
- ALASAD J, e AHMAD M. (2005) Communication with critically ill patients. *J Adv Nurs*. Consultado a 19 outubro 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15842442/>
- ALLIGOOD, M. e TOMEY, A. (2011) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lisboa: Lusodidacta. 766 p. ISBN 9789728383749
- ALMERUD, S. e 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)
- ANDERSON, A., OMBERG, M. e SVEDUNG, M. (2006). Triage in the emergency departement – a qualitative study of the factos wich nurses consider when making decisions. *Nursin in Critical Care*. 11(3), 136-145.

- ANTUNES, M. J. (2017) Extra-Corporeal Membrane Oxygenation na insuficiência respiratória e circulatória agudas: uma terapêutica cada vez mais à mão. Centro de Cirurgia Cardiorádica, Hospital da Universidade e Faculdade de Medicina, Coimbra. Consultado a 30 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.revportcardiol.org/pt-extracorporeal-membrane-oxygenation-na-insuficiencia-articulo-S0870255117302160>
- APÓSTOLO, J. L. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. Revista de Enfermagem Referência II Série. ISSN 0874-0283(9), 61-67.
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (2006). Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta. 356 p. ISBN 972-8930-16-X
- AZINHAGA, A. (2014). Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. Consultado a 4 de março de 2020. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=35913&code=507>
- BAHONAR, E., NAJAFI GHEZELJEH, T. e 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>
- BARATA, G. (2011). Cuidar Com Qualidade e Competência. Universidade Católica Portuguesa, Viseu. Consultado a 17 de junho de 2020. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13813/1/guidacarrilho3.pdf>
- BARLEM E, ROSENHEIN D, LUNARDI V e FILHO W. (2008) Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. Consultado a 11 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46800>
- BARREIRA, J., CARDOSO, E. e COSTA, A. (2002). Norma de procedimentos de enfermagem no doente com drenagem torácica. Nursing 2002, 168: 25-30

- BENNER, Patrícia (2005). De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora ISBN: 989-558-052-5.
- BEUKELMAN, D. e MIRENDA, P. (2005). Augmentative and Alternative Communication: Supporting children and adults with complex communication needs (3ª ed.). Maryland: Paul H Brookes Publishing. ISBN 978-1598571967
- BILEY F. (1992). Complementary therapy: using music in hospital settings. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain – 1987), 6(35), pp. 37–39.
- BRIGA, S. (2010). Comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: Perspectivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Consultado a 10 outubro 2020. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>
- CAMARGO, F., IWAMOTO, H., GALVÃO, C., PEREIRA, G., ANDRADE, B. e MASSO, G. (2018). Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. Consultado a 21 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Jn6qys9NmzTnNYNjbtbyNNv/?lang=pt&format=pdf>
- CARVALHO, A. (2016). A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros. Consultado a 20 de novembro de 2020. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana%20Carvalho%20%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf
- CASELHAS, S. (2020). ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande. Consultado a 19 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33567/1/BCTFC115.pdf>
- CASSILETH, B. e 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.
- CAVACO, V., JOSÉ H. e LOURENÇO I. (2013). Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? – revisão sistemática. Consultado a 21 outubro 2020, Disponível em:

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13920/1/Comunicar%20com%20a%20pessoa%20submetida%20a%20ventila%C3%A7%C3%A3o%20mec%C3%A2nica%20invasiva.pdf>

CEITIL, M. (2006), *Gestão e Desenvolvimento de Competências*, 1º ed. Lisboa: edições Sílabo, Ltda.

CHALIFOUR, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 9789898075215

COELHO, F. J. C. (2017). *Liderança em enfermagem e o Burnout nos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Consultado a 17 de junho de 2020, Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20964/3/Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>

COELHO, P., FERREIRA, L., VITAL, C. e FRAGATA, J. (2018). *A Cirurgia de Substituição Valvular Aórtica Melhora a Qualidade de Vida dos Doentes?*. Consultado a 20 de setembro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.10241>

COLE, L. C. e 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>

COOPER, S. e CANT, R (2014). Measuring non-technical skills of medical emergency teams: an update on the validity and reliability of the Team Emergency Assessment Measure. Vol. 85, Nº 1, p. 31-33. Pubmed.gov. Consultado a 10 outubro 2020. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24036193>.

COSTA, L. (2015). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. Consultado a 9 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/991>

CRUZ, J. e MARTINS, M. (2019). *Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem*. Consultado a 1 de novembro de 2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn20/serIVn20a10.pdf>

- 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. e 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.
- DAVID, C. (2015). *Ventilação mecânica - da Fisiologia à Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda. ISBN 85-7309-492-3.
- DIAS, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Lisboa: Lusociência. p.197 ISBN 972-8383-75-4.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Consultado a 18 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Consultado a 22 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013). Conforto nas Unidades Hospitalares – Orientação para Administração Regionais de Saúde. Consultado a 18 de março 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013-pdf.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2015a). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Consultado a 1 de outubro de 2020. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2015b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020. Consultado a 18 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Consultado a 25 de junho de 2020. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Consultado a 1 de março de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). Consultado a 21 de abril 2020. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2016). Sistema de Gestão de Reclamações. Consultado a 13 de julho de 2020. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1864/Relat_rio_RECS_SEM_1_2016.pdf

FIGUEIREDO, M. (2009). Enfermagem de Família: um contexto do cuidar. Consultado a 20 de julho de 2020. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem>.

FREDRIKSSON, A., HELLSTRÖM, L. e 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>

GIRARD, T., PANDHARIPANDE, P. e ELY, E. (2008) Delirium in the intensive care unit. *Crit Care*. Consultado a 1 de novembro de 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18495054/>

GOLEMAN, D., BOYATZIS, R. e MCKEE, A. (2002). *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*. Boston: Harvard Business School. ISBN 9781559277440

GOLINO, A. J., LEONE, R., GOLLENBERG, A., CHRISTOPHER, C., STANGER, D., DAVIS, T. M., MEADOWS, A., ZHANG, Z. e 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>

- GOMES, C., (2008), Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente. Consultado a 4 de março de 2020. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/61008858.pdf>
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. (2015). O Sistema de triagem de Manchester e as Vias Verdes. Lisboa. Consultado a 22 de julho de 2020. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGS_circular_normativa_15_2015_triagem_e_referenciacao_interna_no_SU.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2012) *Manual de Abordagem à vítima*. 1ª ed. , versão 1.0, Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica
- INWOOD, H. (2002). *Adult Cardiac Surgery Nursing Care and Management*. London: Whurr Publishers. ISBN 1861-56-278-0.
- JABER, S., BAHLOUL, H., GUÉTIN, S., CHANQUES, G., SEBBANE, M. e 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.
- KOLCABA, Katharine. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. (S. P. Company, Ed.). New York.
- LAZURE, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 9789729539954
- LEAL, F. (2003) Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Consultado a 20 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/9903/9641>
- LUNA, A.; ENTRINGER, A. e SILVA, R. (2016). Prevalência do subdiagnóstico de delirium entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Consultado a 11 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6238>

- MADDOX, R., RUSH, D., RAPP, R., FOSTER, T., MAZELLA, V. e MCKEAN, H. (1977) Double-blind study to investigate methods to prevent cephalothin-induced phlebitis. Consultado a 19 de setembro de 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/831472/>
- MCEWEN, M. e WILLS, E. (2009). Bases teóricas para Enfermagem. Lisboa: Artmed. 576 p. ISBN 978-8-5363-1788-5.
- MEDEIROS, R., FERREIRA JÚNIOR, M., PINTO, D., COSTA, I., SANTOS, V. e VITOR, A. (2014) Assistência de enfermagem a pacientes em uso de sonda gastrointestinal: revisão integrativa das principais falhas. Acedido em novembro 2020 Consultado a 18 de outubro de 2020. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/288/107>
- MELEIS, Afaf. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reserarch and Practice. Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- 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. e 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~>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992). Decreto-Lei nº 437/91 de 08 de novembro do Ministério da Saúde publicado em Diário da República, nº257, Série I. Consultado a 1 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/331852/details/maximized>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro publicado em Diário da República nº184, Série I. Consultado a 11 de julho de 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/490413>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Consultado a 11 de julho de 2020. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%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 n.º 153/2014, a 11 de agosto de 2011, Série II. Consultado a 12 de abril de 2020. Disponível em: <https://dre.pt>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, Despacho n.º 1400-A/2015 publicado em Diário da República, a 10 de fevereiro de 2015, n.º 28, Série II. Consultado a 12 de abril de 2020. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018a). Regulamento n.º 392/2018 de 28 de junho de 2018 do Ministério da Saúde publicado em Diário da República n.º 123/2018, Série II. Consultado a 1 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115603190/details/maximized>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018b). Serviço Nacional de Saúde - Centros de Referência. Consultado a 24 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cr-relatorio-pt-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2019). Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência - Relatório Grupo de Trabalho – Serviços de urgência. Consultado a 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A7%C3%A3o.pdf>

MONTEIRO, S., TIMÓTEO, A., CAEIRO, D., SILVA, M., TRALHÃO, A., GUERREIRO, C. e MORAIS, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança. Consultado a 2 de outubro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>

NASCIMENTO, K. e ERDMANN, A. (2006). Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. Rev Enferm UERJ. 2006;14(3):333-41.

OECH, R. V. (2003) Espere o Inesperado (ou você não o encontrará). - Uma ferramenta de criatividade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. ISBN: 9788528610147

OLIVEIRA, C. (2017). Intervenções de Enfermagem Especializadas na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica Invasiva na Pessoa em Situação Crítica.

Consultado a 1 de novembro de 2020. Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21124/1/Relat%C3%B3rio%20de%20estagio%20final%20-%20Carina%20Oliveira.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>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. Consultado a 16 de novembro de 2020. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Consultado a 3 de novembro 2020. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/POCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014) Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Consultado a 12 de julho de 2020. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Consultado a 22 de fevereiro de 2020. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Consultado a 2 de fevereiro de 2020. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica n.º 429/2018 publicado em Diário da República, II Série de 2018-07-16. Consultado a 3 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista n.º 140/2019 publicado em Diário da República, II Série de 2019-02-06. Consultado a 3 de fevereiro 2020. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2009). Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. Consultado a 21 de outubro de 2020. Disponível em: <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Implementac%CC%A7a%CC%83o-da-Lista-de-Verificac%CC%A7a%CC%83o-de-Seguranc%CC%A7a-Ciru%CC%81rgica-da-OMS-.pdf>
- PAIVA, A. (2016). A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp. 5-7). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN 978-9892071350
- PEPLAU, H. (1990) Relaciones en enfermeria. Barcelona: Salvat Editores. ISBN 978-8445801468
- PEREIRA, C. (2019). Pessoa em Situação Crítica e Prevenção da Infecção: Intervenção de Enfermagem Especializada. Consultado a 1 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32068/1/Relat%25C3%25B3rio%2520de%2520Est%25C3%25A1gio_%2520Cl%25C3%25A1udia%2520Pereira%25208322.%2520CMEPSC.pdf
- PINTO, T. (2015). De iniciado a perito um percurso a construir na promoção da parentalidade. Consultado a 11 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16413/1/De%20iniciado%20a%20perito%20um%20percurso%20a%20construir%20na%20promocao%20da%20parentalidad e.pdf>
- PIRES, C. (2015). Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências. Consultado a 11 de janeiro de 2020. Disponível em:

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19638/1/Relat%25C3%25B3rio%2520Mestrado%2520Carla%2520Pires.pdf>

PONTES, B. (2008) Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM. Barcarena: Universidade Atlântica, 2008.

POPE, D. (2010). Decibel levels and noise generators on four medical/surgical nursing units. *Journal of Clinical Nursing*. Consultado a 5 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20920074/>

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (2020). Decreto nº 2-A/2020, publicado em Diário da República a 20 de março de 2020, nº 57, Série 1, nº 57. Consultado 1 de abril 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. e 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>

RICHARDSON, A., ALLSOP, M., COGHILL, E. e TURNOCK, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? Consultado a 11 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17983362/>

SILVA, M. (2017). Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade. Consultado a 5 de março de 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Vers%c3%a3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>

SILVA, M. (2017). Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade. Consultado a 12 de julho de 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Vers%c3%a3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>

Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde (2020). SClínico - Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH). Consultado a 12 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (2014). Recomendações de 2014 da ESC para o diagnóstico e tratamento das doenças aórticas. Consultado a 5 de outubro de 2020. Disponível em: <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Doen%C3%A7as-A%C3%B3rticas.pdf>
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. (2008). Transporte de doentes críticos - recomendações Consultado a 16 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- SOUSA, F. (2015). Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem. Consultado a 10 de janeiro de 2021. Disponível em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/5500/1/phd_fantsousa.pdf
- SOUSA, N. (2013). Prevenção da pneumonia por aspiração: revisão sistemática. Consultado a 18 de outubro de 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70898/2/30768.pdf>
- VEENEMA, T., GRIFFIN, A., GABLE, A., MACINTYRE, L., SIMONS, R., COUG, M. e LARSON, E (2016). Nurses as Leaders in Disaster Preparedness and Response--A Call to Action. Consultado a 11 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869230/>
- VERÍSSIMO, M. (2013). Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na prevenção e avaliação do risco de úlceras de pressão ao doente internado no serviço de urgência. Consultado a 27 de junho de 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6200/1/trabalho%20de%20projeto%20final%20Monica%20Verissimo.pdf>
- VERITY, S. (1996) Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. Consultado a 10 de outubro de 2020. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339796812614>
- WATSON, J. (2002). Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9
- 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.

YAMAN AKTAŞ, Y. e 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>

APÊNDICES

APÊNDICE I: Scoping Review: *“Intervenções Não-farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”*

Intervenções não-farmacológicas com 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 sound in caring for people in critical situations

Estêvão, Inês ⁽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;

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. E dar resposta a qual a sua aplicabilidade e, respetivos 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: adultos, pessoas em situação crítica, intervenções não-farmacológicas com a utilização do som e unidades cuidados intensivos (UCI). Como critérios de exclusão foram definidos: as crianças (0-18anos), ruídos 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 e de estados, o que leva à redução de taxas de administração de sedativos (Golino et al., 2019). 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 VM (Aghaie et al., 2013).

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 (Golino et al., 2019). 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 MV (Aghaie et al., 2013).

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 (Yaman e Karabulu, 2015; Puntillo et al., 2013).

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 (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Deste modo, 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, são temas a considerar (Fredrikson, Hellstrom e Nilsson, 2009).

Se olharmos em retrospectiva, desde 1800 que a música era utilizada com o sentido curativo, a própria Florence Nightingale reconheceu efeitos benéficos e de cura na música e na voz humana (Buckwalter et al., 1985). 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 (Harrison, 2004). São descritos como benefícios desta, o facto de terem poucos ou nenhuns efeitos secundários, possibilidade de controlo e envolvimento no processo de tomada de decisão sobre tratamentos e serem técnicas não invasivas (Chlan, 1998).

De acordo com Cassileth e Gubili (2010) as terapias complementares, das quais fazem parte as com o uso do som, podem atuar através de efeitos analgésicos diretos, de uma ação anti-inflamatória ou por distração, com o objetivo de alterar a perceção da dor e reduzir este sintoma, assim como ajudar a relaxar, melhorar o sono ou diminuir os vômitos, a ansiedade, a depressão, as náuseas e a neuropatia. Para estes mesmos autores, quando as terapias complementares são usadas em conjunto com um regime farmacológico é possível melhorar a eficácia e reduzir os custos.

As vantagens de incorporar terapias complementares nos cuidados 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 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 nos cuidados aos doentes (Cole e LoBiondo-Wood, 2014).

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 ao contexto do fenómeno em estudo, definimos como objetivo: mapear e sistematizar quais 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, pretendemos 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, elege-se uma *scoping review*, pois esta concerne uma síntese de conhecimento, com o objetivo primordial de mapear os principais conceitos e evidências que apoiam determinada área de conhecimento e investigação, bem como examinar a extensão, o alcance e a natureza da investigação em determinada área, neste caso na utilização do som (Peters et al., 2015).

Ao proceder-se à realização desta *scoping review* teve-se por base as recomendações metodológicas e estruturais de Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual (Peters et al., 2015).

Seguidamente, definiram-se os critérios de elegibilidade, com a finalidade orientar a pesquisa e selecionar a literatura em função do objetivo do estudo (*Tabela 1*). Foram excluídos estudos publicados em outros idiomas, a faixa etária inferior a 18 anos e artigos/ estudos que referissem intervenções farmacológicas, visto desenquadrar-se no conceito e contexto definidos.

Incluímos artigos de diversos idiomas (português, inglês, espanhol e francês), artigos com texto integral disponível gratuitamente, sem limitação de friso temporal, atendendo a que o fenómeno em estudo ainda apresenta reduzida quantidade de artigos publicados 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 com a utilização do som 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruídos
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades cuidados intensivos 	<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.

Deste modo, recorreu-se à 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 Index; 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, leram os textos completos e extraíram os dados do material achados para o objetivo proposto.

Posteriormente, os artigos selecionados foram alvo de uma leitura integral, que precede a sua integração na amostra final selecionada.

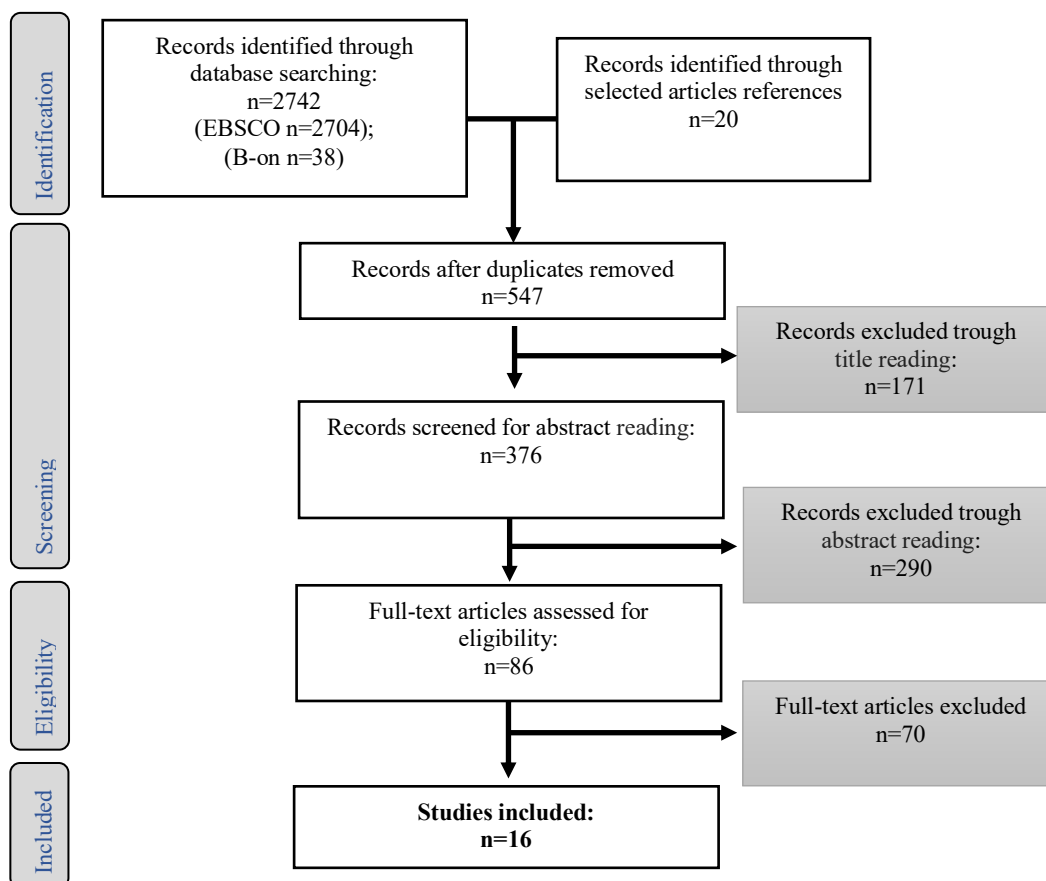
Os artigos foram caracterizados segundo o seu nível de evidência e grau de recomendação baseada no New Joanna Brigs Institute permitiu fazer uma apreciação preliminar da qualidade metodológica e rigor da evidência. (Joanna Briggs Institute, 2014)

Resultados

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

Primeiramente 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. O propósito de uma *scoping review* é agregar os resultados e apresentar uma visão geral, em vez de uma meta-síntese. Desse modo, os dados extraídos dos documentos incluídos serão apresentados de forma tabular e num formato narrativo conforme o objetivo da revisão para relatar os resultados e resumo da análise (Halas et al., 2015).

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 randomiza do	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 randomiza do	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	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

				da dor dos doentes internados em UCI		significado especial individual e assim atua no alívio da dor. É benéfica se 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.
E5	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.
E6	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	66 doentes	<u>O que considera:</u> A música tem uma influência que pode ser usado como uma ferramenta terapêutica para diminuir <i>scor</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

				sob VM após cirurgia cardiovascula r		colaterais; <u>Enfermagem:</u> ferramenta para a enfermagem.
E7	2014	Puntillo et al.	Scoping review	Análise de estratégias não- farmacológica s 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.
E8	2013	Chlan et al.	Ensaio clínico randomiza do	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.
E9	2013	Aghaie B., Rejeh N., Heravi- Karimooi M., Ebadi A., Moradian S.T., Vaismoradi M., Jasper M.	Ensaio clínico randomiza do	Identificar o efeito da terapia de som baseada na natureza (N-BS) na agitação e ansiedade em pacientes com enxerto de revascularizaç ão 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.

						<p><u>Aplicabilidade:</u> técnica económica e eficiente para aliviar a ansiedade.</p> <p><u>Enfermagem:</u> intervenção autónoma.</p> <p><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.</p>
E 10	2011	Tracy, M. F., & Chlan, L.	RSL	Analisar intervenções não-farmacológicas na manutenção de sintomas comuns em pacientes VM	46 estudos	<p><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.</p> <p><u>Benefícios:</u> diminui a ansiedade, promove o sono e um ambiente de cura, minimiza o ruído.</p> <p><u>Aplicabilidade:</u> fácil e económico.</p> <p><u>Enfermagem:</u> intervenção autónoma.</p>
E 11	2011	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	<p><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;</p> <p><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.</p> <p><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.</p>

E 12	2007	Jaber, S.	Ensaio clínico randomiza do	Comparar os efeitos da música em pacientes entubados durante o desmame da ventilação mecânica	31 doentes	<p><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.</p> <p><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.</p> <p><u>Aplicabilidade:</u> fácil aplicabilidade, economicamente vantajosa, resiliente e adequada a um grande número de pessoas, melhora a experiência de internamento do paciente.</p> <p><u>Outras informações:</u> Diminuição de RASS e BIS estão associados a uma diminuição significativa de sensação dolorosa.</p>
E 13	2004	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		<p><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.</p> <p><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.</p> <p><u>Aplicabilidade:</u> simples, económica e pode reduzir a necessidade de medicamentos sedativos, portanto levando a uma</p>

recuperação mais rápida.

Outras informações: a música é um analgésico natural, pois reduz a percepção da dor pelo aumento de endorfinas.

14	2003	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</p>
----	------	-----------------------------	---------------------------------	---	----------------------	---

						angústia e ansiedade sem recorrer a medicamentos.
E 15	2003	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		<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 preferências pessoais.</p>
E 16	1998	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</p>

frequência respiratória e cardíaca, eficaz para melhor lidar com experiências angustiantes associadas a VM.

Aplicabilidade: fácil e de baixo custo de implementação.

Discussão

Os resultados desta revisão evidenciam o uso de intervenções não-farmacológicas da utilização do som no cuidado à pessoa em situação crítica, 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.

Os achados revelam que esta é uma técnica de reduzida complexidade e que acarreta baixos custos, porém, até o momento, a evidência do uso da música na pessoa em situação crítica, são maioritariamente para ventilação invasiva ou numa 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. (Messika et al, 2018).

A maioria dos estudos focaram-se em variáveis fisiológicas e psicológicas, embora os resultados centrados na pessoa precisem ser investigados, incluindo a longo prazo, numa perspetiva de um internamento numa unidade de cuidados intensivos. Nesse sentido, a utilidade do uso do som em relação ao desempenho e trabalho do cuidador em contexto de unidade de cuidados intensivos foi avaliada. Além de que, a audição de música não controlada ainda precisa ser demonstrada, especialmente do ponto de vista de custo-benefício na unidade de cuidados intensivos. No entanto, o uso indiscriminado de intervenções musicais na unidade de cuidados intensivos, sem uma verdadeira relação terapêutica para fins de relaxamento, pode levar ao abandono dessas promissoras terapias adjuvantes. (Messika et al, 2016).

No contexto de uma unidade de cuidados intensivos, os doentes críticos sob ventilação mecânica invasiva quando expostos 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 dos cuidados é essencial, pois os enfermeiros devem prestar cuidados holísticos, o que inclui 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 do doente. (Fredriksson, Hellstrom e Nilsson, 2009).

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. (Golino et al, 2019).

Também podemos considerar, 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 controllo*) interno do indivíduo (Bahonar, Ghezlejehe 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 os cuidados inerentes ao doente em contexto de UCI (Aghaie et al., 2014).

O uso da terapia baseada nos sons da natureza (N-BS) permite ao hospital ter um ambiente mais tranquilo e reconfortante, neutralizando sentimentos de dor e ansiedade (Cutshall et al., 2011).

Tanto a terapia musical, a musicoterapia e a N-BS têm em comum potenciais benéficos para o doente na medida que estas têm efeitos de distração, influenciam o estado psicofisiológico, gerando a sensação de bem-estar, o que se traduz na redução do quinto sinal vital, 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, 2007; Almerud e Petersson, 2003).

De forma comum, estas apresentam baixo risco e baixo custo na sua implementação. Destas, a musicoterapia é a mais utilizada, pois tem grande eficácia comprovada (Golino et al, 2019) mas, também pelo facto dos profissionais de saúde não estarem sensibilizados para a N-BS (Bahonar, Ghezlejehe Haghani, 2019).

As terapias descritas vão de encontro ao cuidado em enfermagem e este poder ser executado de forma autónoma, mas a sua não dinamização e implementação prendem-se ao constrangimento

do rácio de enfermeiros por turno e conseqüentemente, o número de doentes atribuídos a cada profissional (Yaban, 2018).

Conclusão

O objetivo desta *scoping review* foi mapear e sistematizar quais 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., este estudo possibilitou conhecer a evidência científica, no que concerne ao uso de intervenções não farmacológicas da utilização do som na pessoa em situação crítica.

De acordo com os estudos analisados, verificamos que a musicoterapia e a N-BS são técnicas que poderiam estar cada vez mais presentes no cuidado à pessoa em situação crítica. Tanto pelo seu baixo custo monetário, como pelas vantagens para a pessoa internada. Decorrente da análise dos estudos, considera-se que esta deve ser uma intervenção não-farmacológica da responsabilidade do enfermeiro, deste modo uma intervenção autónoma de enfermagem. Atendendo ao seu cariz ser único e exclusivamente de iniciativa e responsabilidade por parte do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Como a Enfermagem é a disciplina que demonstra preocupação pelos cuidados de conforto, deve-se ponderar estabelecer uma sensibilização para a musicoterapia. Pois esta é uma forma controlada de ouvir música que influencia a pessoa fisiológica, psicológica e emocionalmente, durante o tratamento da doença lesão (Billey, 1992). Sendo considerada uma forma viável de tratamento em doentes graves na redução da angústia e ansiedade sem recorrer a medicamentos (Tracy e Chlan, 2011). 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. Além disso fones desligam o barulho de fundo indesejado (Chlan, 2013).

As limitações metodológicas deste estudo, referem-se primeiramente, ao acesso dos artigos em estudo serem de uso gratuito, excluindo deste modo, todos os que têm um custo associado, e posteriormente a análise de literatura cinzenta, onde não foi incluído o Google Academics.

Os autores tornam-se conhecedores do tema com a elaboração desta *scoping review* e, embora consuma tempo, podem desenvolver um conjunto de competências incluindo a de pesquisa da literatura e da redação científica.

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. AGHAIE, B., REJEH, N., HERAVI-KARIMOOI, M., EBADI, A., MORADIAN, S. T., VAISMORADI, M. e 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>
2. ALMERUD, S. e 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)
3. 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
4. BAHONAR, E., NAJAFI GHEZELJEH, T. e 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>
5. BILEY F. (1992). Complementary therapy: using music in hospital settings. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain – 1987), 6(35), pp. 37–39.
6. BUCKWALTER, K., HARTSOCK, J. e GAFFNEY, J. (1985). Music therapy. In G. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.). *Nursing Interventions Treatmentsfor Nursing Diagnosis*, pp. 58-74. Philadelphia, PA: Saunders.
7. CARDOSO, L., SALGUEIRO, D., MOTA, L. e PRÍNCIPE, F. (2017). A musicoterapia como intervenção autónoma de enfermagem para controlo da dor em UCI: revisão integrativa. *Millenium*, 2(4), pp. 89-97.
8. CARDOZO, M. (2004). Harmonic sounds: complementary medicine for the critically ill. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 13(22), pp. 1321–1324.
9. CASSILETH, B. e 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.
10. 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)
11. CHLAN, L. L., WEINERT, C. R., HEIDERSCHEIT, A., TRACY, M. F., SKAAR, D. J., GUTTORMSON, J. L. e 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>
 12. COLE, L. C. e 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>
 13. 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. e 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.
 14. FREDRIKSSON, A. C., HELLSTRÖM, L. e 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>
 15. GOLINO, A. J., LEONE, R., GOLLENBERG, A., CHRISTOPHER, C., STANGER, D., DAVIS, T. M., MEADOWS, A., ZHANG, Z. e 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>
 16. HALAS, G., SCHULTZ, A. S., ROTHNEY, J., GOERTZEN, L., WENER, P. e 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>
 17. 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.
 18. 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)
 19. JABER, S., BAHLOUL, H., GUÉTIN, S., CHANQUES, G., SEBBANE, M. e 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>
20. JAMES K. (1999). The joys and pitfalls of complementary therapies. *Australian nursing journal* (July 1993), 6(8), p. 34.
 21. 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
 22. 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>.
 23. 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. e 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~>
 24. MESSIKA, J., KALFON, P. e 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>
 25. 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>
 26. 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/>
 27. PETERS, M. D., GODFREY, C. M., KHALIL, H., MCINERNEY, P., PARKER, D. e 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.000000000000050>
 28. 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>
29. TRACY, M. F. e 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>
30. 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.
31. YAMAN AKTAŞ, Y. e 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>

APÊNDICE II: Plano de Sessão: *“Intervenções não-farmacológicas do uso do som na pessoa em situação crítica em contexto do Serviço de Urgência Geral”*

PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

TEMA: Intervenções não-farmacológicas do uso do som na pessoa em situação crítica em contexto do Serviço de Urgência Geral

FORMADOR: Aluna de Mestrado – Enfermeira Ana Marta Gomes

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

LOCAL: Sala multimédia do Serviço de Urgência Geral

DURAÇÃO PREVISTA: 30 minutos

PRÉ-REQUISITOS:

Licenciatura em Enfermagem e trabalhar no Serviço de Urgência Geral

OBJETIVO GERAL:

No final da sessão os enfermeiros sejam capazes de:

- Atualizar os conhecimentos sobre a utilização do uso do som na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica por meio de intervenções não-farmacológicas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

No final da sessão os enfermeiros sejam capazes de:

- Identificar quais as intervenções não-farmacológicas do uso do som aplicadas aos cuidados de enfermagem;
- Identificar as vantagens e desvantagens do uso do som integrado nos cuidados de enfermagem na pessoa em situação crítica;
- Demonstrar a aplicabilidade do uso do som nos cuidados de enfermagem.

CONTEÚDO:

Conceitos inerentes às intervenções não-farmacológicas do uso do som no cuidado à pessoa em situação crítica, contextualizado para o Serviço de Urgência Geral

METODOLOGIA:

Expositiva conjugada com o método interrogativo e ativo.

RECURSOS MATERIAIS:

- Computador com saída de som;
- Datashow;
- Pendrive;
- Software Office

AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

Discussão da temática e da apresentação em sala e observação a mobilização de conhecimento para a prática diária de cuidados de enfermagem.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO FORMATIVA			
Conteúdos	Metodologia	Avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos objetivos da sessão; - Introdução à temática. 	Método expositivo e interrogativo	Diagnóstica	5 minutos
<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos inerentes às intervenções não-farmacológicas do uso do som no cuidado à pessoa em situação crítica, contextualizado para o Serviço de Urgência Geral; - Compreender o papel do uso do som na pessoa; - Apresentar as intervenções não-farmacológicas já identificadas com a aplicabilidade do uso do som; - Uso da música, sons da natureza; - Demonstrar como o som pode ser usado no Serviço de Urgência Geral; - Aplicabilidade na sala de tratamentos. 	Método expositivo e Método ativo	Formativa	20 minutos
<ul style="list-style-type: none"> - Síntese da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão. 	Método expositivo e Método interrogativo	Sumativa	5 minutos

Observações:

- Sessão não realizada, por impedimento do serviço, devido à situação pandémica.

APÊNDICE III: Cartaz Informativo: *“Intervenções Não-farmacológicas do Uso do Som na Pessoa em Situação Crítica em contexto do Serviço de Urgência Geral”*

UMA DAS PERTURBAÇÕES GRAVES NO DOENTE CRÍTICO É O RUÍDO EM EXCESSO

ESTUDOS EFETUADOS PELA OMS SOBRE OS EFEITOS DO RUÍDO NA SAÚDE, CONCLUEM QUE OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DETETADOS SÃO A NÍVEL DA **DEPRESSÃO** E DOS **SISTEMAS CARDIOVASCULAR, RESPIRATÓRIO E MÚSCULO-ESQUELÉTICO**.

(DGS, 2013)



DEVE SER EVITADO:

- RUÍDOS DE EQUIPAMENTOS,
- TOM DE VOZ ELEVADO,
- USO INADEQUADO DE MÚSICA,
- TELEVISORES COM O VOLUME ELEVADO,
- USO DO INADVERTIDO DO TELEMÓVEL.

"BARULHO DESNECESSÁRIO, É A MAIS CRUEL FALTA DE CUIDADO QUE PODE SER INFLIGIDO TANTO A DOENTES, COMO A PESSOAS SAUDÁVEIS"

FLORENCE NIGHTINGALE, 1854



A AUSÊNCIA DE CONTROLO, GESTÃO E FALTA DE PROMOÇÃO DO CONFORTO ACÚSTICO LEVA:

- AUMENTO DA ANSIEDADE, AGITAÇÃO, CONFUSÃO, DELÍRIO E DISTÚRBO DO SONO;
- AUMENTO DO TEMPO DE RECUPERAÇÃO E POTENCIADOR DE MORBILIDADE;
- MAIOR PERCEPÇÃO DA DOR, DEVIDO AO AUMENTO DA ANSIEDADE E AGITAÇÃO;
- PROMOÇÃO DE UMA COMUNICAÇÃO INEFICAZ, POTENCIANDO O ERRO,
- AUMENTO DO DESCONFORTO E AUSÊNCIA DA SENSACÃO DE BEM-ESTAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DAS SUAS FAMÍLIAS.

"O CONTROLO DO RUÍDO É UMA IMPORTANTE ABORDAGEM NÃO-FARMACOLÓGICA NO ALÍVIO DA ANSIEDADE, PROMOÇÃO DE SONO E PREVENÇÃO DO DELÍRIO"

(MORTON & FONTAINE, 2009)

13º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, LISBOA
REALIZADO POR ENFª ANA MARTA GOMES, SOB ORIENTAÇÃO CLÍNICA DA ENFª [REDACTED]



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BAKER, C. F., GARVIN, B. J., KENNEDY, C. W., & POLIVKA, B. J. (1993). THE EFFECT OF ENVIRONMENTAL SOUND AND COMMUNICATION ON CCU PATIENTS' HEART RATE AND BLOOD PRESSURE. *RESEARCH IN NURSING & HEALTH*, 16, 415-421.
- MORTON, P. G., & FONTAINE, D. K. (2009). IMPACT OF THE CRITICAL CARE ENVIRONMENT ON THE PATIENT. IN *CRITICAL CARE NURSING - A HOLISTIC APPROACH* (9TH ED.). LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2013). CONFORTO NAS UNIDADES HOSPITALARES. ACEDIDO EM JULHO DE 2020. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.DGS.PT/DIRECTRIZES-DA-DGS/ORIENTACOES-E-CIRCULARES-INFORMATIVAS/ORIENTACAO-N-0212013-DE-31122013-PDF.ASPX](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013-pdf.aspx)

APÊNDICE IV: Póster para o III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem -
Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro: *“Utilização do
Som na Pessoa em Situação Crítica: scoping review”*



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

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.; ^(II.) RN ^(III.) Instituto de Ciências da Saúde – UCP Lisboa, Hospital Garcia de Orta; ^(III.) Instituto de Ciências da Saúde-UCP, Lisboa; RN; MsEC; 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

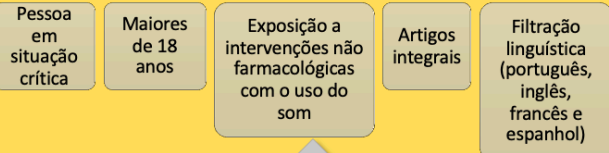
Com base nas pesquisas preliminares realizadas, definimos como método a realização de uma *scoping review*, com o objetivo de fornecer um 'mapa' das evidências disponíveis relativas ao fenómeno em estudo, podendo ser realizadas como um exercício preliminar antes da realização de uma revisão sistemática¹.

(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)



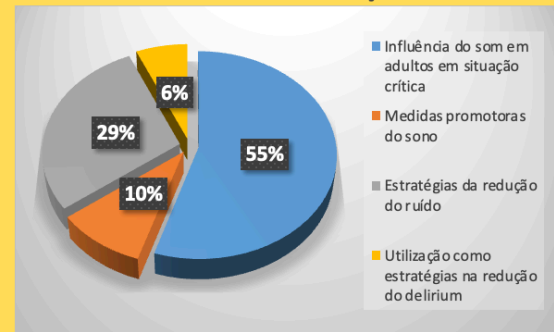
(Critical ill patient OR Critical illness OR People in critical situation OR Critical care OR Intensive care OR ICU OR Critical patient unit OR Nursing interventions OR Nursing care)
(ABST)

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.




QR CODE - Referências Bibliográficas

APÊNDICE V: *Folheto Informativo: “Guia de Orientação para o Utente - COVID-19”*

Nas deslocações entre a sua casa e o hospital evite utilizar transportes públicos. Use sempre uma máscara cirúrgica descartável nessas deslocações e coloque-a antes de sair de casa.

Lave bem as mãos antes de colocar a máscara e após a sua remoção, descartando-a imediatamente após o uso, e nunca toque na cara, nem na máscara.




SEJA UM AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA
PROTEJA-SE A SI E AOS OUTROS

EM CASO DE SINTOMAS, LIGUE: **SMS 24 808 24 24 24**

Fonte: covid19-min-saude.pt

Em caso de dúvidas deverá contactar com a Consulta de Cirurgia Cardiotorácica

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O UTENTE - COVID - 19 -



Fonte: covid19-min-saude.pt

Em tempo de pandemia da COVID-19, foi necessário adotar medidas de proteção e segurança.

Estas medidas envolvem não apenas os utentes, mas igualmente todos os profissionais que o irão acompanhar neste internamento.

ESTE GUIA DE ORIENTAÇÃO É PARA SI E PARA OS SEUS, LEIA-O ATENTAMENTE!




Guia elaborado pela Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica : Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa EnR Ana Marta Correia Gomes, sob supervisão

Novembro, 2020

O QUE É A COVID – 19?

A doença pelo novo coronavírus (COVID-19) foi identificada no final do ano 2019. Como é uma doença recente existem ainda algumas características desconhecidas. Sabe-se que é transmitida de pessoa a pessoa, possivelmente por **secreções, gotículas e aerossóis** infetados e o agente causador é o coronavírus, designado SARS-CoV-2. Estima-se que o período de incubação (entre exposição e o aparecimento de sintomas) seja entre **2 a 14 dias**.


SINAIS E SINTOMAS

Em casos mais graves pode levar a **pneumonia grave** com insuficiência respiratória aguda, falência renal ou de outros órgãos e eventual morte.

Tosse **Febre** **Dificuldade respiratória**

A MAIORIA DOS CASOS RECUPERA SEM SEQUELAS.



Fonte: covid19-min-saude.pt

CUIDADOS A TER

- ✓ Deverá ter sempre presente, uma **boa etiqueta respiratória**: quando tossir proteger o nariz e a boca, com o antebraço ou com um lenço de papel e deite-o de imediato no caixote do lixo ou na sanita e em seguida lave as mãos com água e sabão;
- ✓ **Higienização frequente das mãos**, com lavagem de água (tempo mínimo de lavagem: 20 segundos) e sabão ou solução à base de álcool. Faça-o sempre antes de comer, depois de utilizar os sanitários e depois contactar com superfícies de uso comum;
- ✓ **Evitar tocar nos olhos, nariz e boca** sem as mãos previamente lavadas ou desinfetadas com uma solução desinfetante alcoólica;
- ✓ **Evitar contacto físico** com outras pessoas;
- ✓ **Uso de máscara** em locais fechados ou com aglomeração de pessoas, onde não se cumpre o distanciamento > 1,5 metros.

VOU SER OPERADO/A? E AGORA?

Existe a possibilidade de lhe pedirem para realizar confinamento até ao dia agendado para a sua cirurgia ou outro procedimento. Neste caso deverá permanecer em casa, ausentando-se apenas caso precise de cuidados hospitalares ou por alguma questão urgente.

Mesmo que não lhe seja solicitado confinamento, deverá ter a mesma inúmeros cuidados de proteção associados:

- Não partilhe a casa com pessoas infetadas pelo vírus que causa a COVID-19, que estejam em vigilância por suspeita de infeção ou que tenham sintomas.
- De preferência, mantenha-se numa divisão da casa separada das outras pessoas que vivem consigo nos dias anteriores à cirurgia.
- Não partilhe produtos e artigos de higiene pessoal, como sabonetes, toalhas ou outros.
- Evite estar no mesmo espaço de outras pessoas com quem viva, incluindo no momento das refeições. Se isso não for possível, mantenha sempre uma distância superior a 1,5 metros de qualquer pessoa presente.
- Evite partilhar objetos domésticos, com as pessoas que vivam na mesma casa. A loiça deve ser lavada com água quente e detergente ou na máquina da loiça a temperatura superior a 60°C.
- Reforce a limpeza de locais, objetos e superfícies tocados com frequência. Os produtos de limpeza habitualmente usados são suficientes ou, em alternativa, álcool a 70% ou solução de lixívia.
- Procure usar peças de vestuário e roupa de casa (lençóis, toalhas, entre outros) que possam ser lavados na máquina a uma temperatura de pelo menos 60°C com detergente comum, que pode ser complementado por agentes ativadores contendo oxigénio. Verifique as instruções de lavagem nas etiquetas das peças.
- Mantenha uma boa hidratação e alimente-se regularmente.

ANEXOS

ANEXO I: Certificado 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



ANEXO II: Certificado de Formação Avançada “*Palliative care in critically ill patients (ICU and Emergency Dep)*”



CERTIFICADO

O Diretor do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa certifica que **ANA MARTA DA COSTA CORREIA GOMES**, nº 192019067, frequentou com aproveitamento o Módulo de Formação Avançada "*Palliative care in critically ill patients (ICU and Emergency Dep)*", com a duração de 12 horas, obtendo 2 ECTS e a classificação de 17 (dezassete) valores.

A Ação de Formação organizada por este Instituto decorreu nos dias 25 e 26 de junho de 2020.

Lisboa, 17 de julho de 2020

O Director do ICS

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas)

ANEXO III: Certificado de Formação “*Curso de Prevenção e Tratamento de Feridas*
– *Da Evidência à Prática*”



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

CEFOLGEST

FORMAÇÃO E CONSULTORIA, LDA.

Praça Manuel Fernandes da Silva, nº 78

– Lamações Braga

NIF: 507825772

Certifica-se que Ana Marta Correia Gomes, concluiu com aproveitamento o **2º CURSO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS – DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA, 6ª edição**, com duração de 30 horas, obtendo a classificação final de 89%.

Braga, 10 de julho 2020

A Responsável pela Entidade Formadora,

A Responsável da Cefolgest,



MOD.082.00

ANEXO IV: Pedido de Submissão para Publicação da *Scoping Review*: “*Intervenções Não-farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica*”

[eglobal] Acuse de recibo del envío

M^a José López Montesinos via Revistas Científicas de la Universidad de Murcia
<editum@um.es>

qua, 14/07/2021 17:28

Para: Filipa Fernandes Veludo <fveludo@ics.lisboa.ucp.pt>; Ana Marta Correia Gomes
<anamarta_29@hotmail.com>

Estimado/a Inês Estêvão, Ana Marta Gomes, Filipa Alexandra Veludo Fernandes:

Inês Estêvão ha enviado el manuscrito "Intervenciones no farmacológicas con uso de sonido en la atención de personas en situaciones críticas " a Enfermería Global.

Si tiene cualquier pregunta no dude en contactarme. Le agradecemos que haya elegido esta revista para dar a conocer su obra.

M^a José López Montesinos

Enfermería Global