

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

7ª Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da
Pessoa em Situação Crítica**

Diana Coelho Gomes

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

7ª Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da
Pessoa em Situação Crítica**

Apresentado para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica.

Diana Coelho Gomes- 5180016

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Professora Orientadora: Profª Maria dos Anjos Dixe

Leiria, novembro 2020

*“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas.
Pessoas transformam o mundo.”*

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram para a conclusão deste percurso com sucesso.

Aos meus pais, pois sem o apoio e amor incondicionalidade vocês, eu nada seria

Agradeço ao meu marido Miguel, por todo o amor e apoio que me foi dado durante esses anos e por ter sido, muitas vezes, mais que um companheiro, o meu braço direito e esquerdo, a minha sanidade mental. Amo-te.

Aos meus avós (in memoriam), donos da bondade que eu sigo procurando no mundo, foram e são as pessoas que eu mais admiro. Toda a minha pratica profissional dedico e pratico como se cada doente fosse um de vocês. Afinal, ensinaram-me a amar e cuidar do próximo como a nós mesmos.

À Prof^a. Maria dos Anjos Dixe, por ter conduzido a orientação deste trabalho com maestria, por ter me impulsionado a alcançar sonhos maiores. Obrigada pela disponibilidade, atenção e momentos de aprendizagem.

Agradeço em especial à Prof^a. Carla Damásio, por ter acreditado em mim e fez com que eu acreditasse também, tornando-se muito mais do que uma professora, um exemplo a seguir. Obrigada por todos os momentos que passamos juntas, por toda a aprendizagem.

Agradeço também, a todos os professores e professoras do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Departamento de Enfermagem, que colaboraram e foram se suma importância na minha formação enquanto Enfermeira e Mestre.

Um agradecimento especial aos meus colegas de mestrado e as orientadoras de Ensino Clínico. Em especial às colegas Joana Barradas, Patricia Lopes, Ivone Mouro e Helena Monteiro, agradeço pela convivência diária, momentos partilhados e amizades constituída. Espero mantermos sempre nossa amizade e união.

E por fim, ao Instituto Politécnico de Leiria, por proporcionar-me educação de qualidade, além de conhecimento científico e experiências essenciais a minha formação.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio de cunho profissional (Parte I), surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, tendo como objetivo relatar e evidenciar, através de uma análise reflexiva, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas ao longo de três ensinamentos clínicos (EC) propostos. Para o desenvolvimento das competências comuns e específicas e aprimoramento das práticas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, os EC decorreram entre 2019 e 2020, em três locais distintos, nomeadamente: Serviço de Urgência Geral do Hospital Santo André (Leiria), Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Santo André (Leiria) e no Centro de Diálise DaVita (Leiria).

O componente de investigação (Parte II) deste relatório foi desenvolvido através de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), tendo como objetivo sintetizar as evidências científicas relativamente à eficácia da musicoterapia aplicada pelos enfermeiros no alívio da dor em doentes críticos. A musicoterapia, em consonância com o tratamento alopático, proporcionam ao doente um desfecho positivo, proporcionando um importante espaço para reconhecer e amenizar as dores e angústias vivenciadas pelo doente em cuidados críticos. Ressalta-se o potencial da musicoterapia como estratégia para melhorar o enfrentamento e potencializar o relacionamento terapêutico e humanizado ao doente crítico.

Palavras-Chave: Enfermagem, Enfermeiro especialista, Pessoa em situação crítica, Relatório de estágio, Dor, Musicoterapia.

ABSTRACT

This Professional Internship Report (Part I), appears within the scope of the Master's in Medical-Surgical Nursing (Area in Nursing to the Person in Critical Condition) at the Higher School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria, with the objective of reporting and evidencing, through a reflective analysis, the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing (Area in Nursing to the Person in Critical Condition), developed over the three proposed clinical teaching (CT). For the development of common and specific skills and the improvement of nursing practices in the care of patients in critical situations, the clinical teaching took place between 2019 and 2020, in three different locations: General Emergency Service of Hospital Santo André (Leiria), Intensive Care Unit at Hospital Santo André (Leiria) and at the DaVita Dialysis Center (Leiria).

The research component (Part II) of this report was developed through a Systematic Literature Review (RSL), aiming to synthesize the scientific evidence regarding the effectiveness of music therapy applied by nurses in relieving pain in critically ill patients. Music therapy, in line with allopathic treatment, provides the patient with a positive outcome, providing an important space to recognize and alleviate the pain and anguish experienced by the patient in critical care. The potential of music therapy as a strategy to improve coping and enhance the therapeutic and humanized relationship with the critically ill is emphasized.

Keywords: Nursing, Specialist nurse, Person in critical situation, Internship report, Pain, Music therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AV - Acessos Vasculares

BPS - Behavioral Pain Scale

BIS - Índice Biespectral

CHL - Centro Hospitalar de Leiria

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRE - Enterobacteriaceae resistente a antibióticos carbapenema

CVC - Cateter Venoso Central

DGS -Direção Geral de Saúde

DRC- Doença/Doente Renal Crónico

EC- Ensino Clínico

EDEN - Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde

EEM - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EE - Enfermeiro Especialista

EMC -Enfermagem Médico-cirúrgica

EN - Escala Numérica da Dor

EPI -Equipamentos de Proteção Individual

EVA - Escala Visual Analógica da Dor

EUA - Estados Unidos da América

FAV- Fístula arterio venosa

GHAF - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

GID- Gestão Integrada de Doença

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IMV - Intoxicação Medicamentosa Voluntária

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

IPL- Instituto Politécnico de Leiria

JCI - Joint Commission International

OE- Ordem dos Enfermeiros

OM- Ordem dos Médicos

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAV- Prótese artério venosa

PCR -Parada Cardiorrespiratória

PIASNE - Programa Integrado de Assistência Social, Nutrição e Enfermagem

PIC - Pressão Intracraniana

PIGAV - O Programa Integrado de Gestão de Acessos Vasculares

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos

REPE -Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RENNDA - Registo Nacional de Não Dadores

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SABA - Soluções Antissépticas de Base Alcoólica

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUG - Serviço de Urgência Geral

TISS -*Therapeutic Intervention Scoring System*

UIT- Unidades Individualizadas de Tratamento

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VNI - Ventilação Não Invasiva

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| ÍNDICE DE FIGURAS | xi |
| ÍNDICE DE QUADROS | xii |
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO | 17 |
| 1.1. ENSINO CLÍNICO I – URGÊNCIA | 17 |
| 1.2. ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS..... | 20 |
| 1.3 ENSINO CLÍNICO III – CENTRO DE DIÁLISE DAVITA LEIRIA..... | 22 |
| 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 25 |
| 2.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL | 25 |
| 2.2 MELHORIA DA QUALIDADE | 30 |
| 2.3 GESTÃO DOS CUIDADOS | 34 |
| 2.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS..... | 39 |
| 3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 43 |
| 3.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA. | 43 |
| 3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO | 49 |
| 3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA..... | 52 |
| PARTE II- Eficácia da musicoterapia aplicada pelos enfermeiros no alívio da dor em doentes críticos.: Revisão sistemática da literatura. | 57 |
| 1. INTRODUÇÃO | 59 |
| 2. METODOLOGIA | 62 |
| 2.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO | 62 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2 OBJETIVOS..... | 63 |
| 2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS | 63 |
| 2.4 ESTRATÉGIA DE PESQUISA..... | 64 |
| 2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS SELECIONADOS..... | 65 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 67 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 74 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 75 |
| APÊNDICE | 81 |
| APENDICE I- Table top Catástrofe..... | 82 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- Fluxograma de seleção de estudos acerca da musicoterapia no alívio da dor do doente crítico para inclusão nesta revisão sistemática da literatura..... | 65 |
|--|----|

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Método e Nível de Evidência dos Estudos Seleccionados..... | 66 |
| Quadro 2 – Intervenções e Escalas utilizadas nos Estudos Seleccionados..... | 67 |
| Quadro 3- Estudos incluídos na revisão sistemática sobre musicoterapia e alívio da dor no doente crítico..... | 69 |

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste relatório de estágio com o componente de investigação surge integrado no 2º ano do Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, inserido na Unidade Curricular “Relatório de Estágio”, integrada no 7º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL). A conclusão deste e a sua defesa pública, tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre.

O desafio de ingressar neste mestrado surge com o intuito de complementar a minha formação teórica e prática, e desenvolver competências e habilidades no âmbito da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Durante a minha trajetória profissional tive a oportunidade de trabalhar no Brasil em uma unidade de internamento cirúrgico, onde também tive a oportunidade de ser supervisora clínica (professora substituta) dos alunos da licenciatura em enfermagem (2º ano). Durante os anos que atuei no internamento cirúrgico despertou a minha curiosidade pelo doente crítico, tendo em vista a complexidade de muitos doentes em pós-operatório. Nesse momento, como forma de complementar minha formação e aprimorar meus conhecimentos iniciei a pós-licenciatura em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.

Durante a realização da minha pós-licenciatura fui desafiada a concorrer ao Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo em consideração a minha incipiente atuação na supervisão clínica e a necessidade de aprimorar meus conhecimentos na área da educação, o meu projeto de ingresso ao mestrado foi destinado ao Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN), onde realizei o meu mestrado sob a orientação da Prof. Dra. Marta Lenise do Prado.

No fim desse processo, surgiu outro desafio, o de atuar na Noruega, onde trabalhei nos cuidados geriátricos e paliativos geriátricos. Em Portugal, iniciei minha atuação como enfermeira em um centro internacional de reabilitação, no âmbito da saúde mental, e no departamento da gastroenterologia, ambos no serviço privado de saúde. Desde janeiro de 2020 atuo no Serviço de Pneumologia Geral do Hospital Pulido Valente.

Diante desse contexto e tendo em conta a minha experiência profissional no Brasil, Noruega e Portugal, sempre tive contato com as interfaces do doente crítico, dessa forma, a curiosidade e inquietações que surgiram durante todo esse processo, juntamente com o desejo de voltar a trabalhar no âmbito hospitalar, emergi no desafio de realizar este mestrado, tendo como principal objetivo aprender, aprimorar meus conhecimentos, habilidades e competências, conhecer o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e promover a minha formação continuada e permanente ao renovar os conhecimentos já ultrapassados.

Atualmente, a prática da enfermagem está em constante transformação, imbuída de complexidades e em um grau de exigência e competências crescente, sendo necessário uma prática de supervisão consistente e de qualidade, levando em consideração a qualidade e a necessidade da formação dos profissionais. Nesse contexto, a educação permanente e contínua em Enfermagem torna-se fundamental para o aprimoramento dos conhecimentos dos enfermeiros e para a melhoria contínua da qualidade das práticas de enfermagem. (Silva, Pires & Vilela, 2011).

Em Portugal, independente da área de especialidade, todos enfermeiros especialistas possuem competências comuns a serem desenvolvidas, essas competências visam estabelecer padrões elevados de competências éticas, melhoria contínua da qualidade dos cuidados, gestão do cuidado e aprendizagem profissional (Regulamento n.o 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019).

Enquanto as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica incluem cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento 429/2018 de 16 de julho de 2018).

Durante todo o mestrado, tornou-se de suma importância a reflexão acerca da minha prática profissional. A reflexão crítica sobre a realidade torna-se uma exigência da relação Teoria/Prática, onde os sujeitos envolvidos são empoderados do próprio processo de aprendizado e tornam-se corresponsáveis pela sua formação e percepção da realidade onde estão

inseridos, deixando de ser sujeitos passivos e transformando-se em sujeitos críticos, reflexivos e pró-ativos (Freire, 1996).

O presente relatório apresenta-se dividido em duas partes essenciais. A primeira parte diz respeito ao desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), tendo como finalidade analisar de forma reflexiva e descrever as atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos (EC) ao encontro das competências e práticas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica. Os EC decorreram entre 2019 e 2020, em três locais distintos, nomeadamente: Serviço de Urgência Geral do Hospital Santo André (Leiria), Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Santo André (Leiria) e no Centro de Diálise DaVita (Leiria).

A primeira parte do relatório teve como principais guias orientadores o Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento 429/2018 de 16 de julho de 2018).

A segunda parte está reservada à componente de investigação através da realização da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) acerca da eficácia das intervenções do enfermeiro especialista no cuidado ao doente crítico com dor crónica.

Na minha prática diária como Enfermeira a desempenhar funções num Serviço de Pneumologia Geral, este tema revela-se de grande importância, tendo em vista ampliar os meus conhecimentos e aplicá-lo a minha prática profissional diária, baseando assim, a prestação de cuidados na evidência científica.

A dor, de acordo com Merskey e Bogduk (1994), foi definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a potencial ou real dano físico. Treede et al. (2015) definem a dor crónica, como a dor persistente ou recorrente, com duração superior a 3 meses, podendo considerar-se até aos 6 meses para um diagnóstico definitivo, momento em que ocorrem alterações neuroplásticas periféricas e no sistema nervoso central, na transição de dor aguda para dor crónica (Williams & Craig, 2016).

Esta RSL tem como objetivo sintetizar as evidências científicas relativamente à eficácia da musicoterapia aplicada pelos enfermeiros no alívio da dor em doentes críticos.

PARTE I- RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Levando em consideração a necessidade da formação de qualidade dos futuros enfermeiros e a constante transformação da prática da enfermagem, imbuída de complexidades e em um grau de exigência e competências crescente, o EC torna-se fundamental na formação clínica em enfermagem (Silva, Pires & Vilela, 2011).

Nesse primeiro momento, será caracterizado os locais de estágios, seguido de uma análise crítico-reflexiva e fundamentada cientificamente, das atividades desenvolvidas e vivenciadas em cada EC.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os ensinamentos clínicos foram desenvolvidos com o objetivo de cumprir a componente prática inerente a esse mestrado e foram realizados nos seguintes serviços: Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Leiria- Hospital Santo André, no período de 20 de maio a 22 de julho de 2019; Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de Leiria- Hospital Santo André, no período de 16 de setembro a 22 de novembro de 2019; Centro de Dialise DaVita, Leiria, no período de 25 de novembro de 2019 a 07 de fevereiro de 2020.

1.1. ENSINO CLÍNICO I – URGÊNCIA

O Centro Hospitalar de Leiria (CHL) tem como área de influências os seguintes concelhos: Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrogão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere, Ourém e parte dos concelhos de Alcobaça e Soure, o que abrange uma população de aproximadamente 400.000 habitantes (CHL, 2017).

O SUG do CHL tem como principal função prestar cuidados de saúde diferenciados em articulação com os cuidados de saúde primários e demais hospitais integrados a rede. Trata-se de uma unidade orgânica funcional autónoma, dotada de meios materiais, recursos humanos e técnicos que permitem o seu funcionamento com a finalidade de garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de urgência e emergência durante 24h por dia, todos os dias do ano a doentes maiores de 18 anos (CHL, 2017).

O SUG está localizado no piso 01 da torre nascente do Centro Hospitalar de Leiria, Hospital Santo André, apresenta uma moderna estrutura física e localização central estratégica, possibilitando um rápido acesso aos serviços de Imagiologia, Exames, Gastroenterologia, Medicina Intensiva e Bloco Operatório.

A estrutura física da SUG está organizada áreas, conforme o método de Triagem de Manchester, com dois postos de triagem: área verde (paciente triado como verde- pulseira verde), área amarela (paciente triado como amarelo- pulseira amarela), área laranja (paciente triado como laranja- pulseira laranja), área vermelha (paciente triado como vermelho- pulseira vermelha); área roxa (orto trauma com especialidade de ortopedia e cirurgia). Cada uma dessas áreas são organizadas em sistema “*open space*”, havendo uma ilha central onde estão os computadores para registos, os carrinhos e armários devidamente equipados com medicamentos e materiais e em volta as unidades do doente, onde ficam as macas dos doentes e uma área para cadeirões. A urgência possui um quarto de isolamento localizado na área laranja.

No que diz respeito aos recursos humanos, o SUG do CHL conta com uma equipa interdisciplinar formada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos, técnicos de diagnósticos, chefes e diretores de serviço, entre outros.

Relativamente aos recursos humanos de enfermagem, o SUG conta com o total de 97 enfermeiros ativos, sendo destes, aproximadamente, 20 especialistas. Os horários dos enfermeiros são realizados em de forma rotativa e conforme a orgânica funcional do SUG, sendo distribuídos 13 enfermeiros por cada turno, incluído o enfermeiro coordenador. O número de enfermeiros atribuído a cada posto de trabalho permanece sempre igual, independentemente da época do ano e do fluxo de atendimentos. O único momento em que o número de enfermeiros atribuídos por área de trabalho pode ser alterado é quando o Plano de Catástrofes do Hospital é ativado. Nesse caso há um plano aberto, onde possibilita toda a reestruturação do SUG e do Hospital conforme as necessidades.

Nos dois postos de triagem temos 1 enfermeiro permanente e a possibilidade de relocar um enfermeiro da área amarela quando necessário (fluxo intenso de doentes).

A área verde 1 tem a capacidade, em condições ideais, para o tratamento e observação de 13 doentes em maca e 5 em cadeirão. Nessa área são escalados 2 enfermeiros para a prestação de cuidados.

A área verde 2 ou azul, tem seu funcionamento restrito entre as 8 e as 20h, para atendimento a doentes não urgentes. Nessa área está atribuído 1 enfermeiro.

A área amarela conta com 4 enfermeiros atribuídos para os turnos da manhã e tarde e 3 enfermeiros para o turno da noite, tendo a capacidade para a prestação de cuidados de 23 doentes em maca e 14 em cadeirão.

Na área laranja são prestados cuidados e atendimento a 14 pacientes em maca e 08 em cadeirão, sendo atribuídos 4 enfermeiros para o turno da manhã e 3 para o turno da noite.

A área vermelha (emergência) tem capacidade para o atendimento de 5 emergências em simultâneo, em unidades do doente individuais, totalmente equipadas. Para essa área é atribuído 1 enfermeiro.

A área de orto trauma (área roxa) possui as especialidades de ortopedia e cirurgia e está dividida em 4 salas, sem permanência de doentes. Nessa área está atribuído 1 enfermeiro por turno.

O Gabinete de informações tem seu horário de funcionamento nos turnos da manhã e da tarde, onde está atribuído 1 enfermeiro. E por fim, um coordenador de enfermagem, que desenvolve atividades de gestão de materiais, gestão de conflitos e presta apoio a todas as áreas.

O percurso do doente no SUG pode ser realizado de duas formas: quando ele vem pelo próprio pé ou quando vem em maca acompanhado pelos bombeiros. O doente realiza a sua inscrição na área administrativa (recepção), que pode ser feita pelo próprio doente ou acompanhante e aguarda ser chamado para a triagem. Quando o doente é emergente (triado in loco pelos bombeiros ou INEM), entra diretamente para a área vermelha (emergência).

O acompanhamento familiar é realizado durante 15 minutos, 3 vezes ao dia, sendo esses as 12h, 18h e 22h. Em conformidade com a Lei nº 15/2014, onde garante a todos o direito de acompanhamento de uma pessoa por si indicada. As visitas e acompanhamento familiar são geridas pelo enfermeiro do Gabinete de informações.

Os registos de Enfermagem são realizados através de três programas informáticos distintos: o SCLinico, o GHAF (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia) e o Modulab. No SCLinico são realizados os registos e processo de enfermagem, com a linguagem baseada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). No GHAF estão as tabelas terapêuticas, e é através dele que os enfermeiros têm acesso, validam e administram a terapêutica prescrita pelo médico. No Modulab os pedidos de análises e exames são realizados e os enfermeiros tomam conhecimento e validam a colheita/realização.

1.2. ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O SMI está localizado no piso 5 da torre nascente do CHL, Hospital Santo André, apresenta uma moderna estrutura física e tecnológica, sendo considerado um serviço polivalente de nível III, pois assegura os cuidados integrais aos doentes por que se é responsável. O serviço é constituído por 10 camas, das quais 4 estão em quartos de isolamento e 6 em unidades do doente. A estrutura “*open space*” proporciona a vigilância contínua dos doentes, além de possuir tecnologia que permite monitorizar todos os doentes através de uma central de monitorização que se encontra na área de trabalho de enfermagem e na copa. A estrutura do serviço conta também com gabinetes médicos, salas de reuniões, sala de espera (visitas), armazém de equipamentos e materiais, sala de limpos e de sujos.

As unidades do doente e os quartos de isolamento são equipadas com: um ventilador mecânico, um monitor para monitorização hemodinâmica, quatro seringas e quatro bombas infusoras, um aspirador de alta pressão e um carro de apoio com material de consumo clínico (seringas, compressas, agulhas entre outros) e de higiene (toalhas, manípulos, resguardos, lençóis entre outros).

No centro do serviço localizam-se duas bancadas de trabalho com 4 computadores cada, a da esquerda é destinada a equipa médica e a da direita para a equipa de enfermagem, estando essas voltadas para as unidades dos doentes, permitindo uma visualização em 360° da unidade de forma a identificar possíveis instabilidades dos doentes de forma rápida e agir prontamente diante destas.

Na parte de trás da bancada dos computadores encontra-se uma bancada equipada com medicação e material de consumo, onde prepara-se a terapêutica a ser administrada nos doentes. Ao lado direto localiza-se uma segunda bancada onde estão armazenados os kits de procedimentos (cateter venoso central, linha arterial), os campos estéreis, batas estéreis, a máquina de gasometria e o desfibrilhador.

O serviço também possui um carro de emergência, mala da equipa de emergência, ventiladores portáteis e máquinas de hemodiafiltração.

No que diz respeito aos recursos humanos, o SMI do CHL conta com uma equipa interdisciplinar formada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente técnico, chefes e diretores de serviço, entre outros. A equipa de enfermagem conta com 32 enfermeiros, sendo que 5 são especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), 1 especialista em Enfermagem de Reabilitação e 4 especialistas em EPSC.

Os horários dos enfermeiros são realizados de forma rotativa e conforme a orgânica funcional do SMI, sendo o método de trabalho utilizado o de enfermeiro responsável, sendo no máximo, 1 enfermeiro responsável para cada 2 doentes em simultâneo. No turno da manhã o enfermeiro coordenador não cuida de doentes, sendo ele responsável pelas funções de gestão delegadas pela Enfermeira Chefe. Dessa forma, nas manhãs estão em função 6 enfermeiros, e na tarde e noite 5.

O único momento em que o rácio de enfermeiros pode ser alterado é quando o Plano de Catástrofes do Hospital é ativado. Nesse caso há um plano aberto, onde possibilita toda a reestruturação do SMI e do Hospital conforme as necessidades.

No Regulamento nº 743/2019, referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere que não deve ser levado em conta apenas o número de horas de cuidado por doente e por dia, mas também, as competências profissionais, a arquitetura da instituição, as competências profissionais, as características específicas de cada serviço, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente.

Durante dois períodos do dia, às 15h30 e às 19h30, é permitido a visita dos familiares. Neste momento o Enfermeiro responsável pelos cuidados do doente recebe e ampara a família. Após

a visita, os familiares podem falar com os médicos e pedirem maiores esclarecimentos sobre o estado clínico de saúde do doente.

O SMI constitui a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEM), que é formada por um enfermeiro e um médico com formações específicas e que tem como objetivo dar resposta as emergências que ocorram dentro do Centro Hospitalar, nomeadamente: Parada Cardiorrespiratória (PCR), perda súbita da consciência, pressão arterial sistólica inferior a 90mmHg, saturações periféricas inferiores a 90%, entre outros.

Os registos de Enfermagem são realizados através do programa informático BSimple[®] onde encontra-se o processo de enfermagem, a tabela terapêutica, os processos de trabalho e os diários de todos os pacientes. Nesse mesmo programa também temos acesso a informação médica, resultados de análises, exames e gasometria. Os registos e processo de enfermagem são realizados com a linguagem baseada na CIPE.

O sistema informático BSimple[®] foi-me de fácil percepção, por se tratar de um sistema muito intuitivo e organizado. Acredito ser um dos pontos fortes da sistematização da assistência de Enfermagem no SMI, pois possibilita que todo os cuidados prestados seja registado de forma simples, objetiva e rápida, sendo interligado com os demais elementos da equipa.

Dessa forma, acredito que o BSimple[®] está ao encontro das ideias de Truppelet al (2009), que elucida a importância da organização e sistematização do trabalho de forma eficiente e eficaz como situação *sine qua non* para o desenvolvimento de cuidados altamente especializado e complexo desenvolvido pelo enfermeiro nas unidades de cuidados críticos.

1.3 ENSINO CLÍNICO III – CENTRO DE DIÁLISE DAVITA LEIRIA

A escolha por realizar o Ensino Clínico (EC) no Centro de Diálise, da Clínica DaVita, deu-se por se tratar de uma instituição de referência e excelência, de âmbito regional, moderna e bem organizada. E também, por questões pessoais, por localizar-se próximo ao meu local de trabalho e de residência, facilitando o deslocamento e a disponibilidade.

O Centro de Diálise DaVita trata-se de uma rede de clínicas multinacional, com sede nos Estados Unidos (EUA). Os princípios da DaVita são alicerçados em uma liderança forte e

elevados padrões de qualidade, permitindo atingir melhorias na qualidade de vida dos doentes, facilitando a prestação de melhores cuidados. Em Portugal a DaVita possui 9 clínicas, sendo a DaVita Leiria a maior do país, com o total de 260 doentes e 57 máquinas.

O Centro de Diálise DaVita Leiria está localizado na Rua da Carrasqueira, nº 19, Parceiros em Leiria, onde oferece serviço de hemodialise e hemodiafiltração online. O Centro apresenta uma moderna estrutura física e tecnológica, sendo constituído por 6 salas de diálise em estrutura “*open space*”. Cada sala possui entre 2 a 14 unidades individualizadas de tratamento (UIT), que corresponde ao posto de hemodialise, sendo composto por: monitor de hemodialise, cadeirão e material de apoio. A sala 1 a 3 estão disponíveis 14 UIT, enquanto a sala 4 possui 6 unidades, a sala 5 o total de 4 e a sala 6 apenas 2 unidades. A sala 1 a 4 encontra-se no piso -1, enquanto a sala 5 e 6, estão no piso 0 e são destinadas a tratamentos de doentes infetados pelos vírus Hepatite C e HIV (sala 5), Hepatite B (sala 6).

A estrutura “*open space*” proporciona a vigilância contínua dos doentes, além de possuir tecnologia que permite acompanhar o desenvolvimento e monitorização da dialise através do programa informático Therapy[®]. A estrutura do serviço conta também com gabinetes médicos, salas de reuniões, sala de espera, armazém de equipamentos e materiais, sala de limpos e de sujos, copa e central de tratamento da água.

No centro das salas localizam-se uma bancada de trabalho com 3 computadores, estando essas voltadas para as UIT, permitindo uma visualização por completo da unidade, de forma a identificar possíveis instabilidades dos doentes de forma rápida e agir prontamente diante destas.

Na parte da frente da bancada dos computadores encontram-se gavetas equipadas com materiais que possam ser necessários, como aventais, campos estéreis, luvas, agulhas para punção, pensos para cateteres venosos centrais (CVC), material de apoio e os kits para a punção das fístulas arteriovenosas (FAV) ou próteses arteriovenosas (PAV), esse contém luvas estéreis, compressas estéreis, campo estéril e fitas estéreis. Ao lado direito localiza-se o carro de material, onde são preparadas as medicações, estão armazenadas agulhas, seringas, compressas e adesivos.

Cada sala possui carros de trabalho individual para cada enfermeiro, onde encontram-se soluções antissépticas de base alcoólica (SABA), luvas, compressas, adesivos, solução antisséptica cutânea a base de álcool e clorohexidine, termómetros e glucómetros. O serviço também possui dois carros de emergência, que se encontram no piso 0 e -1 (local próximo as salas de dialise).

Os registos de Enfermagem são realizados através do programa informático Nefrus[®] onde encontra-se o processo de enfermagem, a tabela terapêutica, os processos de trabalho e os diários de todos os doentes. Nesse mesmo programa também temos acesso a informação médica, resultados de análises e exames. Os registos e processo de enfermagem são realizados com a linguagem baseada na CIPE.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista deve desenvolver habilidades e competências especializadas num domínio específico da enfermagem. Ao encontro dessa afirmação, a OE estruturou as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica através do Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Regulamento 429/2018 de 16 de julho de 2018).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista serão abordadas no capítulo a seguir de forma crítica e reflexiva, articulando com as vivências e aprendizados decorridos durante o EC, sendo elas: o domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), define no artigo 8º que todos os enfermeiros devem adotar uma postura e conduta ética e responsável, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015).

A tomada de decisão é algo constante no dia a dia dos enfermeiros, no cuidado a PSC a complexidade e características dos doentes e da organização tornam algumas decisões complexas. Benner (2001) apresenta na sua teoria a influência que a experiência profissional tem na tomada de decisão, sendo os enfermeiros classificados em novatos a peritos, sendo o enfermeiro perito capaz de tomar decisões como resultado do seu julgamento intuitivo adquirido através da intuição baseada na perícia acumulada. Sendo que este julgamento intuitivo envolve o reconhecimento de padrões, o reconhecimento de similaridades, compreensão da situação, “*know-hall*” qualificado, sentido de prioridade e visão global da situação.

Ao longo dos EC tive a oportunidade de acompanhar diversos processos de tomada de decisão. No SUG, tanto na sala de emergência (área vermelha) como nas demais áreas, tendo em vista

que na urgência o doente crítico está em todas as áreas e não apenas na área vermelha, mas em qualquer das áreas o doente que aparentemente esta estável pode descompensar e exige da equipa multiprofissional e do enfermeiro um olhar clínico apurado e que todos os elementos da equipa hajam em sintonia conforme os protocolos, de forma rápida e sincronizada, a fim de prestar um atendimento de qualidade e na maioria das vezes determinante para a vida e/ou qualidade de vida do doente.

Devido à complexidade do SU e às suas características peculiares, algumas decisões são difíceis de serem tomadas e acordadas por todos da equipa, dessa forma, o enfermeiro coordenador tem como responsabilidade gerir os conflitos, dar suporte a equipa nas tomadas de decisões mais complexas e nas questões organizacionais e de gestão das unidades.

O fato de não trabalhar num SU e não dominar a parte organizacional do SU, mas principalmente por este ser o meu primeiro contato com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, a tomada de decisão para mim, como aluna, foi algo complexo e difícil de desenvolver, porém ao observar as tomadas de decisões dos enfermeiros que acompanhei e da enfermeira que me orientou, aos poucos o processo foi tornando-se mais natural, mas mesmo assim todas as decisões tomadas eram depois discutidas/refletidas com a minha orientadora, que me deu muito apoio e me ajudou muito a refletir em meio ao “caos” que muitas vezes se instala na urgência.

Acredito que esse processo reflexivo foi muito enriquecedor, tanto para mim quanto para os profissionais que tive contato, pois a curiosidade a respeito do sistema de saúde brasileiro também vinha a despertar muitas questões dos enfermeiros com os quais tive a oportunidade de estar e acompanhar, essa troca de conhecimentos e de diferentes realidades e culturas colaborou de forma positiva no desenvolvimento crítico e transcultural do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Ao acompanhar o enfermeiro no gabinete de informação pude refletir sobre as questões éticas relacionadas ao sigilo e confidencialidade acerca das informações transmitidas, ao mesmo tempo em que o Código deontológico do enfermeiro reforça a importância e o dever do enfermeiro em informar o indivíduo e família no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem (OE, 2019). Entretanto, em 2016, devido a evolução tecnológica, foi criado um regulamento relativo a proteção de dados pessoais, que exige um maior rigor no que se diz respeito as

informações pessoais dos doentes e clientes, tornando mais rígidas as regras e as informações que possam ser transmitidas e a maneira como são (Regulamento nº679/2016, 2016).

Entretanto, o enfermeiro vê-se diante de um dilema ético, pois não está pré-definido o que se pode ou não informar e a quem se pode ou não dar informações clínicas do paciente. Dessa forma, cabe ao enfermeiro a tomada de decisão, o bom senso, e os princípios morais e éticos para conduzir da melhor forma possível a informação necessária, sem ferir o sigilo e a confidencialidade. Situação delicada em que os enfermeiros da urgência são confrontados todos os dias.

Durante a passagem de turno, o sigilo e a confidencialidade também pode ser quebrada, caso as informações transmitidas sejam ouvidas por outros doentes. No SUG a passagem de turno ocorre nas zonas centrais, nas ilhas de trabalho onde encontram-se os computadores, por todas as unidades serem projetadas em formato “*open space*” não há portas, nem outra forma de isolar o som, dessa forma os enfermeiros tomam muito cuidado em falar baixo e de forma simplificada que mantenha o sigilo da informação. Apesar de muitas vezes haverem interrupções por parte de outros membros da equipa e dos pacientes, os enfermeiros esforçam-se para que esse momento seja realizado de forma assertiva e eficaz, levando em conta o segredo profissional e o respeito pela confidencialidade dos doentes.

As boas práticas referentes a passagem de turno, segundo Tanquada (2013), pretendem que as passagens de turno sejam realizadas com recursos verbais e escritos, onde a informação transmitida seja confirmada através de técnicas de confirmação da informação e a existência de um ambiente confortável, onde os enfermeiros sintam-se a vontade para colocarem questões, onde não haja interrupções e que este local seja definido apenas para a passagem de turno, não sendo partilhado por mais profissionais ou outros elementos, a fim de manter o sigilo.

Apesar das boas práticas que estão bem definidas referentes a comunicação entre turnos, essa realidade é dificilmente aplicável num serviço de urgência, onde há a necessidade dos enfermeiros estarem perto dos pacientes, por tratarem-se de doentes críticos e instáveis e ao mesmo tempo, precisam estar próximos à equipa para transmitir a informação de forma segura, eficaz e sem ferir os preceitos éticos.

No SUG, além da informação ser colocada em risco devido às condições da passagem de informação e dos dilemas do gabinete de informação, a privacidade e intimidade do doente também são comprometidas devido às condições das instalações e à elevada sobre lotação do serviço. Apesar disso, é notório os esforços realizados pelos enfermeiros e auxiliares em preservar a intimidade e a dignidade dos doentes, principalmente durante os cuidados de higiene e conforto.

No que diz respeito aos cuidados ao corpo sem vida, percebi imensa diferença entre os procedimentos realizados no Brasil e em Portugal. No Brasil temos por prática preparar o corpo para o familiar poder ter um momento com o doente após a comunicação da morte. Em muitas instituições ainda cabe à enfermagem os cuidados básicos de tamponamento dos orifícios, fechar os olhos, limpar a pele, colocar faixas nas cabeça, pés e mãos. Quando comentei acerca disso a equipa de enfermagem ficou surpresa e fui informada que esses cuidados cabem as agências funerárias.

Conforme Coutinho e Cruz (2018), o cuidado com o corpo após a morte consiste numa assistência muito técnica e tradicional no Brasil, em que exige da equipa de enfermagem preparo técnico, científico, emocional e espiritual para a realização de intervenções humanizadas do cuidado, incluindo principalmente o familiar, para além de toda a complexidade psicológica envolvida neste momento e dos fatores burocráticos inseridos no óbito do doente.

No SMI, no que diz respeito ao respeito a privacidade, individualidade e exposição dos doentes, o serviço possui biombos em número insuficiente para os 10 doentes, dessa forma há momentos em que inevitavelmente há prestação de cuidados em que os doentes ficam expostos para os demais profissionais e quem entre no serviço. Entretanto, a equipa tenta reverter-se na realização dos cuidados de maior exposição, como por exemplo, os cuidados de higiene e conforto.

Apesar do que diz as boas práticas referentes à comunicação entre turnos, essa realidade é dificilmente aplicável num serviço de medicina intensiva, onde há a necessidade dos enfermeiros estarem próximo aos doentes, por tratarem-se de doentes críticos e instáveis e ao mesmo tempo, precisam estar próximos à equipa para transmitir a informação de forma segura, eficaz e sem ferir os preceitos éticos.

Outro aspeto ético legal que chamou a minha atenção, foi referente à doação de órgãos e às diferenças legais e culturais existentes entre Brasil e Portugal. Enquanto no Brasil é necessário a declaração em que o indivíduo expressa o desejo em ser dador de órgãos e/ou autorização da família, em Portugal a legislação presume que todos os cidadãos são doadores depois do falecimento, com exceção os que estiverem registados no RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores) (Batista, 2012).

No Centro de Dialise, a complexidade e características dos doentes e da organização tornam algumas decisões complexas. Diante deste contexto, e do escasso conhecimento acerca das funcionalidades de um Centro de Diálise e das técnicas dialíticas, aprofundi meus conhecimentos nessa área específica através de leituras acerca da DRC e técnicas dialíticas, manual de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016) e no Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos (Ordem dos Médicos, 2017), materiais de apoio disponibilizados pela orientadora e normativas de procedimentos da clínica (disponibilizados para os Enfermeiros na plataforma AGIR).

A grande experiência da orientadora tornou-se um aspeto facilitador no processo de ensino-aprendizagem, tendo em vista todos os momentos de partilha de conhecimento e auxílio no processo de tomada de decisão.

Entretanto a tomada de decisão no paciente dialítico é realizada de forma multidisciplinar e juntamente ao paciente, que por muitas vezes deseja ter o controlo da situação. Dessa forma cabe ao enfermeiro ir além dos seus conhecimentos técnico-científicos e procurar promover um espaço de diálogo com o Doente Renal Crónico (DNR), permitindo o exercício da autonomia e poder de decisão do doente, sem que haja prejuízo para a sua saúde, e utilizando deste momento para criar espaços de diálogos, ensinamentos e orientações (Baptista et al, 2017).

No que diz respeito ao respeito pela privacidade, individualidade e exposição dos doentes, as unidades individualizadas de tratamento do doente são muito próximas uma das outras, não havendo o distanciamento mínimo de 1 metro entre um doente e outro, dessa forma a privacidade e individualidade do doente é inevitavelmente prejudicada, havendo momentos de conflitos entre os doentes devido a grande proximidade entre as unidades.

Ao encontro do contexto supracitado, Guimarães e Dourado (2013) consideram que a privacidade do doente se encontra fortemente vinculada a humanização da enfermagem, sendo de suma importância a implementação de estratégias para que as questões éticas e de privacidade do doente sejam aplicadas na prática, de forma que a enfermagem preste cuidados humanizados e especiais a cada doente, levando em consideração as suas crenças, valores e privacidade.

Entretanto, a estrutura da clínica não permite que haja maior espaço e privacidade entre os doentes, problema pelo qual a mesma irá realizar reestruturações previstas para o início de 2020.

2.2 MELHORIA DA QUALIDADE

Durante os EC foi possível perceber a preocupação de todos os Enfermeiros em realizar as metas definidas pela Joint Commission International (JCI), sendo que durante os dias 16 a 18 de junho o comitiva da JCI esteve no CHL para realização da acreditação do mesmo.

A Organização Mundial de Saúde juntamente com a JCI preconizam 6 Metas Internacionais de Segurança do Pacientes, sendo elas: 1) Identificação correta dos pacientes; 2) Comunicação Efetiva; 3) Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância; 4) Cirurgia Segura; 5) Redução dos Riscos relacionados as IACS; 6) Prevenção de danos decorrentes de quedas (OMS, 2015).

Foi notório a preocupação dos enfermeiros do SU em cumprir as metas estabelecidas. Quanto à primeira meta (Identificação correta do paciente), inicia-se no momento da admissão do mesmo, onde a assistente técnica verifica sempre o documento oficial do paciente com foto e durante a triagem é sempre questionado o nome e data de nascimento e em todos os momentos de prestação de cuidado e administração de medicamentos também.

No SMI, a equipa verifica a identificação e confirma os dados com o serviço de origem do doente. Entretanto após a admissão, muitos enfermeiros não têm como prática verificar e confirmar a pulseira de identificação do doente.

Relativamente à identificação do doente, a Clínica DaVita fornece aos seus doentes um cartão de identificação que é inserido na máquina de dialise no início do tratamento, onde consta todos os dados pessoais do doente e as informações do tratamento a ser realizado naquela sessão. Entretanto, por se tratar de um doente crónico o enfermeiro, por diversas vezes não confirma os dados com o doente, confiando apenas no seu conhecimento acerca do doente.

Relativamente à segunda meta (Comunicação efetiva), por diversas vezes durante as passagens de turno e durante a comunicação na sala de emergência as informações são repetidas a fim de serem confirmadas. No SMI os médicos também são questionados quando há mudança da prescrição, a fim de confirmar a informação recebida, e quando algum protocolo esta a ser implementado (como por exemplo o protocolo de hipocaliemia).

A terceira meta (Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância), no SUG e no SMI os medicamentos de alta vigilância são gerenciados de maneira diferenciada dos demais, desde o processo de armazenamento, prescrição, dispensação, administração e monitoramento dos efeitos após administração. Usam o sistema de cores de alerta, etiquetas e nomenclatura nos carrinhos e armários de medicação. Além de utilizarem etiquetas amarelas e com o símbolo de atenção para as medicações de alto risco, conforme preconizado na norma nº 14/2015, referente a Medicamentos de alerta máximo da DGS (DGS, 2015a).

Relativamente à garantia da segurança administração dos medicamentos, pude observar que no SMI alguns enfermeiros não tem como prática imprimir a etiqueta de medicação dos doentes, imprimindo apenas para as perfusões contínuas, entretanto as etiquetas de identificação são fundamentais para a prevenção de erros na administração de medicamentos, especialmente em ambiente de cuidados intensivos, onde o doente encontra-se muitas vezes inconscientes e/ou sedado e recebe o dobro de medicamentos do que os internados em unidades gerais.

No que diz respeito à quarta meta (Cirurgia segura), no SUG e SMI os enfermeiros não medem esforços para que os encaminhamentos ao bloco sejam feito no paciente correto e passam a todas as informações necessárias ao colega que o recebe.

A quinta meta (Redução dos riscos relacionados as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde -IACs) é estabelecida juntamente com o apoio do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), em que disponibiliza

formações, cartazes acerca da correta higienização das mãos, correto uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e o correto descarte do lixo hospitalar.

No que diz respeito à meta 6 (Prevenção de danos decorrentes de quedas), o SUG do CHL possui sistema de identificação dos pacientes que possuem maior propensão a queda, sendo adotadas medidas preventivas, como por exemplo levantar as grades das macas, baixar e travar as macas. Em alguns casos, principalmente nos pacientes desorientados, a contenção mecânica faz-se necessário, apesar de ser evitada ao máximo possível. No SMI, apesar de se tratar de um serviço que grande parte dos doentes estarem sedados, ainda assim os cuidados e medidas preventivas para prevenção de queda são adotadas, nomeadamente levantar as grades e travar as macas, e nos casos de pacientes que se encontram em desmame da sedação ou até mesmo sem sedação, a contenção mecânica das mãos faz-se necessário para que não ocorra eventual queda ou extubação acidental.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, engloba as metas internacionais supracitadas e acrescenta a prevenção da ocorrência das úlceras por pressão. Durante o EC no SUG, no processo de admissão dos pacientes acamados ou com mobilidade diminuída e durante os cuidados de higiene e conforto, todos os enfermeiros e assistentes operacionais prestavam atenção a integridade cutânea dos doentes e adotavam medidas terapêuticas ou de prevenção.

No SMI, o sistema Maxy-sky[®] (elevador de levante dos doentes) minimiza a dor do doente nos posicionamentos, proporciona o levante precoce do doente, diminui o esforço dos profissionais de enfermagem e aumenta a segurança na mobilização e levante do paciente para o cadeirão.

Na Clínica DaVita Leiria, no âmbito da melhoria da qualidade, diversos projetos têm sido desenvolvidos, sendo eles: o Programa de Controlo de Infecção, O Programa Integrado de Gestão de Acessos Vasculares (PIGAV), o Programa de Exercício físico, Programa de Controlo da Diabetes Melitos, Programa Integrado de Assistência Social, Nutrição e Enfermagem (PIASNE).

Nesse contexto, tive a oportunidade de participar de uma das reuniões do PIGAV, que tem como objetivo monitorizar os acessos vasculares (AV) de todos os utentes da clínica e a evolução e maturação das FAV, com o intuito de prevenir e reconhecer precocemente as complicações. As avaliações dos AVs são realizadas diariamente através da palpação, inspeção

e intercorrências, e mensalmente através da inspeção, palpação, auscultação, teste de aumento de pulso, distância entre os cateteres e avaliação das pressões arteriais e venosas do AV.

Ao encontro da prática vivenciada, a literatura ressalta a importância do bom funcionamento do AV para o sucesso e eficácia da diálise, sendo o enfermeiro fundamental na preservação do acesso e prevenção de complicações. A existência do PIGAV revela a importância desta área no tratamento dialítico e o forte impacto da Enfermagem na melhoria da qualidade (OE, 2016).

Durante as sessões de diálise os DRC realizam atividades físicas, programa implementado pelo Enfermeiro chefe, que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos doentes através da prática de atividades como pedalar, movimentos das pernas e braços com ou sem pesos.

Ao encontro do programa implementado, a literatura apresenta melhoria da qualidade de vida dos DRC fisicamente ativos. O mesmo estudo aconselha que equipas multiprofissionais busquem alternativas para motivar e incentivar os doentes a realizarem exercícios físicos e terem um estilo de vida ativo (Fukushima et al, 2018).

O Programa Integrado de Assistência Social, Nutrição e Enfermagem (PIASNE) é composto pelo enfermeiro chefe, nutricionista e assistente social, sendo o principal objetivo promover cuidados individualizados, realizar visitas domiciliares, a lares e unidades de cuidados continuados, com o intuito de capacitar o doente e cuidador na adaptação da DRC, verificar as condições sociais e económicas do doente, detetar situações de risco social e nutricional, adesão a terapêutica e as recomendações, com a finalidade de encaminhar os doentes de forma adequada conforme os recursos existentes.

Estudos recentes, avaliam como indispensáveis as visitas domiciliares aos doentes crónicos, com a finalidade de um maior acompanhamento, reconhecimento da realidade do doente e adaptações terapêuticas e de cuidado que possam melhorar a sua qualidade de vida no ambiente em que reside (Gonçalves & Zamberlan, 2016).

Por fim, a DaVita pretende implementar mais dois programas para a melhoria da qualidade: O Programa de Prevenção de Quedas e o Programa de Enfermeiro responsável.

2.3 GESTÃO DOS CUIDADOS

O desenvolvimento da competência do domínio da gestão dos cuidados, no SUG, realizei dois turnos acompanhando o enfermeiro coordenador no desenvolvimento das suas funções. As funções do enfermeiro coordenador consistem na gestão dos recursos materiais da unidade e na gestão de conflitos e pessoas.

Com relação a gestão dos recursos materiais, pude observar e ajudar e colaborar com o enfermeiro coordenador nos pedidos de medicação à farmácia e o seu armazenamento, no controlo dos estupefacientes, na verificação da funcionalidade dos recursos materiais nas áreas, na verificação e reposição de medicamentos e materiais de pensos das áreas, no pedido de reparação de materiais quando necessário.

Em relação à gestão de conflitos e pessoas, o enfermeiro coordenador desenvolve papel fundamental, durante o acompanhamento pude observar questões relativas a gestão dos elementos da equipa, gestão de transportes dos doentes e gestão de conflitos.

Estudo realizado por Ventura, Freire e Alves (2016) com o objetivo de analisar a participação do enfermeiro coordenador no gerenciamento de recursos materiais, físicos, humanos e financeiros em um hospital, demonstra a importância do enfermeiro coordenador na autonomia do gerenciamento dos recursos humanos e materiais, principalmente no que concerne ao controlo do desperdício de insumos, justificativas de gastos e propõe ações de melhoria e correções.

A competência da liderança torna-se imprescindível no dia a dia do Enfermeiro coordenador, e foi possível observar que o mesmo torna-se uma referência para a equipa, tanto como líder da equipa de enfermagem e também, como líder da equipa multiprofissional, sendo de suma importância o domínio das práticas gerenciais no que se refere não apenas a gestão de materiais, mas de pessoas e de conflitos, de forma que o enfermeiro coordenador seja visto como referência na equipa, que tenha uma prática acolhedora e humanizada, e que envolva os demais enfermeiros na gestão dos processos (Oliveira et al, 2018).

Ao encontro da literatura supracitada, os enfermeiros coordenadores são nomeados pelos enfermeiros chefes e apresentam características exigidas para desenvolver a função. São, por

norma, enfermeiros com muita experiência no SUG, com grande capacidade de gestão de recursos, de pessoas e conflitos, com boa relação com a equipa e reconhecimento pelos pares.

Durante EC no SMI a oportunidade de acompanhar durante um turno, a Enfermeira Chefe no desenvolvimento das suas funções. As funções do enfermeiro chefe consistem na gestão dos recursos materiais da unidade, na gestão dos recursos humanos e na gestão de conflitos e pessoas.

Durante o turno em que acompanhei a enfermeira chefe, tive a oportunidade de acompanhar a passagem de informação da equipa médica juntamente com a enfermeira chefe e enfermeira coordenadora, a elaboração do horário e do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP).

Muitas das funções de gestão dos cuidados são delegadas ao Enfermeiro coordenador, nomeadamente a gestão dos recursos materiais, recursos humanos e gestão de conflitos. Sendo a elaboração dos horários e a avaliação profissional funções não delegáveis e exclusivas do enfermeiro chefe. Essa prática vai ao encontro do descrito no REPE (OE, 2015), que descreve as atividades de enfermagem como exclusivas do Enfermeiro e podendo apenas serem partilhadas com outros enfermeiros, sendo a delegação de funções apenas passível quando transferida a um indivíduo igualmente competente para a realização da mesma.

Relativamente à elaboração do horário mensal, a ferramenta informática utilizada é a SISQUAL[®], que auxilia a elaboração do horário, tendo em conta as normas estabelecidas na Circular normativa para a elaboração de horários, entre elas o regime de descanso e folgas, o intervalo de 11h entre os turnos, entre outros (DGH, 1992).

O horário é elaborado de forma a assegurar que em todos os turnos tenha 1 enfermeiros coordenador, 1 enfermeiro especialista e 1 enfermeiro que integra a equipa de EMMI, sendo o rácio máximo de 1 enfermeiro para 2 doentes. O horário é formado por 5 equipas e um total de 32 enfermeiros.

O Regulamento nº 743/2019, referente a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere as unidades de cuidados intensivos de nível III, como é classificada o SMI do CHL, por se tratar de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

polivalente, em que é capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes que se é responsável, deve ter um rácio de 1 enfermeiro para 1 doente.

Adicionalmente a equipa, deve-se integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, de modo a assegurar o rácio de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada 5 doentes, em todos os dias da semana (OE, 2019). O que não é evidenciado no SMI, tendo em vista que pertence ao quadro do serviço apenas uma enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Ainda com relação às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, conforme cálculo específico para UCI polivalente nível III do Regulamento nº 743/2019, o SMI do CHL deveria contar com o total de 72 (contrato individual de trabalho) a 76 enfermeiros (regime de trabalho em função pública), ou seja, o mais de o dobro do número de enfermeiros que apresenta no momento (OE, 2019).

O enfermeiro coordenador realiza a verificação dos carros e armários de medicação e é responsável pela sua reposição e gestão do stock, além da articulação com o serviço farmacêutico e verificação e controlo dos níveis de stock dos estupefacientes.

Também compete ao enfermeiro coordenador a gestão de equipamentos e materiais, que deve verificar o correto funcionamento e ser alertado pela equipa em caso de equipamentos que necessitem manutenção e/ou reparação, como por exemplo: ventiladores, camas, cabos, monitores, máquina de avaliação das gasometrias, entre outros.

Em relação aos recursos humanos, a coordenação de enfermagem é responsável pela distribuição dos doentes no turno da Tarde para as próximas 24h, conforme a avaliação do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), que é realizado todos os dias as 22h pelo enfermeiro responsável pelos cuidados do doente.

O TISS foi desenvolvido para medir a carga de trabalho do enfermeiro e a gravidade da doença no contexto de uma unidade de cuidados intensivos, sendo que essa escala inclui 28 itens que compõem sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. Entretanto TISS-28 é criticado por refletir apenas as intervenções terapêuticas realizadas no doente e não incluir atividades importantes do exercício profissional de enfermagem, como por exemplo,

cuidados de higiene e conforto, tarefas de gestão do cuidado e apoio emocional a família (Veloza et al, 2017).

Ao encontro da literatura, os enfermeiros coordenadores são nomeados pelo enfermeiro chefe e apresentam características exigidas para desenvolver a função. São, por norma, enfermeiros com muita experiência no SMI, com grande capacidade de gestão de recursos, de pessoas e conflitos, com boa relação com a equipa e reconhecimento pelos pares. No SMI, os enfermeiros coordenadores são nomeados levando em consideração a expertise no serviço (maior tempo de serviço) e também a especialização na área.

No EC no Centro de Dialise DaVita, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro no exercício das suas funções de chefia de enfermagem durante 1 turno. As funções do enfermeiro chefe consistem na gestão dos recursos materiais do centro, na gestão dos recursos humanos, na gestão de conflitos e na gestão do cuidado ao DCR, por meio de visitas periódicas as salas de diálise, gestão dos transportes dos doentes, gestão dos postos de dialise por sala e turnos, gestão de cuidados na plataforma Gestão Integrada de Doença (GID).

Conforme o Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidado à Pessoa com Doença Renal Terminal em Hemodialise (OE, 2016), o Enfermeiro gestor deverá ter experiência de pelo menos cinco anos, sendo estes, de no mínimo dois anos de prestação de cuidados na área de hemodialise. O que vai ao encontro do evidenciado na Clínica de Diálise DaVita Leiria.

A plataforma GID é amplamente utilizada pela chefia de enfermagem, através desta a gestão e prestação dos cuidados são geridos pela chefia de enfermagem. A Organização Mundial de saúde (OMS) indica que nos próximos 20 anos as necessidades em saúde da população mundial passarão por alterações radicais, em que as doenças crónicas passarão a ser a maior causa de incapacidade. Ao encontro dessa informação, a Direção Geral de Saúde (DGS) desenvolveu a plataforma GID, que tem como objetivo ser uma ferramenta de melhoria da qualidade, efetividade e eficiência dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2020).

Neste projeto, com o objetivo de obter controlo de custos e cálculo antecipado para o financiamento do programa da DRC, o Ministério da Saúde desenvolveu um modelo de capitação denominado de Preço Compreensivo, que em janeiro de 2017 era estipulado em 453,64 euros. Nesse pacote de serviços é incluído o tratamento dialítico, as consultas de

acompanhamento com nefrologistas, todos os exames relacionados, entrega e administração de toda a medicação e a construção e manutenção de acessos vasculares (ANADIAL, 2020).

No que diz respeito aos recursos humanos, o Centro conta com uma equipa interdisciplinar formada por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos em diálise, técnicos de manutenção, assistentes sociais, nutricionistas, chefes e diretores de serviço. A equipa de enfermagem conta com 54 enfermeiros, sendo 31 enfermeiros especialistas em diversas áreas, entretanto os dados específicos ao número de enfermeiro especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) e especialista em Enfermagem de Reabilitação não são do conhecimento da chefia.

Devido à alta complexidade do serviço e a existência de riscos associados, a equipe deve conter, preferencialmente, 50% dos enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica e/ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2019). Apesar dos dados não estarem disponíveis, o Centro de Dialise DaVita aparentemente não possui essa percentagem de enfermeiros especialistas em EMC.

No Regulamento nº 743/2019, referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere que não deve ser levado em conta apenas o número de horas de cuidado por doente e por dia, mas também, as competências profissionais, a arquitetura da instituição, as competências profissionais, as características específicas de cada serviço, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente (OE, 2019).

Estas unidades, integram o mínimo de 1 (um) enfermeiro, por cada 4 (quatro) doentes, não devendo ser excedida a razão de 5 (cinco) doentes por Enfermeiro, sendo que o número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a 2 (dois) (OE, 2019). Nesse aspeto, o serviço cumpre rigorosamente o rácio de enfermeiros por doentes.

Os horários dos enfermeiros são realizados de forma rotativa e conforme a orgânica funcional do Centro, sendo utilizado o método individual de trabalho, onde os enfermeiros são locados por sala de dialise conforme a organização dos horários e gestão da chefia, sendo no máximo, 1 enfermeiro a prestar cuidados para cada 5 doentes em simultâneo.

Com relação a elaboração do horário mensal, a ferramenta informática utilizada é o ELO[®], que auxilia a elaboração do horário, tendo em conta as normas estabelecidas na Circular normativa

para a elaboração de horários, entre elas o regime de descanso e folgas, o intervalo de 11h entre os turnos, entre outros (DGH, 1992).

Ao encontro da literatura, a Enfermeira coordenadora (sub chefe) foi nomeada pelo enfermeiro chefe, levando em consideração a expertise no serviço e também a especialização na área (Nefrologia), e apresentam características exigidas para desenvolver a função. São, por norma, enfermeiros com muita experiência em hemodialise, com grande capacidade de gestão de recursos, de pessoas e conflitos, com boa relação com a equipa e reconhecimento pelos pares.

2.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O desenvolvimento de competências emocionais, técnicas e científicas foram desenvolvidas durante o EC. Entretanto, por se tratar de ambientes novos nos quais nunca havia trabalhado, os primeiros turnos senti-me insegura e co-dependente. Nesse contexto a compreensão e a ajuda dos orientadores foi situação *sine qua non* para que eu pudesse “desabrochar” e sentir-me mais segura para desenvolver minha habilidade e competências de forma crítica e reflexiva, aparada nos meus conhecimentos científicos e experiências prévias.

O ambiente de suporte é essencial na supervisão clínica dos estudantes, sendo a partilha, a confiança e a abertura para a expressão e gestão emocional, fatores fundamentais para o desenvolvimento das competências emocionais e o desempenho do trabalho emocional. O desenvolvimento de competências emocionais revela-se como capacidade crucial para gerir situações emocionalmente intensas presentes no exercício da enfermagem, tendo repercussões na qualidade dos cuidados e na equipa multiprofissional (Diogo et al, 2016).

O autoconhecimento e a assertividade são competências incluídas nas Competências Gerais do Enfermeiro Especialista, de forma que o enfermeiro especialista desenvolva uma maior noção de si mesmo como pessoa e como Enfermeiro.

Além do conhecimento científico inerente a prática profissional, o enfermeiro deve saber lidar com as pessoas e as suas diferenças, usando da assertividade, inteligência emocional e conflitos de forma positiva, a favor do crescimento pessoal e da equipa. Ter uma visão holística e transcultural acerca da equipa, sendo imparcial e flexível e saber reconhecer as qualidades dos

demais profissionais, respeitando suas crenças e visões diferentes e adaptando as normas da instituição (Teixeira, Silva & Dragonov, 2018).

Ao longo do ECI, no SUG, pude colocar em prática as competências relacionadas a relação interpessoal, assertividade, gestão de sentimentos e situações de pressão. A experiência na sala de emergência veio a intensificar o desenvolvimento dessa competência, onde o contacto com os doentes em situações críticas e que necessitavam de cuidados eficazes, assertivos e realizados de forma rápida, como por exemplo os doentes Via Verde AVC e Via Verde Coronária, onde todos segundos podem ser decisivos para o desfecho do quadro clínico e para a qualidade de vida do doente.

No sentido de desenvolver competências do desenvolvimento do aprendizado profissional e de basear a prática clínica especializada em padrões de conhecimento, foi elaborado, com a sugestão da Enfermeira Sílvia Fanha, a elaboração de uma formação e *table top* acerca do Plano de Catástrofe do Hospital de Leiria, uma vez que o plano foi reelaborado recentemente e que ainda não havia sido realizado nenhuma formação de reflexão e *table top* ou simulacro juntamente a equipa (Apêndice I).

Essa ação formativa foi realizada em 2 sessões, no dia 17 de julho de 2019, com duração aproximada de 2h cada. Contou com uma componente teórica acerca do plano propriamente dito e uma componente prática em forma de *table top*. Contou também com a participação de aproximadamente 25 enfermeiros de forma ativa e pró-ativa.

Durante o ECII no SMI, ressalto a importância da educação permanente e continuada no cuidado a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, principalmente no SMI, onde as tecnologias estão em constante evolução. Nesse contexto, tive a oportunidade de participar de duas Formações em serviço: Formação da OMNI® da B-Braun, equipamento de hemodiafiltração que foi inserido no serviço em substituição aos antigos equipamentos; Formação acerca da vacina da gripe e uma Palestra “Insulinoterapia no doente Crítico”, desenvolvida pelo Enf. Luís.

A Formação da OMNI®, foi de suma importância para o desenvolvimento das minhas competências nessa área, tendo em vista que muitas das dúvidas que eu tinha acerca da

hemodiafiltração foram sanadas durante a formação e tive a oportunidade de manusear a máquina durante a treinamento prático.

Os serviços de medicina intensiva exigem profissionais capacitados e preparados técnica e cientificamente, com conhecimentos aprofundados, de forma a poderem manusear com segurança todo o arsenal tecnológico existente dentro desses serviços, sem acarretar riscos para o doente. Dessa forma, a educação continuada é considerada como uma excelente oportunidade para a capacitação e atualização da equipa multidisciplinar em cuidados críticos, proporcionando melhorias na qualidade da assistência, segurança do paciente grave e troca de experiência entre os diversos membros da equipa (Souza & Lima, 2015).

Apesar da importância da equipa multidisciplinar durante as formações e momentos de educação continuada, apenas enfermeiros participaram da formação acerca da implementação do novo equipamento de hemodiafiltração (OMNI[®]), sendo diversas vezes referido durante a mesma que a presença da equipa médica era de suma importância, tendo em vista que alguns médicos do serviço utilizam protocolos já desatualizados em consonância com as novas tecnologias.

Em contrapartida, a formação acerca da vacinação contra a gripe (2019-2020), havia a presença de médicos e enfermeiros, principalmente os chefes de serviço, com o intuito de que os mesmos sensibilizassem as suas equipas para a importância da vacinação.

Ao longo do ECIII, no Centro de Dialise DaVita, a experiência e oportunidade de cuidar de um doente em um serviço tão complexo e específico, em um contexto fora do hospital e com características específicas veio a intensificar o desenvolvimento dessa competência, onde o pude prestar cuidados a DRC durante todo o percurso do tratamento e em momentos de instabilidades, em que foram necessários cuidados eficazes, assertivos e realizados de forma ágil.

Os cuidados de Enfermagem à pessoa com DRC em hemodialise devem ser realizados por Enfermeiros, além de uma formação inicial específica nas técnicas hemodialíticas. O Enfermeiro iniciante deverá ter uma formação inicial com uma duração de três meses, no total mínimo de 420 horas, sendo supervisionado por um Enfermeiro com competências científicas e pedagógicas, reconhecido pela organização (OE, 2016).

Ressalto a importância da educação permanente e continuada no cuidado ao DRC, principalmente em centros de hemodialise, onde as tecnologias estão em constante evolução. Nesse contexto, tive a oportunidade de participar de uma formação em serviço acerca da Maturação das Fístulas. Esta, foi de suma importância para o desenvolvimento das minhas competências nessa área, tendo em vista que muitas dúvidas foram sanadas durante a formação.

Também tive a oportunidade de reunir-me com a Assistente Social e Nutricionista do serviço, considero importante esse momento para maior compreensão das condições nutricionais e sociais do DRC e a importância da equipa multidisciplinar trabalhar de forma interdisciplinar, com partilha de conhecimentos e consistência nas orientações dadas aos doentes.

Destaco também, a plataforma AGIR, onde todos os Enfermeiros têm acesso aos materiais, normas e procedimentos que são atualizados, de forma a manter a equipa sempre alinhada na prestação dos cuidados de forma atualizada, segura e eficaz.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Nesse capítulo serão abordadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista (Regulamento 429/2018 de 16 de julho de 2018), de forma crítica e reflexiva, articulando com as vivências e aprendizados decorridos durante o EC, sendo elas estruturadas no estruturadas em três domínios: 1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; 2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; 3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

3.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.

Durante o ECI, no SUG, tive a oportunidade de cuidar e vivenciar experiências na prestação de cuidados ao doente crítico, identificando os focos de instabilidade e agindo de forma antecipatória à instalação dos problemas. As vivências na sala de emergência (área vermelha) e no SUG proporcionaram-me acompanhar doentes referenciados com Via Verde AVC, Via Verde Coronária, Hipoglicemia, Acidentes de viação com politraumatizados, Cardioversões, Intoxicação Medicamentosa Voluntária (IMV), Paragem cardiorrespiratória (PCR), entre outros diversos cenários clínicos do paciente crítico. Além de acompanhar a triagem dos doentes conforme o protocolo de Manchester e observar a atuação do team leader durante as situações de emergência.

Os doentes em que a Via Verde AVC era ativada geralmente entravam pela porta de emergência diretamente para a sala de emergência, acompanhados da equipa pré-hospitalar e com a devida referência para a ativação da Via Verde AVC. Entretanto, dos casos que acompanhei (em torno de 7 a 10 casos), apenas 1 realizou a fibrinólise, grande parte devido a janela terapêutica (4,5h) e aos critérios de inclusão/exclusão. Ao encontro do contexto supracitado, Barreira (2018) evidencia a importância determinante do tratamento precoce do AVC através do desencadeamento da Via Verde AVC.

Tive também a oportunidade de cuidar de doentes Viva Verde Coronária e os acompanha-los desde a porta de entrada até a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos para serem submetidos a procedimentos invasivos (angioplastia).

Estas situações permitiram-me aplicar os conhecimentos adquiridos através da consulta dos protocolos e juntamente com a equipa multidisciplinar.

Durante a chegada do doente ao SUG, é realizada a sua triagem, que não fornece um diagnóstico ao profissional, mas estabelece uma prioridade de atendimento conforme as características clínicas e identificação de problemas. Sendo que o Sistema de triagem de Manchester tem se revelado como uma ferramenta eficaz de triagem, com a otimização do tempo de espera dos doentes, principalmente os graves, onde os enfermeiros e médicos realizam cuidados e diagnósticos de forma rápida e eficaz (Pereira, et al 2017). Pude acompanhar por diversos momentos o enfermeiro no posto de triagem e o sistema funciona muito bem, tendo em conta todos os fluxogramas que nele consta. Foi enriquecedor para minha prática como especialista, tendo em vista a minha falta de vivência e experiência nesse contexto.

Outra questão que chamou muito a minha atenção durante o cuidado ao doente crítico no SUG, foi a preocupação constante dos enfermeiros com relação a avaliação da dor e a aplicação de medidas farmacologias e não farmacológicas para o seu alívio. O sistema informático SClinico tem disponível cinco escalas da dor: Visual Analógica; Numérica; Expressões Faciais; Verbal e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* sendo que o enfermeiro recorre à escala que lhe parece mais adequada conforme a situação clínica.

Ao encontro das boas práticas realizadas pelos enfermeiros do SUG, Teixeira e Durão (2016) ressaltam o impacto que a dor em no estado geral do individuo, levando em conta que a dor está quase sempre presente no doente em situação crítica, tornando a gestão da dor essencial para a prestação de cuidados de qualidade nos serviços de urgências, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores indicados para cada caso.

As vivências no ECII, no SMI, proporcionaram-me desenvolver técnicas de alta complexidade, nomeadamente: Colaborar na colocação de cateter venoso central (CVC) e linha arterial (LA), prestar cuidados aos doentes com LA e CVC, realização dos pensos desses dispositivos;

Avaliação do equilíbrio ácido-básico; Registo horário rigoroso dos débitos urinários e débitos de drenagem; Monitorização horária dos sinais vitais; Monitorização do Índice Biespectral (BIS) em doentes curarizados; Prestar cuidados a doentes em ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VNI) e executar técnicas de prevenção da PAV; Prestar cuidado a doentes em técnicas dialíticas; Prestar cuidados a doentes cirúrgicos com múltiplos drenos e pensos aspirativos; Prestar cuidados a doadores de órgãos (tema que será desenvolvido no estudo de caso CIPE).

Entretanto, alguns aspetos não puderam ser explorados e vivenciados nessas 10 semanas de EC, como por exemplo, a monitorização de capnografia, monitorização da pressão intracraniana (PIC), prestação e cuidados em doentes em paragem cardio-respiratória (PCR), entre outros.

Relativamente à gestão de protocolos terapêuticos complexos, o SMI possui diversos protocolos, os quais tive acesso, entretanto destaco dois protocolos que utilizei durante todo os turnos realizados no serviço, o protocolo de insulino terapia de Yale e o Protocolo para Administração de Potássio em Situações de Hipocaliemia.

O Protocolo de Yale tem como objetivo terapêutico manter os valores glicémicos entre 120 a 160 mg/dl, permitindo um controlo mais rigoroso da vigilância dos valores das glicemias e ajuste da insulino terapia. Estudo realizado por Marvin, Inzucchi e Besterman (2016), concluíram o refinamento do protocolo de Yale em doentes críticos pode eliminar toda hipoglicemia significativa e manter os níveis médios entre os 140 a 150mg/dl.

Ao primeiro impacto, o protocolo de Yale pareceu-me complexo e de difícil compreensão, entretanto devido ao uso rotineiro foi tornando-se mais intuitivo e de maior compreensão. Ao encontro da literatura supracitada, todos paciente em insulino terapia endovenosa do SMI que acompanhei não tiveram episódios de grandes variações glicémicas, nem de hipoglicemias severas.

No que diz respeito ao Protocolo para Administração de Potássio em Situações de Hipocaliemia, o SMI possui um protocolo específico. Este preconiza a realização de bólus de potássio sempre que o valor do potássio na gasometria arterial seja igual ou inferior a 3,4mmol/L. A gasometria é realizada rotineiramente no início de todos os turnos, assim que o enfermeiro identifica a hipocaliemia o mesmo inicia o protocolo, que consiste na preparação de

40mEq de potássio a 7,5% em 100ml de Soro Fisiológico a ser administrado em 1h. Após 1h do fim da infusão, é realizada nova avaliação do potássio (gasometria). O protocolo estabelece que deve ser repetido as vezes que forem necessárias até atingir a os valores alvo de 4,0 a 4,5 mmol/L de potássio. Este protocolo permite ao enfermeiro identificar atempadamente as complicações e corrigi-las de forma autónoma e eficaz.

Outra questão que chamou, também, a minha atenção durante o cuidado ao doente crítico no SMI, foi a preocupação constante dos enfermeiro em relação à avaliação da dor e à aplicação de medidas farmacologias e não farmacológicas para o seu alívio, tendo em vista que os doentes internados no SMI são submetidos a procedimentos altamente invasivos e que associados ao processo de doença necessitam de controlo mais rigoroso da dor.

O sistema informático B-Simple[®] permite que tenhamos acesso a escalas diferenciadas da dor. A Escala Behavioral Pain Scale (BPS) é amplamente utilizada no SMI, e é destinada a doentes entubados, sedados e mecanicamente ventilados, sendo incapazes de mensurar e avaliar a sua própria dor. Nos doentes não sedados, utiliza-se a Escala Visual Analógica (EVA).

Além das medidas farmacológicas para o alívio e gestão da dor, gostaria de ressaltar que os doentes do SMI são posicionados e são realizados cuidados de conforto 2 vezes por turno, incluindo aplicação de creme, massagem e nos doentes não sedados o incentivo a mobilização ativa no leito, quando indicado. Além das medidas citadas para o alívio da dor e aumento do conforto dos doentes, todas as camas são equipadas com colchões de pressão alternada, proporcionando maior conforto ao doente e prevenindo as úlceras por pressão.

Ao encontro das boas praticas realizadas pelos enfermeiros do SMI, Teixeira e Durão (2016) ressaltam o impacto que a dor em no estado geral do individuo, levando em conta que a dor está quase sempre presente no doente em situação crítica, tornando a gestão da dor essencial para a prestação de cuidados de qualidade, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores indicados para cada caso.

Em relação às úlceras por pressão, no SMI é aplicada diariamente em todos os doentes a Escala de Braden, com o objetivo de avaliar o risco de úlcera por pressão. A Escala de Braden utiliza 6 fatores de riscos, nomeadamente: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção.

Apesar de haver muitos doentes que ficam semanas internados no serviço, a enfermagem adota medidas rígidas de vigilância e manutenção da integridade da pele, nomeadamente, a mudança de decúbito, correto posicionamento e massagem de conforto, além de todas as camas possuem colchões de pressão alternada. Durante as 10 semanas de EC não identifiquei nenhum doente com úlcera por pressão, demonstrado que as medidas e cuidados adotados estão a surtir o efeito esperado.

No que concerne à assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que se encontram, como realizei muitos turnos no período tarde, momento no qual as visitas são permitidas (15h30 e 19h30), podendo contribuir de forma ativa na assistência à pessoa e familiares. Nesse momento recebia as visitas dos doentes que estavam sob a minha responsabilidade, preparava-os para o cenário que iriam encontrar e estabelecia uma comunicação empática e eficaz, tanto com o doente como os seus familiares.

No decorrer do EC III, tive a oportunidade de cuidar e vivenciar experiências na prestação de cuidados ao doente renal crónico, identificando os focos de instabilidade e agindo de forma antecipatória à instalação dos problemas, desenvolvendo competências na avaliação sistematizada e sua evolução terapêutica.

As vivências no centro de diálise proporcionaram-me desenvolver técnicas de alta complexidade, nomeadamente: avaliação de AV, punções de FAV, cuidados com o CVC, cuidado ao DRC, prestação de cuidados seguros e eficazes em momentos de instabilidades e complicações. Entretanto, alguns aspetos não puderam ser explorados e vivenciados nessas 10 semanas de EC, como por exemplo, o acompanhamento da admissão do doente no Centro de diálise.

Com relação a gestão de protocolos terapêuticos complexos, o centro de diálise possui diversos protocolos, os quais tive acesso, entretanto destaco três protocolos que utilizei durante todos os turnos realizados no serviço: o protocolo de avaliação das fístulas/próteses arteriovenosas, o protocolo de punção de fístulas/próteses arteriovenosas e o protocolo de cuidados com o doente em cateter venoso central (CVC).

O momento da chegada do DRC para o tratamento é um momento que gera muita ansiedade para o doente, sendo competência da equipa de Enfermagem gerir esses sentimentos e possuir

estratégias para solucionar as situações de conflitos e prevenção de quedas para os doentes mais debilitados (OE, 2016).

A preparação do DRC para o tratamento tem como principais objetivos: proporcionar um ambiente acolhedor, garantindo a privacidade; realizar uma avaliação inicial do DRC; proporcionar o tratamento de hemodialise prescrito de forma segura e eficiente; promover e assegurar práticas seguras no local de trabalho, minimizando o risco de acidentes (OE, 2016).

Destaco a importância do cuidado humanizado ao DRC, e quando realizarmos a avaliação inicial que essa seja holística e não apenas a avaliação do braço ou da FAV a ser puncionada. O doente submetido ao tratamento dialítico necessita de um cuidado humanizado, envolvendo diálogo, paciência, respeito e atenção, estabelecendo laços de confiança e um relacionamento interpessoal, garantindo maior conforto e melhoria do período de tratamento, muitas vezes penoso para a grande parte dos DRC devido a dor da punção, ao tempo e efeitos secundários (Freitas et al, 2018).

Durante o período intradialítico, o Enfermeiro deve seguir as seguintes recomendações da Ordem dos Enfermeiros: assegurar a existência de toda a medicação necessária; monitorizar os parâmetros vitais e os parâmetros da sessão dialítica; orientar e lembrar os possíveis eventos adversos durante o tratamento; documentar todas as intervenções de Enfermagem e intercorrências/complicações (OE, 2016).

O DRC, apesar de ser um doente crônico, durante o tratamento intradialítico apresenta focos de instabilidade e complicações, nos quais pode desenvolver competências relacionadas ao cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. As sessões devem ser bem toleradas pelos doentes, objetivando que o impacto na qualidade de vida do doente seja minimizado. Nesse sentido o Enfermeiro deve proceder de forma a monitorizar e minimizar os incidentes intradialíticos e os impactos sobre a estabilidade hemodinâmica do doente (OE, 2016).

Grande parte dos eventos intradialíticos são pouco graves e de fácil resolução, nomeadamente, náuseas, vômitos, cefaleias, hipotensão arterial, câibras, hematomas e pequenas perdas sanguíneas. Entretanto, existem outros incidentes, que apesar de pouco frequentes, apresentam maior severidade e podendo colocar em risco a vida dos doentes, nomeadamente: hipotensão

arterial severa; disritmias; pré- cordialgias; embolias; acidentes cerebrovasculares e reações anafiláticas (OE, 2016).

Durante o EC pode atuar em complicações menos severas, como por exemplo, câibras, náuseas, vômitos, cefaleias e dor. A preocupação constante dos enfermeiros com relação a avaliação da dor e conforto foi algo que me chamou atenção durante o EC e em que eu pude atuar de forma ativa. A avaliação da dor e a determinação da sua intensidade é sempre subjetiva, contudo as escalas permitem que os Enfermeiros fiquem com uma ideia aproximada da percepção do doente (OE, 2008). Dessa fora realizei a avaliação da dor, através da Escala Visual Analógica da Dor (EVA) e Escala Numérica da Dor (EN), apesar de não ter uma escala estipulada pela instituição e nem registo no sistema informático Nefrus®.

Os doentes renais crónicos são submetidos a procedimentos altamente invasivos, geralmente 3 vezes por semana durante sessões de 4 horas, e que associados ao processo de doença necessitam de controlo mais rigoroso da dor e promoção do conforto. Além de aplicação de medidas farmacológicas, muitas medidas não farmacológicas são aplicadas para o alívio da dor e promoção do conforto, nomeadamente, colocação de bolsas de água quente, almofadas, mantas, reposicionamento do doente nas UITs, entre outras.

Em relação às complicações severas, pude atuar diante de hemóstase prolongada com perda pequena de sangue, entretanto não foi necessário o encaminhamento hospitalar do doente, e em momentos de hipotensão severa. O uso de anti-hipertensivos, solução de diálise muito aquecidas e certas disfunções cardíacas são possíveis causas de hipotensão no momento intradialítico, além da perda de líquidos e eletrólitos pelo filtro, entretanto tais situações necessitam de atuação ágil e o mais breve possível, sendo recomendável a administração de 100ml de soro fisiológico 0,9% em bólus, redução da taxa de filtração e posicionamento do doente em posição de Trendelenburg (Santos et al, 2018).

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

O Enfermeiro em situação de catástrofe tem ampla atuação, tanto na prestação de atendimento de saúde como na promoção e prevenção de doenças associadas. Diante do contexto de

vulnerabilidade das catástrofes, a Enfermagem por possuir um grande contingente de pessoal nos diversos níveis do sistema de saúde e dispor de competências pré-estabelecidas para atuar em casos de emergência, torna-se uma categoria profissional com muita intervenção nesses eventos (Bandeira, Marin & Witt, 2014).

Dessa forma, a preparação e a formação dos profissionais de saúde para intervir nesses contextos faz-se necessário, além do preparo das instituições de saúde em estabelecer protocolos e treinamentos para os profissionais. Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros de Portugal, no Anexo II do Regulamento nº 429/2018, que faz referencia ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, estabelece como umas das competências do Enfermeiro Especialista dinamizar a resposta a situações de catástrofes ou emergência multivítima, da concepção a ação.

O CHL possui um Plano de Emergência Externo que é ativado de forma gradual e sequencial, determinado por níveis, conforme a gravidade da situação. Esse assegura a todos os profissionais envolvidos um guia de atuação de forma a atender o objetivo principal do plano, que consiste em garantir a eficaz atuação do CHL no caso de receção de multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade. Dessa forma, torna-se necessário que todas as pessoas intervenientes estejam formadas de forma a desempenharem as suas funções de modo coordenado.

Na sala de reuniões do SUG do CHL encontra-se a documentação e diretrizes acerca da ativação e implementação do plano.

De todas as maneiras, a formação em enfermagem para as situações de desastres e multivítimas torna-se de suma importância em todos os cursos de enfermagem, pós-licenciaturas, especialidades, mestrados e doutorados, diante do contexto que temos hoje e com as mudanças sociais e climáticas mundiais (Jennings-Sanders,, Frisch & Wing, 2005).

Entretanto a realidade que temos em Portugal e no Brasil é outra. Os Cursos de Enfermagem não contemplam em seus currículos o papel do enfermeiro em situações de catástrofes, muito menos os preparam para a atuação e intervenções. Muitos dos Enfermeiros que demonstram interesse pelo assunto acabam por recorrer aos cursos de Pós-Licenciatura ou Mestrados para conseguirem capacitar-se diante desse contexto.

O cenário mundial mudou e os acidentes catastróficos e multi- vítimas são cada vez mais frequentes e comuns e a Enfermagem brasileira e portuguesa necessita acompanhar essa mudança e capacitar os profissionais, sendo de suma importância do envolvimento de todos os profissionais de saúde na elaboração dos protocolos, treinamentos periódicos, simulacros em todos os níveis de atuação, a fim de validar a sua eficácia, dar conhecimento a equipa e (Jennings-Sanders, et al., 2005).

Ao encontro do contexto supracitado, durante o EC no SGU os estudantes juntamente com os Enfermeiros Chefes do serviço, realizaram uma formação e um table top a que foi apresentado a equipa de enfermagem e diretores de serviço.

A realização dessa formação e table top foi de suma importância para o desenvolvimento das minhas competências como Enfermeira especialista, tendo em vista que nunca havia participado da elaboração, treinamento, simulacro ou table top de um plano de catástrofe. Durante esse processo pode-se aprofundar os conhecimentos acerca do plano de emergência externa do CHL, desenvolver habilidades na área de apresentação de trabalhos e experienciar, mesmo que de forma fictícia, o funcionamento e a organização do SUG durante uma situação de exceção ou catástrofe.

O SMI, assim como todos os serviços do hospital, integra o Plano de Emergência Externo do Hospital e é de suma importância no mesmo, tanto para receber pacientes oriundos do SUG, do bloco operatório, como também no apoio e suporte de recursos humanos caso seja necessário deslocamento para o SUG. Quando ativado o nível III do Plano, faz-se necessário a evacuação de todo o SUG e SUP e a criação de novas áreas, entre elas o SMI avançado, que será instalado no recobro 1. Nesse momento recursos materiais e humanos do SMI são necessários (CHL, 2016).

Em contrapartida, o Centro de Diálise DaVita, em situações de catástrofes, emergência ou exceção, não possui um protocolo estruturado, entretanto há protocolos com os bombeiros no caso de falta de água na região. O centro apresenta capacidade para manter o funcionamento por alguns dias e após esse período os bombeiros ficam responsáveis pelo abastecimento. Além de terem geradores próprios que garantem a energia para o funcionamento das máquinas e as mesmas possuem bateria para garantir o tratamento até o fim no caso de falta de luz súbita.

O tratamento da água no Centro de Diálise DaVita é realizado no piso -2, onde são seguidos protocolos rígidos quanto à qualidade do processo de ultrafiltração da água.

Considerando que o DRC é exposto a cerca de 360 litros de água por semana, é essencial que os centro de diálise possuam protocolos bem definidos e estabelecidos em casos de eventos de exceção, nomeadamente falta de água, para garantir a continuidade e qualidade do tratamento. Sendo de extrema importância a vigilância à qualidade da água, tendo em conta ser o maior insumo utilizado. A garantia da qualidade da água utilizada durante o procedimento dialítico reduz a morbidade e hospitalizações, melhorando a qualidade de vida dos doentes, sendo esta garantia de responsabilidade do centro (Almeida & Jesus, 2016).

Apesar de não ter dito a oportunidade de atuar em cenário de exceção no ECIII, o conhecimento acerca do tratamento da água e o aprofundamento teórico acerca do funcionamento e das suas particularidades, fizeram com que eu desenvolvesse conhecimentos acerca dessa competência e reconhecesse o papel do enfermeiro diante dessas situações.

3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) tratam-se de infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados. Essas infeções podem afetar não somente o doente, mas também os profissionais de saúde (DGS, 2017).

As IACS não são propriamente um problema de saúde novo, assume cada vez mais importância em Portugal, no Brasil e no mundo (DGS, 2017).

A sobrelotação do SUG é uma das principais causas da elevada taxa de IACS. Nesse sentido, a promoção de boas práticas a nível das Precauções Básicas de Controlo de infeção, como a higienização das mãos, o uso de equipamento de proteção individual (EPI) e do correto descarte do lixo hospitalar.

Nesse sentido, o SUG e SMI juntamente com o PPCIRA desenvolveram diversas estratégias de prevenção da infeção, como por exemplo a disponibilidade de solução antisséptica de base de

alcoólica (SABA) em todos as unidades do doente, portas e pontos estratégicos do SUG, além de cartazes com os passos para a higienização da mão e lembrando o trabalhador de lavá-las e higienizá-las. Além da higienização das mãos, os caixotes de lixo também estão identificados de forma a realizar o correto descarte dos materiais e as zonas de isolamento para os corretos usos de EPIs.

O SUG apresenta apenas um quarto de isolamento, que se encontra na área laranja, não sendo o suficiente para o aporte de toda o serviço. Entretanto, é notória a preocupação dos profissionais em manter a assepsia nos procedimentos assépticos, como a sondagem vesical e colheita de hemocultura.

No SMI, além do SABA e os demais EPIs estarem disponíveis no centro do serviço e na antecâmara dos quartos de isolamento, cada unidade do doente encontra-se totalmente equipada com material, equipamentos, EPIs e SABA. Desta forma, antes de entrar em contacto com o doente é realizada a devida higienização das mãos, a paramentação com bata e/ou avental, máscara, touca e luva. Durante a execução do cuidado, caso seja necessário realizar a troca de EPI ou haja a necessidade de algum material, todas as unidades do doente possuem um armário equipado com seringas, agulhas, luvas, material para higiene oral, compressas, manábulas, pomadas e cremes de uso pessoal do doente, entre outros. Todos os materiais utilizados na unidade do doente são descartados em caixotes de lixo que se encontram na mesma, evitando dessa forma a contaminação cruzada.

Todo doente admitido no SMI deve ser considerado como infetado, dessa forma deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente, sendo a avaliação realizada e registada no processo clínico até 24h após a admissão (DGS, 2017). Tive a oportunidade de participar da admissão de vários doentes durante o ECII e em todos os doentes no momento do recebimento são realizadas hemoculturas, uruculturas e a pesquisa por bactérias, nomeadamente, CRE (Enterobacteriaceae resistente a antibióticos carbapenema), Acinetobacter e MRSA (Staphylococcus aureus resistente à metilina), através da técnica de colheita com zaragatoas humedecidas.

Quando detetado a contaminação de um doente, o mesmo é colocado nos quartos de isolamento (total de 4) e a sua pulseira é identificada com um marcador vermelho arredondado e a porta do quarto também tem um marcador vermelho a identificar que o paciente se encontra infetado,

conforme orientação da JCI. Outros cuidados, além do uso correto de EPIs e isolamento adequado do doente, são tomados pela equipa, nomeadamente a troca de fardas após cuidados de higiene e conforto ou momentos de maior proximidade ao doente.

No entanto, não vi em nenhum momento a utilização de máscaras com viseira/óculos de proteção, nem pela equipa médica, nem pela equipa de Enfermagem. Entretanto durante um procedimento de traqueostomia que tive a oportunidade de acompanhar, foi sugerido ao médico que colocasse máscaras com viseira/óculo, entretanto o médico preferiu realizar sem. As máscaras com viseira/óculos de proteção e máscara cirúrgica, devem ser utilizados sempre que há risco acrescido de contaminação por salpicos ou aerossolização de sangue ou outros fluidos orgânicos (DGS, 2017).

A norma nº 21/2015 da DGS, referente ao Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, recomenda a higiene oral com gluconato de clorohexidina 0,2% pelo menos 3 vezes ao dia; a elevação da cabeceira em 30° a 45°, evitando a posição supina; e a manutenção da pressão do cuff entre 20 a 30 cmH₂O, entre outras recomendações. A preocupação em manter a cabeceira elevada e a pressão de cuff era constante em todos os cuidados, entretanto a higiene oral com gluconato de clorohexidina 0,2% foi algo que apesar de prescrito no plano de trabalho, foi questionado entre a equipa de enfermagem, devido a novas evidencias que elucidam os malefícios do uso constante e indiscriminado da clorohexidina na higiene oral (DGS, 2015b).

Estudos recentes apontam para os efeitos adversos e nocivos do uso indiscriminado da clorohexidina na prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação. Em artigo publicado por Bouadma e Klompas (2018), são citadas evidencias sobre o efeito adverso da clorohexidina na mucosa oral, nomeadamente lesões orais erosivas, ulcerações, mucosas hemorrágicas, entre outros. O mesmo estudo também aponta para a possível resistência bacteriana à clorohexidina e ao aumento do risco de mortalidade associada a aspiração da clorohexidina e/ou reações alérgicas. O artigo desaconselha o uso da clorohexidina na prevenção da PAV, ao menos até que futuros estudos estejam disponíveis (Bouadma & Klompas, 2018).

Para além de todo o cuidado durante a prestação dos cuidados, o SMI possui um acesso controlado, o que permite maior controlo das infeções. O horário de visita é reduzido a 2 vezes ao dia, sendo restrito a duas pessoas por doente, sendo de responsabilidade do assistente

operacional entregar o avental e orientar a higienizar as mãos com SABA antes e depois a visita. O Enfermeiro recebe os familiares/visitas e informar caso seja necessário algum outro EPI.

Em relação à Prevenção e Controlo de Infeção, foi possível constatar que o Centro de Diálise DaVita Leiria possui inúmeras práticas e medidas que minimizam o risco de infeção e também conta com protocolos específicos para a uniformização dos cuidados e a redução das infeções.

Nesso contexto destaco a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a descontaminação de equipamentos clínicos, a recolha segura de resíduos, a gestão de fardas e controlo ambiental.

Nesse sentido, o serviço juntamente com o Programa de Controlo de Infeção, desenvolveram diversas estratégias de prevenção da infeção, como por exemplo a disponibilidade de solução antisséptica de base de alcoólica (SABA) em pontos estratégicos da sala de dialise e nos carros de procedimento de Enfermagem, além de cartazes com os passos para a higienização da mão e dos passos para paramentação e descarte coreto dos EPIs. Os caixotes de lixo também estão identificados de forma a realizar o correto descarte dos materiais.

Entretanto, os sacos de recolha de resíduos devem ser cheios até 2/3 de forma a possibilitar o encerramento seguro do mesmo, porém essa prática não é realizada na clínica, sendo muitas das vezes ultrapassados os 2/3 preconizados. (DGS, 2013).

Com relação aos EPI, no serviço de dialise os EPIs indicados são óculos de proteção ou viseira, mascara, avental, luvas e sapato fechado (Silva & Zeitoune,2009). Apesar de ser preconizado o uso de óculos de proteção devido ao grande risco de salpico de fluidos orgânicos para a face, grande parte dos profissionais não utilizam óculos de proteção ou utilizam apenas os óculos pessoais, sendo que estes não conferem a proteção adequada.

Com relação a técnica de punção da FAV, a DaVita Portugal possui um protocolo que preconiza a dupla desinfeção do local da punção, sendo a primeira com uma compressa (para a remoção da matéria orgânica), efetuar a higienização das mãos e desinfetar com solução apropriada, no caso álcool isopropílico 70% e deixar secar por 30 segundos.

Entretanto, pude observar que muitos profissionais não realizam a primeira desinfeção e não esperam os 30 segundos de secagem da solução alcoólica, além de observar momentos em que os profissionais realizavam punções e até mesmo hemóstase sem luvas.

Ressalto também a importância da descontaminação dos equipamentos, principalmente dos monitores de diálise e dos carros de apoio, que são superfícies tocadas com frequência durante todo o tratamento e potencialmente contaminadas com sangue. O Caderno de Boas Práticas da OE recomenda que após o início do tratamento essas superfícies devem ser novamente desinfetadas (OE, 2016). Entretanto, essa prática muitas vezes não é realizada.

Os DRC infetados com HIV ou Hepatite possuem salas e máquinas próprias para o tratamento, como preconizado pela Boas Práticas de Dialise Crônica da Ordem dos Médicos (2017).

Quanto aos doentes com feridas infetadas que ultrapassem as barreiras de proteção e vestuário, os doentes com incontinência fecal ou diarreias não controladas e os doentes com colonização conhecida por microrganismos “alerta”, é necessário medidas adicionais de segurança (OM, 2017). O DRC nessas condições realiza a sessão no posto mais afastado possível dos restantes, sempre mantendo um posto de diálise livre entre os restantes e/ou a colocação e biombos.

Nesse contexto, considero que atingi essa competência, tentei sempre realizar os 5 momentos da higienização das mãos, usar os EPIs indicados para cada situação em específico, demonstrar sólidos conhecimentos na área de prevenção das IACS e os coloquei em prática, tanto no que diz respeito a higienização das mãos, manter as unhas curtas e sem verniz, não usar adornos, tanto ao que diz respeito aos EPIs, ao descarte correto do lixo. Entretanto, não são ofertados óculos de proteção aos estudantes e não há número suficiente por salas. Coloquei essa questão no primeiro dia com a minha orientadora, entretanto nunca me foi ofertado e levei meus óculos pessoais para a clínica.

Gostaria de enaltecer que a educação permanente e as ações de conscientização do Programa de Controlo da Infecção. Como ferramentas de suma importância para o aprimoramento dos serviços prestados e principalmente porque essas ações têm a capacidade de transformarem as ações em processos de trabalho, de forma aos profissionais atuarem de forma crítico-reflexiva (Andrade & Castro, 2016).

PARTE II- Eficácia da musicoterapia aplicada pelos enfermeiros no alívio da dor em doentes críticos.: Revisão sistemática da literatura.

RESUMO: Introdução: A musicoterapia, em consonância com o tratamento alopático, proporciona ao doente um desfecho positivo, proporcionando um importante espaço para reconhecer e amenizar as dores e angustias vivenciadas pelo doente em cuidados críticos. Ressalta-se o potencial da musicoterapia como estratégia para melhorar o enfrentamento e potencializar o relacionamento terapêutico e humanizado ao doente crítico. **Objetivo:** Sintetizar as evidências científicas relativamente à eficácia da musicoterapia aplicada pelos enfermeiros no alívio da dor em doentes críticos. **Método:** A pesquisa foi realizada em quatro bases de dados Pubmed, Scielo, Ebsco e CINHALL. Foram incluídos apenas estudos experimentais e quasi-experimentais, bem como os que utilizaram a musicoterapia como intervenção e que envolveram amostra com indivíduos adultos. Foram excluídos os estudos em que a musicoterapia não foi aplicada por enfermeiros, estudos com grávidas e estudos não disponíveis na integra. **Resultado:** Foram encontrados 40 estudos, sendo nove elegíveis. A maioria dos estudos demonstrou benefícios da musicoterapia no alívio da dor e ansiedade nos doentes críticos. **Conclusão:** A presente revisão reforça a necessidade de futuros estudos acerca da musicoterapia no doente crítico, com a finalidade de validar a sua aplicabilidade e eficácia na gestão da dor, alívio da ansiedade e efeitos nos parâmetros vitais.

Palavras.-chave: Musicoterapia, Dor, Cuidados Críticos, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: Introduction: Music therapy, in line with allopathic treatment, provides the patient with a positive outcome, providing an important space to recognize and alleviate the pain and anguish experienced by the patient in critical care. The potential of music therapy as a strategy to improve coping and enhance the therapeutic and humanized relationship with the critically ill is emphasized. **Objective:** To synthesize the scientific evidence regarding the effectiveness of music therapy applied by nurses in relieving pain in critically ill patients. **Method:** The research was carried out in four databases: Pubmed, Scielo, Ebsco and CINHALL. Only experimental and quasi-experimental studies were included, as well as those that used

music therapy as an intervention and that involved a sample with adult patients. Studies in which music therapy was not applied by nurses, studies with pregnant women and studies not available in their entirety were excluded. **Results:** 40 studies were found, of which nine were eligible. Most studies have shown benefits of music therapy in relieving pain and anxiety in critically ill patients. **Conclusion:** This review reinforces the need for future studies on music therapy in critically ill patients, in order to validate its applicability and effectiveness in pain management, anxiety relief and effects on vital parameters.

Keywords: Music Therapy, Pain, Critical Care, Nursing Care.

1. INTRODUÇÃO

A dor, de acordo com Merskey e Bogduk (1994), foi definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a potencial ou real dano físico. Sendo a dor crónica definida como dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e /ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas (OE, 2008).

Atualmente, a dor tem sido contextualizada e definida “como uma experiência individual, subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade” (OE, 2008, p. 11).

Treede et al. (2015) definem a dor crónica, como a dor persistente ou recorrente, com duração superior a 3 meses, podendo considerar-se até aos 6 meses para um diagnóstico definitivo, momento em que ocorrem alterações neuroplásticas periféricas e no sistema nervoso central, na transição de dor aguda para dor crónica (Williams & Craig, 2016).

Conforme o estudo Pain Proposal (2010), cerca de 36% da população portuguesa sofre de dor crónica, sendo que quase metade dos casos (16% dos casos) a dor é considerada moderada a forte e afeta diretamente nas atividades da vida diária, atividades domésticas e laborais, com repercussão no bem-estar emocional, o que perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, sendo o seu controlo objetivo prioritário (Matos et al, 2017).

Um dos motivos mais comuns pelos quais as pessoas recorrem aos profissionais e serviços de saúde continua ser a dor, pois muitas vezes não experienciam o alívio adequado do quadro de dor aguda ou crónica apenas com a terapêutica farmacológica. Com o aumento dos casos de dor crónica, o interesse da comunidade científica também aumentou, permitindo, dessa forma, avanços na sua prevenção e tratamento, sendo esses avanços um novo desafio à prática dos cuidados de enfermagem (Matos et al, 2017).

A estratégia apenas farmacológica não tem sido suficiente para o alívio da dor e vem representando um crescente aumento nos custos para os sistemas de saúde. Diversos estudos sugerem que as complementações das medidas farmacológicas com as medidas não

farmacológicas constituem uma melhoria no controlo da dor, além de representar um potencial de redução nos custos (Matos et al, 2017).

Uma revisão sistemática realizada por Matos et al (2017), com o objetivo de identificar os resultados sensíveis das intervenções de Enfermagem ao nível das medidas não farmacológicas na pessoa com dor, constatou-se que nos casos da dor crónica as medidas não farmacológicas como: massagem, reflexologia, acupressão, estimulação elétrica transcutânea (TENS), terapia térmica (calor/frio) e associação de diferentes medidas, apresentaram resultados sensíveis no controlo dos sintomas, do estado funcional, melhoria do bem estar, conforto e satisfação.

O mesmo estudo, demonstrou que na dor aguda, as medidas de alongamento muscular, posicionamento, relaxamento, crioterapia, musicoterapia e suporte emocional mostraram como resultado sensível, apenas o controlo dos sintomas (diminuição na intensidade da dor) (Matos et al, 2017) .

O Guia Orientador de Boas Práticas- Dor, da Ordem dos Enfermeiros (2008), separa as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor em três categorias: as intervenções cognitivas-comportamentais, as físicas e as de suporte emocional. No que diz respeito às intervenções cognitivo-comportamentais, a OE elucida a Terapia Cognitiva/Comportamental (TCC); Reconstrução cognitiva; Treino de habilidades de coping; Relaxamento com imaginação e Distração. Entre as intervenções físicas, destacam-se: a aplicação de frio/calor; exercícios direcionados; imobilização; massagem e TENS. No suporte emocional, o toque terapêutico e o conforto são as técnicas abordadas.

A música como forma de melhorar o bem-estar físico, mental e emocional do ser humano é uma prática milenar, em que os xamãs (médicos primitivos da sociedade) utilizavam os sons para os tratamentos do corpo e da alma e davam maior significado aos “cantos mágicos” em detrimento às ervas medicinais (Graciano, 2003).

A música como forma de humanização do cuidado foi relatada por Florence Nightingale, em 1859, quando utilizada junto a veteranos da I e da II Guerras Mundial. A partir da década de 1940, estudos científicos passaram a abordar a musicoterapia como recurso terapêutica, elaborando as primeiras bases de suas práticas atuais, sendo que o efeito da música entre os

convalescentes de guerras foi o principal marco para o alavanque das pesquisas (Graciano, 2003; Dobbro, Lopes & Ferreira, 2000).

No contexto dos doentes críticos, conforme estudo desenvolvido por Silva et al (2016), ressalta-se a importância de uma melhor monitorização da dor sofrida pelo doente crítico, de forma que a equipa de enfermagem saiba avaliar de forma eficaz, monitorizar, minimizar o sofrimento e intervir atempadamente no manejo da dor, de forma farmacológica e não farmacológica. A educação continuada é elucidada em diversos artigos como fundamental na autogestão das pessoas com dor, mas também na formação dos enfermeiros que prestam os cuidados, sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que tem maior contato com o doente (Silva et al, 2016).

Estudo realizado por Moreira et al (2019) acerca da musicoterapia em ambiente de cuidados críticos, concluiu que a musicoterapia em consonância com o tratamento alopático proporcionam ao doente um desfecho positivo de cuidado ampliado, entretanto não sendo possível com apenas essa abordagem prevenir ou tratar de forma primária agravamento de saúde do doente, porém pode-se proporcionar um importante espaço para reconhecer e amenizar as dores e angústias vivenciadas pelo doente em cuidados críticos. Ressalta-se o potencial da musicoterapia como estratégia para melhorar o enfrentamento e potencializar o relacionamento terapêutico e humanizado ao doente crítico.

Em relação aos benefícios da musicoterapia, estudo realizado com doentes críticos politraumatizados indicou o uso da música como benéfico na redução da dor e níveis de ansiedade, além de aumentar o bem estar e a qualidade dos cuidados prestados (Contreras-Molina, Rueda-Núñez, Pérez-Collado & García-Maestro, 2020).

Apesar dos resultados encontrados em diversos estudos, a musicoterapia continua a ser um método de terapia não farmacológica pouco conhecida e utilizada nos ambientes hospitalares, apesar de ser uma arte que esta em crescimento, ainda há um grande receio das equipas em utilizá-la (Gonzalez, Oliveira & Giesbrecht, 2008).

Diante do contexto supracitado, esta RSL tem como objetivo sintetizar as evidências científicas relativamente à eficácia da musicoterapia aplicada pelos enfermeiros no alívio da dor em doentes críticos..

2. METODOLOGIA

Conforme o Centre for Reviews and Dissemination (2009), as revisões sistemáticas da literatura são definidas como estudos secundários, que tem como fonte de dados estudos primários. Sendo os estudos primários definidos como artigos científicos que apresentam resultados de pesquisas em primeira mão.

Segundo Galvão e Pereira (2014), as revisões sistemáticas da literatura apresentam em seu método as seguintes etapas de elaboração:

1. Elaboração da pergunta de pesquisa;
2. Busca na literatura;
3. Seleção dos artigos;
4. Extração dos dados;
5. Avaliação da qualidade metodológica;
6. Síntese dos dados;
7. Avaliação da qualidade das evidências;
8. Redação e publicação dos resultados.

2.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Galvão e Pereira (2014), a pergunta de uma pesquisa analítica deve investigar dois eventos e ser formada por diversos componentes. sendo que quatro deles estão enquadrados no anagrama PICO: População; Intervenção (ou exposição); Comparação; e Desfecho (O, *Outcome* em inglês). Entretanto, os autores aconselham, por vezes, a acrescentar um quinto componente da pergunta: o tipo de estudo (S, *study*), mudando o anagrama para PICOS. (Galvão & Pereira, 2014).

Neste sentido, procurou-se dar resposta à seguinte questão de investigação:

Qual é a eficácia da musicoterapia aplicada pelos enfermeiros no alívio da dor em doentes críticos?

2.2 OBJETIVOS

O objetivo da presente RSL é sintetizar as evidências científicas relativamente à eficácia da musicoterapia aplicada pelos enfermeiros no alívio da dor em doentes críticos.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS

A seguir encontra-se definidos os critérios a metodologia PICOS define como:

População: o grupo de participantes é constituído por doentes críticos com dor crónica com idade igual e superior a 18 anos, independentemente da etiologia, gravidade ou presença de comorbilidades;

Intervenção: Musicoterapia aplicada por enfermeiros

Compara: não aplicável

Desfecho (*Outcomes*): taxa de sucesso (alívio da dor, alívio da ansiedade, relaxamento, melhoria dos sinais vitais) nos doentes críticos;

Tipo de Estudo: experimentais e quasi-experimentais

Foram ainda definidos critérios de inclusão nesta RSL:

- Estudos realizados com adultos (idade superior a 18 anos);
- Publicações disponíveis nos seguintes idiomas: Português, Espanhol, Inglês;

Foram critérios de exclusão nesta RSL:

- Estudos realizados com crianças (idade inferior a 18 anos);
- Estudos realizados com grávidas;
- Artigos que não estejam disponíveis em texto completo;

2.4 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Primeiramente, foi realizado uma pesquisa na base de dados Cochrane a fim de certificar-se da pertinência e viabilidade do estudo.

As palavras-chave identificadas são: dor, cuidados críticos, enfermeiro, resultado das intervenções e cuidado de enfermagem.

Em seguida foram definidos os seguintes termos DeCS/MeSH: Musicoterapia/ Music Therapy; Dor/ Pain; Cuidados Críticos/Critical Care; Cuidados de Enfermagem/ Nursing Care.

Confirmado os termos MeSH, foi realizada a pesquisa nas bases de dados científicas definidas: Pubmed, Scielo, Ebsco e CINHALL.

Busca avançada → Musicoterapia/ Music Therapy AND Dor/ Pain AND Cuidados Críticos/Critical Care AND Cuidados de Enfermagem/ Nursing Care.

PUBMED: (Music Therapy) AND (Pain)) AND (Critical Care)) AND (Nursing Care): 33 resultados

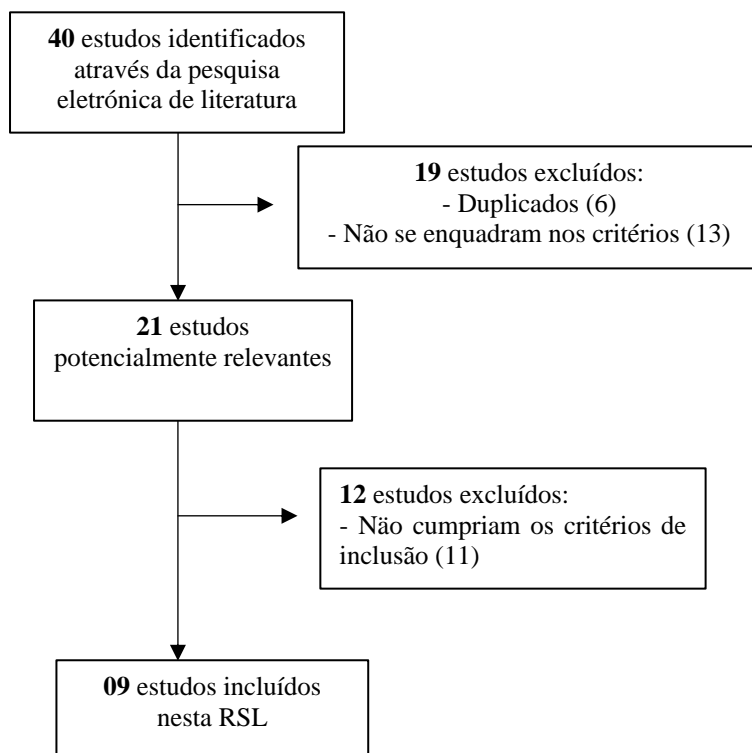
SCIELO: (Music Therapy) AND (Pain)) AND (Critical Care)) AND (Nursing Care): 0 resultados

EBSCO: (Music Therapy) AND (Pain)) AND (Critical Care)) AND (Nursing Care): 6 resultados

CINHALL: (Music Therapy) AND (Pain)) AND (Critical Care)) AND (Nursing Care): 1 resultado

A busca dos artigos foi conduzida em setembro de 2020 e todo o processo de avaliação dos artigos foi realizado por pares. Foram encontradas 40 referências referentes ao tema. Numa primeira fase de seleção, foi feita a leitura individual de títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados. Desses 40 artigos, 6 apresentavam-se duplicados nas bases de dados utilizadas e foram excluídos 21, por não cumprirem os critérios de inclusão ou por cumprirem os critérios de exclusão, formando um total de 21 artigos selecionados. Para finalizar a primeira fase de seleção dos estudos foi feita uma revisão dos estudos pré-selecionados, com a leitura integral dos 21 artigos e foram excluídos 12 artigos, fazendo um total de 9 artigos científicos a serem formalmente selecionados para o estudo. (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma de seleção de estudos acerca da musicoterapia no alívio da dor do doente crítico para inclusão nesta revisão sistemática da literatura.



2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Após a leitura completa dos estudos procedeu-se a avaliação da qualidade metodológica dos mesmos. Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão recorreu-se ao JBI's *Critical Appraisal Tools* (JBI, 2020), especificamente ao “*Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)*” e “*Checklist for Randomized Controlled Trials*”

O nível de evidência tem como objetivo determinar a confiança dos resultados apresentados e estratificar as conclusões que irão produzir o estado da arte do tema investigado. São definidas em: I – Revisões Sistemáticas ou Metanálises de Ensaio Clínicos; II – Ensaio Clínico Randomizado e Controlado; III – Ensaio Clínicos Controlados sem Randomização; IV – Estudo de Caso Controlo ou Coorte; V – Estudos de Coorte (caracterizados pela observação de

um grupo de corte para determinar um desfecho), Revisões Sistemáticas de Estudos Qualitativos ou Descritivos; VI – Estudos Qualitativos ou Descritivos; VII – Opinião ou Consenso de Comité de Especialistas (Stillwell, Fineout-Overholt & Melnyk, 2010).

Face ao exposto, ao que se refere ao nível de evidência, os estudos apresentaram nível de evidência II (7 estudo) e III (2 estudos), conforme demonstrado na Quadro 1. Os estudos foram codificados através da letra E (Estudo) e o respetivo número.

Quadro 1 – Método e Nível de Evidência dos Estudos Seleccionados

| N. | Título | Local/Ano Publicação | Autores | Método | Nível de Evidência |
|----|---|----------------------|--|---------------------------------------|--------------------|
| E1 | Relief of Procedural Pain in Critically Ill Patients by Music Therapy: A Randomized Controlled Trial | Turquia/ 2019 | Aktas & Karabulut | Estudo clínico randomizado | II |
| E2 | The Effects of Music Intervention on Background Pain and Anxiety in Burn Patients: Randomized Controlled Clinical Trial | Irão/ 2016 | Ghezeljeh, Ardebili, Rafii & Haghani, | Ensaio clínico controlado randomizado | II |
| E3 | Comparing the effect of patients preferred music and Swedish massage on anticipatory anxiety in patients with burn injury: Randomized controlled clinical trial | Irão/ 2018 | Ghezeljeh & Ardebili | Ensaio clínico randomizado controlado | II |
| E4 | Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery | Turquia/ 2013 | Ozer, Ozlu, Arslan & Gunes | Estudo quase experimental. | III |
| E5 | Sound isolation and music on the comfort of mechanically ventilated critical patients. | Espanha/ 2019 | Mateu-Capell, Arnau, Juvinyà, Montesinos & Fernandez | Ensaio clínico cruzado randomizado. | II |
| E6 | Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study. | França/ 2018 | Jacq et al | Estudo piloto de centro unico | III |
| E7 | The combined effects of cold therapy and music therapy on pain following chest tube removal among patients with cardiac bypass surgery. | Irão/ 2018 | Yarahmadi, Mohammadi, Ardalan, Najafzadeh & Gholami | Ensaio clínico randomizado controlado | II |
| E8 | The effects of massage and music on pain, anxiety and relaxation in burn patients: Randomized controlled clinical trial. | Irão/ 2017 | Ghezeljeh, Ardebili & Rafii | Ensaio clínico controlado randomizado | II |
| E9 | The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. | Turquia/ 2016 | Aktas & Karabulut | Pesquisa experimental randomizada | II |

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram considerados 09 artigos que apresentam elevada evidência científica, sendo 7 estudos clínicos randomizados e 2 estudos quasi-experimentais, todos publicados em inglês. Em relação ao espaço temporal, os estudos foram publicados nos anos de 2018(3), 2016(2), 2019(2), 2017(1) e 2013(1).

Ao que remete ao local de realização dos estudos, a maioria foi realizados no Irão (4), os demais estudos foram realizados na Turquia (3), em Espanha (1) e em França (1).

Com relação aos participantes dos estudos, 4 estudos foram desenvolvidos com doentes ventilados mecanicamente, 3 realizados com doentes queimados e 2 com doentes submetidos a cirurgia cardíaca.

Entre os estudos selecionados, 5 utilizaram como intervenção a musicoterapia isoladamente, enquanto os outros 4 estudos utilizaram intervenções combinadas com a musicoterapia para mensurar o alívio da dor e ansiedade em doentes críticos, respetivamente, massagem sueca (2), terapia com frio (1) e isolamento sonoro (1).

Os estudos utilizaram escalas e parâmetros apropriadas para avaliar os efeitos das intervenções com musica para o alívio da dor e da ansiedade, entre elas: “*Critical Care Pain Observation Tool*” (2); “*Behavioral Pain Scale (BPS)*” (3); *Escala Visual Analógica (EVA)* (2); *Persian version of Burn Specific Pain Anxiety Scale* (1); *Unidimensional verbal pain intensity scale* (1); “*Bispectral Index (BIS)*” (1); Escala de Ramsay (1); Escala numérica da dor (1) e Parâmetros vitais (3), conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Intervenções e Escalas utilizadas nos Estudos Selecionados

(continua)

| N. | Título | Objetivo | Intervenções | Escalas utilizadas | Detalhes da Intervenção |
|----|--|---|--------------|--|--|
| E1 | Relief of Procedural Pain in Critically Ill Patients by Music Therapy: A Randomized Controlled Trial. | Determinar a eficácia da música no alívio da dor durante o procedimento de aspiração endotraqueal, usando duas ferramentas diferentes de observação da dor. | Música | “ <i>Critical Care Pain Observation Tool</i> ” “ <i>Behavioral Pain Scale (BPS)</i> ” | Os doentes no grupo de intervenção musical receberam 20 minutos de musicoterapia (musica calma) antes, durante e 20 minutos depois da aspiração endotraqueal |
| E2 | The Effects of Music Intervention on Background Pain and Anxiety in Burn Patients: Randomized Controlled Clinical Trial. | Investigar o efeito da música no alívio da dor, ansiedade e níveis de relaxamento em doentes queimados | Música | Escala Visual Analógica (EVA) Parâmetros vitais | Os doentes do grupo de intervenção musical ouviram seu género de música preferido por 20 minutos, durante 3 dias consecutivos. |

(continuação)

| N. | Título | Objetivo | Intervenções | Escalas utilizadas | Detalhes da Intervenção |
|----|--|---|--|--|--|
| E3 | Comparing the effect of patients preferred music and Swedish massage on anticipatory anxiety in patients with burn injury: Randomized controlled clinical trial. | Comparar o efeito da música preferida do doente e da massagem sueca na ansiedade antecipatória da dor em doentes queimados. | Música preferida e massagem sueca | <i>Persian version of Burn Specific Pain Anxiety Scale</i> | Os doentes dos grupos de intervenção (música preferida, massagem sueca e música preferida + massagem sueca) receberam as intervenções durante 20 minutos antes dos cuidados com as feridas. |
| E4 | Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery | Investigar o efeito da música, de escolha pessoal, na intensidade da dor e dos parâmetros fisiológicos em doentes submetidos à cirurgia cardíaca. | Música de escolha pessoal | <i>Unidimensional verbal pain intensity scale</i> Parâmetros vitais | Os doente do grupo de intervenção musical escutaram as músicas de escolha pessoal por 30 minutos. |
| E5 | Sound isolation and music on the comfort of mechanically ventilated critical patients. | Avaliar o efeito do isolamento sonoro versus intervenção musical no conforto de doentes, ventilados mecanicamente, internados em uma unidade de cuidados intensivos (UCI), através do estado hipnótico (BIS), do nível de sedação (escala de Ramsay) e intensidade da dor (BPS) | Isolamento sonoro versus Intervenção musical | <i>“Bispectral index (BIS)”</i> Escala de Ramsay <i>“Behavioural pain scale (BPS)”</i> | Os doentes do Grupo A receberam uma intervenção de isolamento sonoro seguido por música, administrado consecutivamente durante uma única sessão de 4 horas e 4 fases. As 4 fases foram as seguintes: primeira hora: condições básicas; segunda hora: isolamento sonoro; terceira hora: música; quarta hora: condições usuais da UCI. Os doentes do grupo B receberam música na segunda hora e isolamento sonoro na terceira. |
| E6 | Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study. | Avaliar o efeito da música na dor sentida por doentes sob ventilação mecânica durante o banho matinal no leito. | Música | <i>“Behavioural pain scale (BPS)”</i> | Os doentes do grupo de intervenção musical receberam a intervenção durante os cuidados de higiene no leito, sendo a escala aplicada antes, durante e 30, 60 e 120 minutos depois do banho. |
| E7 | The combined effects of cold therapy and music therapy on pain following chest tube removal among patients with cardiac bypass surgery. | Examinar o efeito da terapia com frio e da musicoterapia, de forma individual e em combinação, na redução da dor após a remoção do dreno torácico. | Terapia com frio e Musicoterapia | Escala numérica da dor | 4 grupos foram formados: Grupo A- terapia com frio (20 minutos antes da retirada do dreno); B- musicoterapia (30 minutos, com início 15 minutos antes da retirada do dreno); C- terapia com frio e musicoterapia; D- grupo controle. |
| E8 | The effects of massage and music on pain, anxiety and relaxation in burn patients: Randomized controlled clinical trial. | Avaliar os efeitos da massagem sueca e da música na intensidade da dor, intensidade da ansiedade e nível de relaxamento em doentes queimados. | Massagem sueca e musicoterapia | Escala Visual Analógica (EVA) | 4 grupos foram formados: (i) Grupo controle; (ii) Música preferida; (iii) Massagem sueca; (iv) Música preferida + massagem sueca. As intervenções foram realizadas por 20min uma vez ao dia por 3 dias consecutivos. |
| E9 | The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. | Determinar o efeito da musicoterapia na intensidade da dor, nível de sedação e parâmetros fisiológicos durante a aspiração endotraqueal de doentes ventilados mecanicamente | Musicoterapia | <i>“Critical-Care Pain Observation Tool”</i> Escala de Ramsay Parâmetros vitais | Os doentes do grupo experimental ouviram música instrumental de flauta 20 minutos antes, durante e 20 minutos após a aspiração endotraqueal. Antes, durante e após a intervenção, a dor, o nível de sedação e os parâmetros vitais foram avaliados. |

Os principais pontos dos estudos, tal como os objetivos e resultados foram elucidados no quadro abaixo (Quadro 3).

Quadro 3- Estudos incluídos na revisão sistemática sobre musicoterapia e alívio da dor no doente crítico

(continua)

| N | TÍTULO | AUTORES | PAIS | ANO | OBJETIVO | TIPO DE ESTUDO | PARTICIPANTES | RESULTADOS |
|----|--|--|---------|------|---|---------------------------------------|--|---|
| E1 | Relief of Procedural Pain in Critically Ill Patients by Music Therapy: A Randomized Controlled Trial. | Aktas & Karabulut | Turquia | 2019 | Determinar a eficácia da música no alívio da dor durante o procedimento de aspiração endotraqueal, usando duas ferramentas diferentes de observação da dor. | Ensaio clínico randomizado | 98 doentes em suporte de ventilação mecânica que atenderam aos critérios de seleção. | Os escores de dor no “ <i>Critical Care Pain Observation Tool</i> ” e “ <i>Behavioral Pain Scale (BPS)</i> ” foram menores no grupo que recebeu a intervenção da música do que no grupo controle durante a aspiração endotraqueal. |
| E2 | The Effects of Music Intervention on Background Pain and Anxiety in Burn Patients: Randomized Controlled Clinical Trial. | Ghezjeljeh, Ardebili, Rafii & Haghani, | Iran | 2016 | Investigar o efeito da música no alívio da dor, ansiedade e níveis de relaxamento em doentes queimados | Ensaio clínico controlado randomizado | 100 doentes iranianos hospitalizados com queimaduras foram recrutados entre dezembro de 2013 e abril de 2014. | Houve uma diferença significativa entre os escores médios de mudanças nos níveis de dor, ansiedade e relaxamento antes e depois da intervenção em grupos de música e controle. Nenhuma diferença foi detetada nos sinais vitais médios entre os grupos antes e após intervenção musical. |
| E3 | Comparing the effect of patients preferred music and Swedish massage on anticipatory anxiety in patients with burn injury: Randomized controlled clinical trial. | Ghezjeljeh & Ardebili | Iran | 2018 | Comparar o efeito da música preferida do doente e da massagem sueca na ansiedade antecipatória da dor em doentes queimados. | Ensaio clínico randomizado controlado | 240 doentes foram recrutados. O tamanho da amostra foi estimado em 60 indivíduos para cada grupo. | Os resultados indicaram que os pacientes no grupo de combinação de ambas as intervenções relataram ansiedade antecipatória significativamente menor em comparação com os grupos de música preferida, massagem sueca e controle. As mudanças médias no escore de ansiedade antecipatória nos grupos de massagem sueca e música preferida tiveram uma diferença estatisticamente significativa com o grupo de controle. Não houve diferença entre as mudanças médias de ansiedade antecipatória na música preferida e nos grupos de massagem sueca. |
| E4 | Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery. | Ozer, Ozlu, Arslan & Gunes | Turquia | 2013 | Investigar o efeito da música, de escolha pessoal, na intensidade da dor e dos parâmetros fisiológicos em doentes submetidos à cirurgia cardíaca. | Estudo quase experimental. | 87 doentes submetidos à cirurgia cardíaca: 44 no grupo de música, 43 no grupo de controle, com idades entre 18 e 78 anos | No grupo de música, houve um aumento estatisticamente significativo na saturação de oxigênio e um nível de dor menor do que no grupo controle. Não houve diferença entre os grupos nos demais parâmetros fisiológicos. |
| E5 | Sound isolation and music on the comfort of mechanically ventilated critical patients. | Mateu-Capell, Arnau, Juvinyà, Montesinos & Fernandez | Espanha | 2019 | Avaliar o efeito do isolamento sonoro versus intervenção musical no conforto de doentes, ventilados mecanicamente, internados em uma unidade de cuidados intensivos (UCI), através do estado hipnótico (BIS), do nível de sedação (escala de Ramsay) e intensidade da dor (BPS) | Ensaio clínico cruzado Randomizado. | 108 doentes internados em UCI | O isolamento sonoro e a intervenção musical não modificaram o conforto ou as variáveis fisiológicas dos doentes críticos em ventilação mecânica comparado com os seus respetivos valores basais. |

(continuação)

| N | TITULO | AUTORES | PAIS | ANO | OBJETIVO | TIPO DE ESTUDO | PARTICIPANTES | RESULTADOS |
|----|---|---|---------|------|---|---------------------------------------|--|--|
| E6 | Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study. | Jacq et al | França | 2018 | Avaliar o efeito da música na dor sentida por doentes sob ventilação mecânica durante o banho matinal no leito. | Estudo piloto de centro único | 60 doentes ventilados mecanicamente | A música diminuiu significativamente a intensidade e a duração da dor durante o banho matinal no leito em doentes ventilados mecanicamente. |
| E7 | The combined effects of cold therapy and music therapy on pain following chest tube removal among patients with cardiac bypass surgery. | Yarahmadi, Mohammadi, Ardalan, Najafzadeh & Gholami | Iran | 2018 | Examinar o efeito da terapia com frio e da musicoterapia, de forma individual e em combinação, na redução da dor após a remoção do dreno torácico. | Ensaio clínico randomizado controlado | 180 doentes submetidos à cirurgia cardíaca | A terapia com frio e a combinação da musicoterapia e terapia com frio reduziram efetivamente a dor causada pela remoção do dreno torácico. Além disso, não houve diferença estatisticamente significativa entre a intensidade da dor entre os grupos, 15 minutos após a remoção do dreno torácico |
| E8 | The effects of massage and music on pain, anxiety and relaxation in burn patients: Randomized controlled clinical trial. | Ghezeljeh, Ardebili & Rafii | Iran | 2017 | Avaliar os efeitos da massagem sueca e da música na intensidade da dor, intensidade da ansiedade e nível de relaxamento em doentes queimados. | Ensaio clínico controlado randomizado | 240 doentes queimados internados no Shahid Motahari Burns Hospital, Teerã, Irã, entre setembro de 2013 e maio de 2015. | Nossos achados mostraram uma diminuição na intensidade da dor e ansiedade e um aumento no nível de relaxamento nos três grupos de intervenção em comparação ao grupo controle, indicando que não houve diferença significativa entre as intervenções aplicadas. Além disso, após a aplicação de cada intervenção, a intensidade da dor e da ansiedade diminuiu e o nível de relaxamento aumentou nos grupos de intervenção em comparação com antes da intervenção. |
| E9 | The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. | Aktas & Karabulut | Turquia | 2016 | Determinar o efeito da musicoterapia na intensidade da dor, nível de sedação e parâmetros fisiológicos durante a aspiração endotraqueal de doentes ventilados mecanicamente | experimental randomizado | 66 doentes, que atenderam aos critérios de inclusão para o estudo. | Os escores médios da Escala de Sedação de Ramsay durante a aspiração endotraqueal foram, respectivamente, 1.88 e 1.55 no grupo experimental e controle e a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa. A pontuação média do “Critical-Care Pain Observation Tool” durante a aspiração endotraqueal no grupo experimental foi estatisticamente inferior à do grupo controle. Não houve diferenças significativas antes, durante e 20 minutos após a aspiração entre os dois grupos em relação à pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, frequência cardíaca e saturação de oxigênio. |

Nos 4 estudos realizados com doentes ventilados mecanicamente, 2 tiveram como principal objetivo avaliar os efeitos da musicoterapia no alívio da dor durante o procedimento de aspiração endotraqueal (Aktas & Karabulut, 2019; Aktas & Karabulut, 2016), um estudo avaliou os efeitos da musicoterapia durante o banho no leito matinal (Jacq et al, 2018) e o outro comparou o isolamento acústico versus intervenção musical no conforto dos doentes (Mateu-Capell, Arnau, Juvinyà, Montesinos & Fernandez, 2019). Com relação aos resultados, os dois estudos que avaliaram os efeitos da musicoterapia durante a aspiração endotraqueal (Aktas & Karabulut, 2019; Aktas & Karabulut, 2016), demonstraram resultados significativos com relação ao alívio da dor nos grupos que receberam a intervenção, entretanto não identificaram alterações significativas nos parâmetros vitais (Aktas & Karabulut, 2016).

O estudo relacionado aos efeitos da musicoterapia durante o banho no leito (Jacq et al, 2018), demonstrou resultado positivo e significativo com relação a diminuição da dor durante o banho matinal no leito. Já o estudo desenvolvido por Mateu-Capell, Arnau, Juvinyà, Montesinos e Fernandez (2019), não demonstrou resultados significativos no conforto e variáveis fisiológicas dos doentes críticos em VMI.

De encontro com as evidências acima citadas, a revisão sistemática realizada por Mueller e Gaedke (2018), acerca dos efeitos terapêuticos da musicoterapia em pacientes sob ventilação mecânica, concluíram que a música proporcionou alterações fisiológicas significativas e benéficas, principalmente ao que se refere a ansiedade em pacientes mecanicamente ventilados, entretanto não foram encontrados resultados significativos em relação a diminuição da dor. O mesmo estudo aponta a musicoterapia como intervenção não farmacológica ideal para a melhor tolerância à ventilação mecânica em quantidades reduzidas de sedação.

Os estudos realizados com doentes queimados tiveram como objetivos principais avaliar o efeito da música no alívio da dor, alívio da ansiedade e níveis de relaxamento (Ghezeljeh, Ardebili, Rafii & Haghani, 2017), comparar o efeito da música preferida e massagem sueca na ansiedade antecipatória a dor (Ghezeljeh & Ardebili, 2018) e avaliar os efeitos da massagem e da música na intensidade da dor, intensidade da ansiedade e nível de relaxamento (Ghezeljeh, Ardebili & Rafii, 2017). Os resultados dos estudos demonstraram uma diminuição nos níveis de dor, ansiedade e maior relaxamento nos grupos que receberam as intervenções (Ghezeljeh, Ardebili, Rafii & Haghani, 2016; Ghezeljeh & Ardebili, 2018; Ghezeljeh, Ardebili & Rafii,

2017), entretanto nenhuma diferença significativa foi observada nos sinais vitais (Ghezeljeh, Ardebili, Rafii & Haghani, 2016).

Tendo como um dos objetivos descrever o efeito da música na dor em vítimas de queimadura, durante os cuidados com a ferida, a dissertação realizada por Souza (2016) demonstra que a música apresenta-se como um recurso não farmacológico para o alívio da dor, tendo em vista que auxiliou no controlo dos sinais vitais e reduziu a média da intensidade da dor durante o procedimento de tratamento das queimaduras.

O tratamento da dor no doente crítico depende principalmente da identificação precoce da dor, da sua monitorização e tratamento através do uso de escalas e indicadores adequados, além da utilização de protocolos flexíveis que permitam o rápido ajuste do tratamento farmacológico e não farmacológico, sendo a associação da gestão terapêutica com medidas não farmacológicas, como a musicoterapia, massagem, relaxamento e imaginação guiada apresentam-se eficazes na gestão e controlo da dor durante os cuidados de enfermagem a doentes queimados (Vieira, 2017).

Nos dois estudos realizados com doentes submetidos a cirurgia cardíaca, um teve como objetivo investigar o efeito da música, de escolha pessoal, na intensidade da dor e dos parâmetros fisiológicos (Ozer, Ozlu, Arslan & Gunes, 2013) e o outro, examinar o efeito da terapia com frio e da musicoterapia, de forma individual e em combinação, na redução da dor após a remoção do dreno torácico (Yarahmadi, Mohammadi, Ardalan, Najafizadeh & Gholami, 2018). Ambos os estudos apontaram a diminuição dos níveis de dor. O estudo realizado por Ozer, Ozlu, Arslan e Gunes (2013) apontou um aumento nas saturações de oxigénio no grupo que recebeu a musicoterapia em comparação ao grupo controle.

Apesar de apenas um estudo apontar efeitos positivos da musicoterapia nos parâmetros fisiológicos, a revisão da literatura guiada por Austin (2010) com o objetivo de analisar as evidências científicas acerca do uso de musicoterapia em crianças mecanicamente ventiladas, a autora conclui que a musicoterapia é essencial para uma abordagem holística do doente crítico, além de ser uma forma económica, não invasiva e não farmacológica de terapia com significativos resultados nos parâmetros fisiológicos, como na redução da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da tensão arterial e da dor, além dos benéficos efeitos psicológicos,

como redução dos níveis de ansiedade e humanização da assistência de enfermagem através do aprimoramento da relação entre o doente e o enfermeiro.

A presente revisão reforça a necessidade de futuros estudos acerca da musicoterapia no doente crítico, com a finalidade de validar a sua aplicabilidade e eficácia na gestão da dor, alívio da ansiedade e efeitos nos parâmetros vitais. Emerge a necessidade de otimizar o ambiente do doente crítico, humanizando o cuidado e a incentivar o uso de medidas não apenas farmacológicas para o controle da dor por parte dos enfermeiros. Dessa forma, treinamentos e formações acerca da gestão da dor devem ser estimulados e discutidos nos ambientes de cuidado ao doente crítico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse relatório, torna-se eminente a necessidade *sine qua non* de refletir acerca de todo o crescimento pessoal e profissional conquistados durante todo o processo de aprendizagem inerente ao Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Considero que as experiências vivenciadas durante esse processo foram de grande valia para a minha experiência profissional e pessoal. Consegui consolidar conhecimentos adquiridos ao longo dos ensinamentos teóricos do Mestrado e ao mesmo tempo estive diante da realidade do SNS português, algo que considerava de suma importância para o desenvolvimento e crescimento profissional como Enfermeira em Portugal, além de ter sido impulsionador para iniciar as minhas funções, em janeiro desse ano, como Enfermeira no Hospital Pulido Valente.

Ao sair da minha zona de conforto e vislumbrar uma realidade totalmente diferente dos contextos dos quais já havia exercido a enfermagem, fez-me refletir sobre o meu próprio inacabamento e a necessidade de busca de conhecimento constante para aprimorar a minha prática profissional e também o meu desenvolvimento como ser, pessoa emocional e espiritual.

Diante desse contexto, pude também refletir acerca das diferenças regulamentadoras do exercício profissional da Enfermagem no contexto dos 3 diferentes países nos quais trabalhei como enfermeira: Brasil, Noruega (Enfermeira Prática) e Portugal. A arte do cuidar mantém-se as mesmas, tendo em vista que grande parte das instituições de saúde no mundo são regidas por normas e diretrizes internacionais, entretanto pequenas diferenças culturais que alteram a realização dos mesmos procedimentos são perceptíveis, tornando a questão cultural tão importante e única na arte do cuidar.

O desenvolvimento da RSL permitiu meu crescimento acadêmico, ampliando os meus conhecimentos científicos e ressaltando a importância da pesquisa científica em enfermagem como ferramenta fundamental para o crescimento da enfermagem como ciência e reconhecimento da profissão.

Torna-se de suma importância ressaltar todas as dificuldades superadas, que foram acima citadas, além de trazer também, a conscientização das novas responsabilidades em construir um caminho como enfermeira especialista dotada de conhecimentos e competências que proporcionam o processo de reflexão e transformação da realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aktas Y. & Karabulut, N. (2019). Relief of Procedural Pain in Critically Ill Patients by Music Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Complementary medicine research*, 26(3), 156–165.
- Aktas, Y., & Karabulut, N. (2016). The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. *Nursing in critical care*, 21(1), 44–52.
- Almeida, A.A. & Jesus, G.P. de. (2016). Principais problemas gerados durante a terapia de hemodiálise associados à qualidade da água. *Revista Eletrônica Atualiza Saúde*, 3(3), 41-52.
- Andrade, E.D. & Castro, A.A.P.C. (2016). The importance of health education for hospital infection control. *Journal of Orofacial Investigation*, 3(1), 43-52.
- Associação Nacional de Centro e Diálise (ANADIAL). (2020). Preço compreensível. [Web site] Retrieved from: <https://www.anadial.pt/preco-compreensivo/>
- Austin, D. (2010). The psychophysiological effects of music therapy in intensive care units. *Nursing Children and Young People*, 22(3):14-20.
- Bandeira, A.G., Marin, S.M. & Witt, R.R. (2014). Vulnerabilidade a desastres naturais: Implicações para a Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 13(4), 776-781.
- Baptista, M.K.S., Santos, R.M. dos, Duarte, S.J.H., Comassetto, I., & Trezza, M.C.S.F. (2017). O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 21(4).
- Barreira, I.M.M. (2018). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Batista, M.P.J. (2012). Cuidar na doação de órgãos: um percurso de aquisição de competências. Relatório de estágio. Curso de Mestrado em Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Bouadma, L. & Klompas, M. (2018). Oral care with chlorhexidine: beware! *Intensive Care Medicine*. 4(7), 1153-1155.
- Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice Commemorative edition. UpperSaddleRiver, NJ: Prentice Hall Health. (Original publication 1984.)
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M. (2010). Pain Proposal: A Dor Crónica em Portugal. [Web page]. Retrieved from: www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer_Público/Notícias/Portugal_Country_Snapshot.pdf.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York: University of York.
- Centro Hospitalar de Leiria (2017). *Missão e Valores*. 2017. Disponível em: <http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/missao-e-valores-3/>. Acesso em: 01 jun 2019.

- Centro hospitalar Leiria. (2017b). Plano de Emergência Externo (Catástrofe)-PLN.CHL.074.00. Leiria: CHL.
- Coutinho, J.F., Cruz, I.C.F. (2018) The care of the body after death in the Intensive Care Unit-systematic literature review. *Journal of Specialized Nursing Care*. 10(1), 1-8.
- Contreras-Molina, M., Rueda-Núñez, A., Pérez-Collado, M.L. & García-Maestro, A. (2020). Effect of music therapy on anxiety and pain in the critical polytraumatised patient. *Enfermería Intensiva*, S1130-2399(20), 30088-2.
- Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015 do Ministério da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. (2015). *Diário da República*, II Série, nº 28, 3882-(2) -3883-(10).
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O.L., Martins, H. & Fernandes, N. (2016). Supervisão de estudantes em ensino clínico: Correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe4), 115-122.
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015a). Norma 021/2015 de 16 de dezembro de 2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação.
- Direção Geral da Saúde (2015b). Norma 014/2015 de 06 de agosto de 2015. “Medicamentos de alerta máximo”.
- Direção Geral dos Hospitais (DGH). (1992). Circular Normativa nº 18 de 30 de julho de 1992. Norma para elaboração de horários.
- Dobbro, E.I., Lopes, M. & Ferreira, I. (2000). O som e a cura. *Revista Medici*, 3, 8-11
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e terra.
- Freitas, E. A. de, Freitas, E.A. de, Santos, M. de F. dos, Félix, K.C., Moraes Filho, I M. de, & Ramos, L.S.A. (2018). Assistência de enfermagem visando a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos na hemodiálise. *Revista De Iniciação Científica E Extensão*, 1(2), 114-121.
- Fukushima, R.L M., Costa, J.L.R., & Orlandi, F.S. (2018). Atividade física e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25(3), 338-344.
- Galvão, T.F. & Pereira, M.G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183-184
- Ghezalje, T.N., Ardebili, F.M., Rafii, F. & Haghani, H. (2016). The Effects of Music Intervention on Background Pain and Anxiety in Burn Patients: Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, 37(4), 226–234.

- Ghezalje, T.N., Ardebili, F.M., & Rafii, F. (2017). The effects of massage and music on pain, anxiety and relaxation in burn patients: Randomized controlled clinical trial. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 43(5), 1034–1043.
- Ghezalje, T.N., & Ardebili, F.M. (2018). Comparing the effect of patients preferred music and Swedish massage on anticipatory anxiety in patients with burn injury: Randomized controlled clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 32, 55–60
- Gonçalves, H.M. & Zamberlan, C. (2016). Visita domiciliar como prioridade de pesquisa em saúde: uma revisão. *DisciplinarumScientia. Série: Ciências da Saúde*, 17(1), 1-10.
- Gonçalez, D.F.C, de Oliveira, A.T.N. & Giesbrecht, AC.P. (2008). O uso da música na assistência de enfermagem no brasil: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enfermagem*, 13(4), 591-596.
- Graciano R. (2003). A música na prática terapêutica. *Revista Curso Pratico de Canto*, 2, 44-5.
- Guimarães, C.M. & Dourado, M.R. (2013). Privacidade do paciente: cuidados de enfermagem e princípios éticos. *Estudos, Goiania*, 40(4), 447-60.
- Hernandez, J. (2019). Chronic Kidney Disease: The Need to Increase Nurse Practitioner Awareness . Digital Commons @ ACU, Electronic Theses and Dissertations. Paper 171.
- Jacq, G., et al. (2018). Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study. *PloS one*, 13(11), e0207174.
- Jennings-Sanders, A., Frisch, N., Wing, S. Nursing Students' Perceptions About Disaster Nursing (2005). *Disaster Management & Response*. 3(3), 80-85.
- Lei nº 15/ 2014 de 21 de Março de 2014. Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República: I série, nº 57 (2014)*.
- Leininger, M. (1991). Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. *Journalof Transcultural Nursing*. 2(2), 32-9.
- Marvin, M.R., Inzucchi, S.E., Besterman, B.J. (2016). Minimization of hypoglycemia as an adverse event during insulin infusion: further refinement of the Yale protocol. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 18(8): 480-486.
- Matos, A., Cardos, R., Coisinha, S., Silveira, S. Lotra, V. & Fonseca, C. (2017). Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(3), 1198-1216.
- Mateu-Capell, M., Arnau, A., Juvinyà, D., Montesinos, J., & Fernandez, R. (2019). Sound isolation and music on the comfort of mechanically ventilated critical patients. *Nursing in critical care*, 24(5), 290–298.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Ministério da Saúde. República Portuguesa. (2020). Gestão Integrada de Doença. Retrieved from: <https://gid.min-saude.pt>

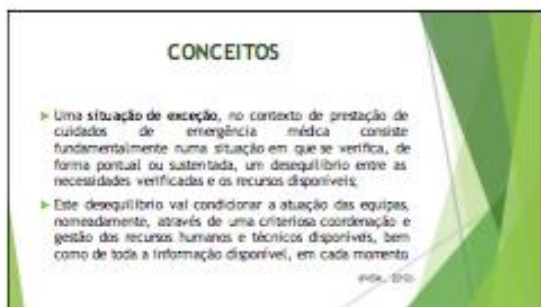
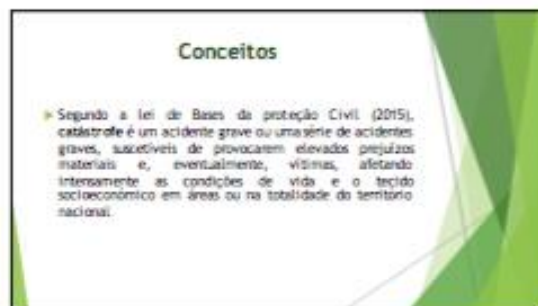
- Moreira, A.C.M.G., Dell'Aqua, M.A.Q., Oliveira, T.M.N. de & Dalcól, C. (2019). Paciente crítico: percepção de alunos de enfermagem pós intervenção de musicoterapia. *PROEX*, 37, 1-5.
- Mueller, B.R. & Gaedke, M.A. (2018). Efeitos terapêuticos da musicoterapia em pacientes sob ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Revista Ciência e Conhecimento*, 12(1), 77-89.
- Najafi Ghezalje, T., & Mohaddes Ardebili, F. (2018). Comparing the effect of patients preferred music and Swedish massage on anticipatory anxiety in patients with burn injury: Randomized controlled clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 32, 55–60.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código deontológico do enfermeiro. Artigo 84: Do dever de informação (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor- Guia orientados de boas práticas*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boas Práticas- Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodialise*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Médicos. Colégio de Especialidade de Nefrologia. (2017). *Manual de Boas Prática de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Oliveira, E.S. et al. (2018). Gestão de conflitos: desafios na prática gerencial do enfermeiro. *Cadernos de Graduação*. 4(3), 123-138.
- Özer N, Özlü Z.K., Arslan S & Günes N. (2013). Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery. *Pain Manag Nursing*. 14(1), 20-8.
- Pereira, M.S.M., Guedes, H.M., Oliveira, L.M.N. & Martins, J.C.A. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(13), 93-102.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: I série*, nº26 (2019).
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República: II série*, nº135 (2018).
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem *Diário da República: II série*, nº184 (2019).
- Regulamento nº 679/2016 de 27 de abril de 2016. Proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga

- a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Jornal Oficial da União Europeia, L. 119, 1-88 (2016).
- Santos, F.M. et al. (2018). Atuação do enfermeiro frente às principais complicações em pacientes durante o procedimento de hemodiálise. *Revista Humano Ser.* 1(1), 114-127.
- Silva, R., Pires, R. & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico- Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência.* III(3), 1-17.
- Silva, M.K.D. da & Zeitoune, R.C.G. (2009). Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. *Escola AnnaNery Revista de Enfermagem.* 13(2), 279-86.
- Stillwell, S., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. & Williamson, K. (2010). Evidence-Based Practice, Step by Step: Searching for the Evidence, 110(5), 41-47. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20520115>
- Soares, C.O. (2008). O processo supervisivo. Projecto de Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Souza, L.P. & Lima, M.G. de. (2015) Educação continuada em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. *JournalofHealth&BiologicalScience.* 3(1), 39-45.
- Souza, S.S. (2016). Música como recurso terapêutico na assistência de enfermagem a vítimas de queimaduras. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, Brasil.
- Tanquada, M.F. (2013). A comunicação durante a transição das equipas de enfermagem: estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviço de Saúde.
- Teixeira, M.F. & Durão, M.C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência.* IV(10), 135-140.
- Teixeira, N.L., Silva, M.M. & Draganov, P.B. (2018). Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipa de enfermagem. *Revista de Administração em Saúde.* 18(73), 1-11.
- Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis.* JBI.
- Treede, R.D. et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain,* 156(6), 1003-7.
- Truppel, T.C., et al (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 62(2), 221-227.
- Veloza, K.D.S., et al (2017). Escore TISS-28 versus NEMS para dimensionar a equipa de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Einstein.* 15(4), 470-475
- Ventura, P.F.E.V., Freire, E.M.R., Alves, M. (2016). Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* 7(1), 126-147.

- Vieira, S.R.O. (2017). Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica da abordagem pré-hospitalar à unidade de queimados. (Relatório de Estágio) Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. 84p.
- Williams, A.C.C. & Craig, K.D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423.
- World Health Organization. (2005). World Alliance for Patient Safety: forward programme. Genebra.
- Yarahmadi, S., Mohammadi, N., Ardalan, A., Najafizadeh, H., & Gholami, M. (2018). The combined effects of cold therapy and music therapy on pain following chest tube removal among patients with cardiac bypass surgery. *Complementary therapies in clinical practice*, 31, 71–75.

APÊNDICE

APENDICE I- Table top Catástrofe





documento de apoio ao protocolo

1) Registo de primeira informação e informação ao chefe de equipa

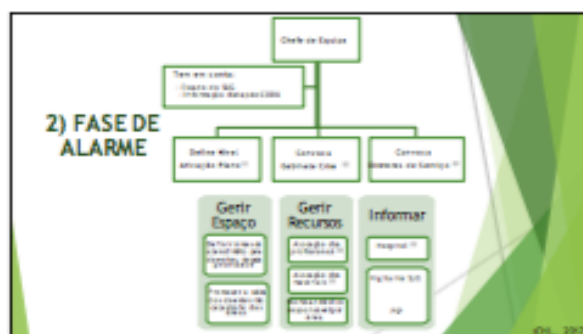
Nome do contacto: _____
 Identificação do contacto: _____
 Data de contacto: _____
 Hora de contacto: _____

2) Registo de informação (911) e ativação do gabinete de crise

Identificação do contacto: _____
 Data de contacto: _____
 Hora de contacto: _____
 Tipo de contacto: _____
 Local de contacto: _____
 Descrição do contacto: _____
 Nome do contacto: _____
 Telefone do contacto: _____
 E-mail do contacto: _____

2) FASE DE ALARME

- Fase em que se verifica a declaração de ativação do nível de resposta.
- De acordo com a catástrofe ocorrida, cabe ao chefe de equipa, decidir o nível de ativação do plano, convocar o gabinete de crise e outros diretores de serviço, se necessário.



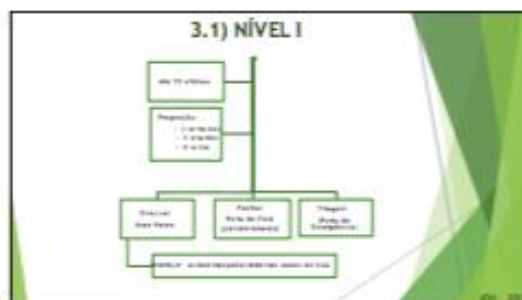
3) FASE DE EXECUÇÃO

- Nível I - resposta com os meios permanentes disponíveis nos SUG e SUP;
- Nível II - resposta com os recursos existentes no hospital, ativáveis e mobilizáveis;
- Nível III - resposta com recursos externos, mobilizáveis em situação de emergência mediante notificação.

3) FASE DE EXECUÇÃO

Ativação do **gabinete de crise**:

- » Órgão máximo em caso de ocorrência de acidente grave ou catástrofe, recebe as informações de todos os setores e é responsável pela organização da resposta durante todo o desenvolvimento de crise;
- » Local de atuação na sala de reuniões do SUG.

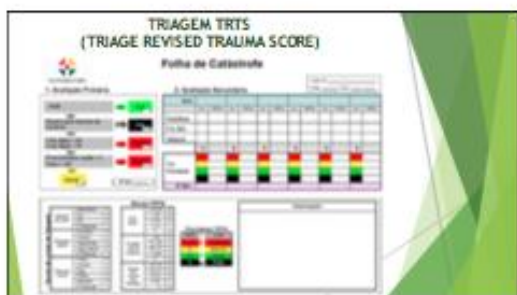




| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

©EPL, 2019





Círculo do doente VIP;

Apoio e acolhimento às famílias das vítimas - coordenado pela Diretora do serviço Social;

Apoio aos filhos dos trabalhadores - coordenado pela enfermeira Diretora - Nível III;

Comunicação Social - responsabilidade da direção clínica em articulação com o gabinete de comunicação.

É a fase de desativação do plano que é realizada pelo Presidente do Conselho de Administração em consonância com as entidades externas.

4) FASE DE NORMALIZAÇÃO

Ocorre a orientação dos doentes de acidente ainda no SIG e a orientação dos doentes que subiram para o internamento;

Define-se:

- Quais os doentes que regressam ao SIG;
- Quais os doentes que têm alta direta;
- Priorizar transferência para outros serviços de internamento;
- Priorizar transferência para outros hospitais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LEI Nº 61/2015 DE 3 DE AGOSTO, ALTERAÇÃO DA RESOLUÇÃO. Diário da República - 1ª série, nº 156 (2015), Anúncio, a 21 de Abril 2015. Disponível em: <https://dre.pt>
- Vozes da Nacional de Emergência Médica (2012). Tratado de Emergência Médica. 1ª Edição, a 21 Abril 2015 em <https://www.vozesdaemergencia.pt>
- OCL (2015). Plano de Emergência. Gabinete de Avaliação - REA-DIRECÇÃO. Leiria.

CASO
Table top

Acidente de viação com um autocarro turístico em Fátima, 28 vítimas com idade superior a 18 anos.

**TABLETOP
(17/07/2019 – Serviço de Urgência do CHL)**

Plano de Emergência Externo (Catástrofe)

Acidente de viação com um autocarro turístico a caminho de Fátima, na autoestrada sentido Norte- Sul, km 120, 28 vítimas com idade superior a 18 anos.

Sendo que 8 vítimas após triagem pelo INEM no local do acidente foram encaminhadas para o Centro Hospitalar de Coimbra.

| DIA | INJETADO | | ALVO | AÇÃO |
|-------------------|-----------------|--|-----------------|---|
| 17.07.2019 | POR: | | | |
| 11:30 | Joana | O enfermeiro Augusto estava a lanchar no refeitório quando acede ao seu facebook e recebe a notícia que houve um acidente com 28 vítimas nas proximidades de Leiria. | Enf. | - Preencher o Documento 1; - Entregar o Doc 1 ao Chefe de equipa. |
| 11:32 | João | O Enf. Augusto entrega o DOC1 ao chefe de equipa | Chefe de equipa | - Contacto CODU; - Preencher restante DOC1. |
| 11:35 | João | CODU confirma informação | Chefe de equipa | - N.º de vítimas: 20 - Gravidade: <ul style="list-style-type: none"> • 2 vermelhos • 10 amarelos • 8 verdes - Tempo de chegada ao CHL: 30 minutos; - Faixa etária: 50-60 anos. |

| | | | | |
|-------|------------------------|--|-----------------|--|
| | João | | Chefe de equipa | <ul style="list-style-type: none"> - Contata o Enf. Coordenador; - Informa-o da ocorrência de um acidente multivítimas; - Obtém informação sobre a lotação do SU. |
| | Enf. Coordenador (Ana) | <p>Área verde: 18</p> <p>Área amarela: 36</p> <p>Área laranja: 14</p> <p>Área vermelha: 0</p> | Chefe de equipa | - Decide ativar o plano. |
| 11:45 | João | <p>Ativação do Plano Nível II</p> <p>(20 doentes que o CODU vai encaminhar para o SU)</p> | Chefe de equipa | <ul style="list-style-type: none"> - Convocar o gabinete de crise (SMS); - Convocar Diretor de Serviço: SMI, BO e SU (Telefone pessoal). |
| | João | <p>Diretor do SMI informa que tem 4 vagas.</p> <p>Diretor do BO informa que tem 2 salas de cirurgia a vagar e 1 sala de urgência livres.</p> | Chefe de equipa | |
| | João | Informar o Hospital | Chefe de equipa | <ul style="list-style-type: none"> - Telefonista (8h às 23h) /Vigilante (23h às 8h); - Sistema de som. |
| | João | Definir espaços | Chefe de equipa | - Área vermelha: área de catástrofe (P1); |

| | | | | |
|--|------|--------------------|------------------|---|
| | | | | <p>- Área verde: área de catástrofe: zona amarela (P2) e zona vermelha (P1);</p> <p>- Sala de espera da área verde: zona verde (P3);</p> |
| | João | Organizar recursos | Chefe de equipa | <p>- Nomear médicos responsáveis para as áreas (2) - 1 para sala de emergência (médico da área amarela) e outro para área de catástrofe (medico ortopedista)</p> <p>- Nomear médico para a triagem START (Médico dos Verdes 2)</p> |
| | Ana | Organizar Recursos | Enf. Coordenador | <p>- Nomear enf e AO para hall dos elevadores (Enf. Dos Verdes 2, AO do laranja) para fazerem o encaminhamento dos doentes que estavam na área verde para o internamento;</p> <p>- Triagem START:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nomear enfermeiro (Enfermeiro do Gabinete de informações – em situação de ativação do plano de emergência o GI fecha); • Nomear 1 AO (da área amarela); • Nomear 1AT (da admissão de doentes); <p>- Definir Enf. responsáveis pela área de catástrofe (1 Enf dos verdes).</p> |

| | | | | |
|--|-------|--|------------------------------------|--|
| | Diana | Evacuar área verde | Medico Resp. | <ul style="list-style-type: none"> - Definir altas; - Definir mobilização dos doentes para os serviços de internamento; - Supervisionar o registo no processo clínico do destino do doente; - Imprime o detalhe do episódio. |
| | Diana | Evacuar área verde | Enf. Resp. Pela área de catástrofe | <ul style="list-style-type: none"> - Imprime 3 etiquetas com o nome do doente; - Entrega o doente ao AO efetuando o registo no documento 2; - Informa os serviços que vão receber os doentes para enviarem os AO para fazer o transporte dos doentes. |
| | Ana | Organizar recursos materiais necessários para a Área de Catástrofe | Enf. Coordenador | <ul style="list-style-type: none"> - Trazer o carro de emergência da área amarela; - Alocar monitores nas áreas; - Alocar macas nas áreas. |
| | João | Alocar médicos para área de catástrofe | Chefe de equipa | <ul style="list-style-type: none"> - Definir médico para observação dos doentes (médico cirurgião - roxo). |
| | Ana | Alocar enfermeiros e AO para AC | Enf. Coordenador | <ul style="list-style-type: none"> - Deslocar enf. (1 amarelo) e AO (1 orto trauma); - Definir 1 enf para realizar triagem secundaria aos doentes (Enf dos laranjas); |

| | | | | |
|-------|------|--|-----------------|---|
| | | | | - Registo dos doentes entrados na área (doc. 5). |
| | João | Isolar a área de catástrofe | Chefe de equipa | - Fechar a porta de Fole; - Pedir para desbloquear área de saída da área verde. |
| 12h00 | Ana | Chegaram 3 doentes | | - Triagem START na porta do hospital; - Número de identificação + kit; - Registo no DOC 4; - Caixa de espólio. |
| | Ana | Doente 1- Anda – Verde (P3) Doente 2- Anda-Verde (P3) Doente 3- FR 33cpm; FC 90bpm – Amarelo (P2) | | - Encaminhamento para a respetiva área. - Na área preencher Doc. 5. |
| 12h05 | João | Chegada dos elementos do Gabinete de Crise | Chefe de equipa | - Ponto de situação; - Entregue Doc. 1; - Pedido de RH dos outros serviços e chegada dos colegas (Anexo 5). |
| 12h08 | Ana | Chegaram 2 doentes Doente 4- Morto-Preto (também leva Kit com número de identificação) | | Encaminhamento para a respetiva área. |

| | | | | |
|-------|-----|---|---------------------|---|
| | | Doente 5- FR 36cpm; FC 140bpm- Vermelho (P1) | | |
| 12h10 | Ana | <p>Chegam ao serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 enfermeiros do internamento; • 4 AO do internamento. | Enf Coordenador | <p>- Distribuição destes elementos pelas áreas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 enf. para a área amarela; • 2 enf. para a área laranja, • 3 AO para a área amarela; • 1 AO para a área laranja. <p>✓ Aloca-se um enf. do SU da área laranja para a área de catástrofe;</p> <p>✓ Aloca-se um enf. do SU da área amarela para a área Vermelha.</p> |
| 12h15 | Ana | <p>Triagem secundária (15 em 15 minutos)</p> <p>Doente 2- Piora do quadro clínico (ECGlasgow 12)</p> | | <p>- Triagem secundária atribuída prioridade Amarelo (P2);</p> <p>- Maca para o doente</p> |
| 12h20 | Ana | Todos os doentes mobilizados para o serviço subiram | Enf. Coordenador | <p>- Equipa do hall vai ser distribuída nos cuidados.</p> <p>- Recolhe DOC. 3 e entrega ao Gabinete de Crise.</p> |
| 12h25 | Ana | <p>Chegam 2 doentes:</p> <p>Doente 6 - FR 30cpm; FC160bpm-Vermelho (P1)</p> <p>Doente 7 - FR 8cpm; FC; 190bpm – Vermelho (P1)</p> | | Encaminhamento para a respetiva área. |

| | | | | |
|-------|------|---|-----------------|--|
| 12h26 | João | Doente 5 encaminhado para BO com urgência | | - Comunicado ao Gabinete de crise da necessidade de cirurgião e sala de bloco. |
| | João | | | - No final a enfermeira diretora vai confirmar o registo do percurso de cada doente catástrofe e não catástrofe na instituição; - A AT vai no final da entrada de todos os doentes catástrofe recolher a informação fidedigna de identificação de cada um e proceder à sua admissão no sistema informático. |
| 13h00 | João | Todos os doentes estão sob vigilância com planos terapêuticos e alguns com alta | Chefe de equipa | Informado Gabinete de Crise para a desativação do plano. Apenas o presidente do conselho de administração é que pode dar por terminado o plano. |