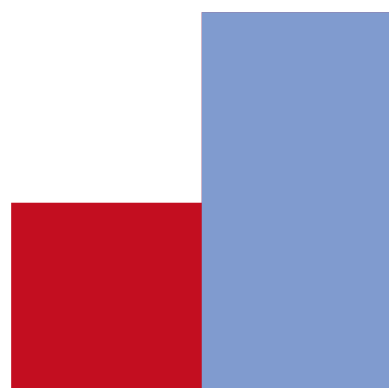
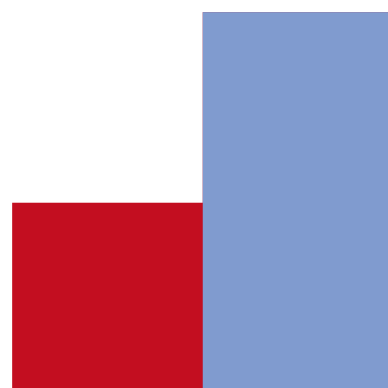




Orientador(es)



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

Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família pelo incentivo e pela motivação constante. Ao Bruno por ser sempre o meu porto de abrigo e por toda a compreensão, motivação e paciência que teve com a minha ausência. À minha mãe que partiu, mas continua a ser a minha maior inspiração, deixando-me o exemplo de força e amor incondicional. Ao meu avô, ao meu pai, ao meu irmão, à minha cunhada e à minha tia que sempre me apoiaram.

Às minhas amigas, Catarina, Sofia e Diana, por todo o suporte e por me terem aconchegado com um sorriso.

Às minhas colegas do serviço de Medicina Interna 1, em especial à Ana, à Beatriz e à Margarida por todo o apoio e motivação para comigo nesta nova caminhada da minha vida.

Quero expressar o meu muito obrigado por toda a ajuda e apoio da Professora Doutora Rita Marques durante este percurso e pela sua disponibilidade inigualável.

Às minhas supervisoras clínicas dos vários contextos de estágio pela partilha de conhecimentos.

Às minhas colegas do mestrado Anas e Mariana por todo o apoio e camaradagem demonstrada durante a realização do curso.

A toda a turma do mestrado pelo grande espírito de união durante este percurso.

Resumo

O presente relatório final de estágio, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa, apresenta a análise e a reflexão crítica do percurso realizado nos três contextos de estágio: Unidade Coronária, Serviço de Urgência Geral Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos.

A temática transversal centra-se na gestão do ruído hospitalar, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais fatores ambientais que influenciam o conforto, a segurança e a recuperação da pessoa em situação crítica. A Bundle ABCDEF foi utilizada como referência de boas práticas, e a Teoria do Conforto de Kolcaba como suporte concetual.

Durante os estágios identificaram-se as principais fontes de ruído e implementaram-se estratégias de sensibilização e formação junto das equipas de enfermagem, com o objetivo de promover um ambiente terapêutico mais favorável. Os resultados revelaram que a redução dos estímulos sonoros contribuiu para o conforto da pessoa em situação crítica, preveniu complicações (nomeadamente dor, distúrbios do sono e *delirium*) e potenciou a eficácia das intervenções associadas à Bundle ABCDEF. Conclui-se que a gestão do ruído hospitalar constitui uma dimensão essencial da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo determinante para a segurança, o bem-estar e a recuperação da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Ruído Hospitalar; Bundle ABCDEF; Pessoa em Situação Crítica; Conforto.

Abstract

This final internship report, developed within the scope of the Internship with Report curricular unit of the 2nd Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialization in Nursing Care for the Critically Ill Person, at the Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisbon, presents the analysis and critical reflection of the pathway undertaken in three internship settings: Coronary Care Unit, General Emergency Department, and Intensive Care Unit.

The transversal theme focuses on hospital noise management, recognized by the World Health Organization as one of the main environmental factors influencing the comfort, safety, and recovery of the critically ill person. The ABCDEF Bundle was used as a reference for best practices, and Kolcaba's Theory of Comfort as conceptual support.

During the internships, the main sources of noise were identified, and awareness and training strategies were implemented with nursing teams, aiming to foster a more therapeutic environment. The results showed that reducing sound stimuli contributed to the comfort of the critically ill person, prevented complications (namely pain, sleep disturbances, and *delirium*), and enhanced the effectiveness of interventions associated with the ABCDEF Bundle. It is concluded that hospital noise management is an essential dimension of the continuous improvement of care quality, being determinant for the safety, well-being, and recovery of the critically ill person.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Hospital Noise; ABCDEF Bundle; Critically Ill Person; Comfort.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABCDE – *Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure*

ABCDEF – *Assess, Prevent and Manage Pain; **B**oth Spontaneous Awakening and Breathing Trials; Choice of Analgesia and Sedation; **D**elirium: Assess, Prevent and Manage; **E**arly Mobility and Exercise; **F**amily Engagement and Empowerment*

dB – Decibéis

EE – Enfermeiro/a Especialista

EEEMC-PSC – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

ISBAR – *Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

MEMC-PSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SUGP – Serviço de Urgência Geral Polivalente

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UC – Unidade Coronária

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade de Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Mecânica não Invasiva

Índice

Índice	8
Índice de Tabelas.....	11
I. Introdução.....	12
II. A Gestão do Ruído Hospitalar no contexto da Bundle ABCDEF	16
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre 20	
III.1. Unidade Coronária.....	20
III.2. Serviço de Urgência Geral Polivalente	23
III.3. Unidade de Cuidados Intensivos.....	26
III.4. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas	28
III.4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	29
III.4.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)	29
III.4.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)	38
III.4.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados (C).....	46
III.4.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D) .	48
III.4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem	51
III.4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	52
III.4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	58
III.4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	58
IV. Considerações Finais	60

V. Referências Bibliográficas	62
Apêndices.....	68
Apêndice A – Análise SWOT da UC.....	69
Apêndice B – Plano de Sessão de Sensibilização realizada aos enfermeiros da UC	71
Apêndice C – Sessão de sensibilização realizada aos enfermeiros da UC.....	73
Apêndice D – Análise SWOT do SUGP	81
Apêndice E – Questionário sobre a perceção dos enfermeiros do SUGP sobre o impacto do ruído na pessoa em situação crítica.....	83
Apêndice F – Análise SWOT da UCI	93
Apêndice G – Plano de Sessão de Sensibilização realizada aos enfermeiros do SUGP.....	95
Apêndice H – Sessão de Sensibilização em formato <i>online</i> realizado à equipa do SUGP.....	97
Apêndice I – Cartazes realizados no contexto de estágio do SUGP	104
Apêndice J – Plano de Sessão de Sensibilização realizada aos enfermeiros na UCI.....	106
Apêndice L – Cartaz informativo realizado no âmbito do contexto de estágio da UCI.....	108
Apêndice M – Sessão de Sensibilização realizada à equipa da UCI.....	110
Apêndice N – Resumo da revisão integrativa da literatura com o título “Ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar”.....	120
Apêndice O – Resumo da revisão <i>scoping</i> com o título: “As Contribuições da Bundle ABCDEF nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: a <i>scoping</i> <i>review</i>”.....	122
Anexos.....	124
Anexo 1 – Certificado do Workshop <i>Online Competência e Humanização:</i> <i>Desafios à Intervenção de Enfermagem em Cuidados Intensivos Projeto InfUCI</i>	125

Anexo 2 – Certificado de participação no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.....	127
Anexo 3 – Certificado de segundo póster apresentado no Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “<i>Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados</i>”	129
Anexo 4 – Certificado de aprovação no curso de Suporte Avançado de Vida...	131
Anexo 5 – Certificado de aprovação no curso de <i>International Trauma Life Support</i>	133
Anexo 6 – Certificado de participação no 2.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.....	135

Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição das respostas relativas ao conhecimento sobre o nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar	41
Tabela 2: Distribuição das respostas relativas às fontes de ruído consideradas no SUGP	42
Tabela 3: Distribuição das respostas relativas ao grau de conhecimento sobre o nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar	42
Tabela 4: Distribuição das respostas relativas às fontes de ruído do SUGP.....	43
Tabela 5: Distribuição das respostas relativas às estratégias de melhoria na gestão do ruído hospitalar	44
Tabela 6: Distribuição das respostas relativas à percepção dos enfermeiros sobre os efeitos do ruído	44

I. Introdução

No âmbito das Unidades Curriculares de Estágio com Relatório, inseridas no 2º semestre do 1º ano e no 1º semestre do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMC-PSC) da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa, surge a realização do presente relatório de estágio intitulado: “Gestão do Ruído nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica – Intervenção Especializada de Enfermagem”.

O presente documento revela a descrição, a análise e a reflexão das atividades realizadas nos contextos de estágio da Unidade Coronária (UC), do Serviço de Urgência Geral Polivalente (SUGP) e da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), com uma carga horária de 204 horas cada, com um total de 616 horas de estágio em contexto real de cuidados, entre novembro de 2024 e julho de 2025, na Área Metropolitana de Lisboa.

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”^(1 p.85656). Neste sentido, nos ambientes de cuidados críticos, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC está, frequentemente, associada à precisão da técnica e à rapidez dos procedimentos realizados, inseridos numa dinâmica complexa de ação e de intervenção devido ao risco iminente de vida². Esta situação representa um desafio para os profissionais de saúde envolvidos e provoca ansiedade tanto na PSC, como na sua família².

Existem diversos fatores que influenciam os cuidados prestados à PSC. O ruído emerge como um fator ambiental relevante, sendo reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um dos riscos ambientais mais importantes para a saúde” e “uma preocupação crescente entre os formuladores de políticas e o público”^(3 p.vii). No contexto hospitalar, os níveis de ruídos podem alcançar valores superiores a 70 dB (Decibéis), o que é altamente prejudicial, tendo em conta as recomendações da OMS que sugere um máximo de 35 dB no período diurno e 30 dB no período noturno, de forma a proteger a saúde e o bem-estar da PSC⁴.

Assim, o ruído excessivo impacta diretamente o conforto da PSC e pode ser definido como qualquer som indesejado que possa ser prejudicial à mesma, causando

distúrbios no sono ou outras alterações fisiológicas, interferindo e alterando a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória^{5,6,7}.

Perante os desafios no cuidado à PSC têm sido desenvolvidas estratégias estruturadas para otimizar os cuidados, como a Bundle ABCDEF (*Assess, Prevent and Manage Pain; Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials; Choice of Analgesia and Sedation; Delirium: Assess, Prevent and Manage; Early Mobility and Exercise; Family Engagement and Empowerment*)⁸. Composta por seis elementos e define-se como um conjunto estruturado de intervenções concebidas para melhorar os cuidados à PSC, através de uma abordagem multidisciplinar orientada para otimizar a recuperação e os resultados obtidos⁸.

A relevância desta abordagem para a Enfermagem Médico-Cirúrgica é evidente, sobretudo no que concerne à sua aplicação prática. Por conseguinte, a gestão do ruído no ambiente hospitalar assume um papel fundamental para a eficácia da Bundle ABCDEF, pois níveis elevados de ruído podem comprometer diretamente componentes essenciais à recuperação da PSC, como o controlo da dor, a qualidade do sono, a prevenção do *delirium* e a mobilização precoce. Assim, ao integrar práticas baseadas na evidência, como a Bundle ABCDEF, e ao priorizar a redução do ruído, promove-se um ambiente mais favorável à recuperação da PSC e ao bem-estar da sua família. Deste modo, a diminuição do ruído hospitalar não só contribui para a minimização de complicações, mas também potencia os efeitos das intervenções terapêuticas, refletindo-se na melhoria dos resultados clínicos e na humanização dos cuidados de saúde.

A temática selecionada — gestão do ruído — decorreu da observação direta de fontes de ruído constantes e do reconhecimento da sua relevância nos cuidados de enfermagem, quer enquanto pilar de segurança da PSC, quer como fator determinante da melhoria contínua dos cuidados, sustentada pela formação dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar.

Para sustentar a prática de cuidados de Enfermagem, optei por basear-me na Teoria de Kolcaba⁹. Esta teórica defende que o conforto é uma necessidade essencial e a sua promoção pode melhorar, de forma significativa, os resultados em saúde⁹. O conforto define-se em três estados: alívio, tranquilidade e transcendência, que se manifestam em quatro contextos diferentes: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural⁹.

A gestão do ruído em ambiente hospitalar é, portanto, um desafio que requer intervenção ativa dos profissionais de saúde, especialmente do Enfermeiro Especialista

em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC). Desta forma, a sua abordagem é fundamental na aplicação de estratégias para controlar o ruído e criar um ambiente mais calmo e seguro, sendo indispensável adquirir e desenvolver competências que permitam manipular, eficazmente, o ambiente hospitalar para melhorar o conforto da PSC, assegurando que os fatores ambientais não interfiram negativamente na sua recuperação e reconhecendo que o cuidado técnico e as medidas de conforto estão profundamente interligados².

Saliento a relevância desta temática para o desenvolvimento das competências específicas do EEEMC-PSC¹⁰, promovendo uma melhor dinâmica na equipa multidisciplinar e beneficiando a PSC que recebe os cuidados.

É ainda importante referir que, embora a temática tenha sido abordada em todos os contextos clínicos, a aplicação e análise da Bundle ABCDEF ocorreram exclusivamente nos contextos da UC e UCI. No SUGP, a reflexão concentrou-se apenas nas fontes de ruído e nas estratégias de mitigação aplicáveis ao contexto.

Posto isto, através da implementação da gestão do ruído em contexto clínico, pretendo aprofundar conhecimentos e adotar práticas sustentadas na melhor evidência científica, com o objetivo de prestar cuidados especializados e diferenciados de maior qualidade à PSC e à sua família. Este tema assume especial relevância no meu percurso, pois permitiu-me desenvolver competências de avaliação ambiental e de liderança na implementação de práticas baseadas na evidência.

Como futura EEEMC-PSC, entendo a gestão do ruído como uma ferramenta fundamental para identificar obstáculos, promover melhorias contínuas e delinear intervenções mais eficazes e benéficas para a PSC e seus familiares.

Para este percurso defini como objetivo geral: desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais de enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica e à sua família; e como objetivos específicos: desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família; bem como, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no âmbito da gestão do ruído.

A estrutura deste relatório organiza-se em cinco capítulos. Primeiramente apresenta-se a introdução, onde se justifica a escolha do tema, os objetivos definidos e a organização do trabalho, e o enquadramento teórico, no qual se contextualiza a problemática em análise, com base na evidência científica atual. De seguida, encontra-se o percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre, no qual

é apresentada a contextualização e o diagnóstico de situação de cada um dos três contextos de estágio, com a descrição e caracterização dos mesmos, a análise reflexiva das competências adquiridas enquanto Enfermeiro Especialista (EE) e Mestre em Enfermagem, bem como das competências específicas do EEEMC-PSC. Posteriormente, são apresentadas as considerações finais, que refletem o meu percurso académico, as aprendizagens realizadas e as oportunidades de melhoria identificadas. Por fim, disponibilizam-se as referências bibliográficas, segundo a norma de Vancouver, os apêndices e os anexos.

II. A Gestão do Ruído Hospitalar no contexto da Bundle ABCDEF

A Enfermagem caracteriza-se pela prestação de cuidados à pessoa, saudável ou doente, ao longo de todo o ciclo de vida, bem como aos grupos sociais em que esta se insere, visando a manutenção, a promoção e a recuperação da saúde, conforme definido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros¹¹. Neste enquadramento, o EE deve evidenciar um conjunto diversificado de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitam prestar cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialidade¹². Tais competências, comuns a todos os EE, englobam a educação de clientes e pares, a orientação, o aconselhamento e a liderança, integrando também a responsabilidade de interpretar, disseminar e desenvolver investigação relevante, contribuindo para o avanço e a melhoria contínua da prática de Enfermagem¹².

O Regulamento de Competências Específicas do EEEMC-PSC estabelece que os cuidados de enfermagem dirigidos à PSC são altamente qualificados e “prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”^(10 p.19362).

Florence Nightingale, pioneira da Enfermagem, já no século XIX salientava a importância do ambiente na prestação de cuidados, destacando fatores como a luz, a ventilação e o controlo dos sons e do ruído¹³. Porém, com o avanço tecnológico nos cuidados de saúde, os níveis de ruído hospitalar têm aumentado de forma significativa, sendo em Portugal reconhecido como um problema de saúde pública^{14,15}.

A perceção e a tolerância ao ruído são subjetivas e variam de pessoa para pessoa, tratando-se de um fenómeno que provoca uma sensação auditiva desconfortável e que pode ter impactos relevantes na saúde, designadamente stress, fadiga, distúrbios do sono, alterações do humor, cefaleias e hipertensão arterial¹⁵. Além disto, estudos revelam que o ruído pode agravar as condições de saúde, nomeadamente o aumento da perceção da dor, do uso e das doses de sedativos e do tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI), o desenvolvimento de episódios de *delirium*, entre outros, que consequentemente levam ao aumento do risco de complicações e mortalidade, do tempo de internamento e das taxas de readmissão hospitalar^{16,17,18,19}.

A evidência científica recente demonstra que o ruído excessivo impacta, negativamente, o conforto e a recuperação da PSC, reforçando que a sua gestão eficaz é fulcral para melhorar os resultados clínicos da mesma⁷.

Estudos permitiram identificar as principais fontes de ruído hospitalar, bem como intervenções e estratégias que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, podem aplicar na sua prática. As fontes de ruído abrangem conversas simultâneas de vários profissionais, maioritariamente durante as passagens de turno, o tom de voz elevado, o movimento constante de macas e de cadeiras de rodas e dos profissionais perto do leito da PSC, a preparação de material necessário para procedimentos, abertura e fecho de portas, alarmes dos monitores e outros equipamentos, além do som de telefones, rádios e televisores^{17,18,20,21,22,23}. Especificamente em unidades do tipo *open space*, a evidência científica confirma ainda que os turnos da manhã e da tarde são os mais ruidosos, enquanto que o turno da noite é menos ruidoso, desde que não haja admissões²⁴. Afirmam ainda que, ao fim de semana, os níveis de ruído foram inferiores aos observados durante a semana²⁴.

A adoção de medidas como o ajuste dos alarmes, a aplicação de materiais com propriedades de isolamento acústico e a sensibilização das equipas de saúde tem permitido criar ambientes mais tranquilos e seguros, com impacto positivo na qualidade do sono da PSC²⁵. A literatura demonstra, contudo, que nenhuma estratégia isolada é suficiente para reduzir de forma eficaz os níveis de ruído, sendo mais vantajosa a implementação integrada de diferentes intervenções²⁶. Entre as mais supracitadas encontram-se: ações de formação dirigidas aos profissionais, ajuste adequado dos alarmes, limitação de cuidados durante o período noturno, restrição de conversas entre membros da equipa, criação de um *Quiet Time* (intervalo programado com redução da iluminação, dos sons controláveis e de intervenções junto da PSC), utilização de tampões auriculares e manutenção preventiva ou reparação célere de equipamentos defeituosos ou avariados, entre outras²⁶. Adicionalmente, introduziu-se num estudo realizado numa UCI, um medidor visual de ruído (*SoundEar*) durante o período noturno²⁷. Este dispositivo fundamentava os níveis de som ambiental, alertando a equipa, visualmente, quando o ruído ultrapassava limites aceitáveis²⁷. O *SoundEar* foi configurado para mostrar a cor verde abaixo de 60 dB, laranja entre 60-70 dB e vermelho acima de 70 dB. Esta medida resultou numa diminuição significativa do ruído, promovendo mudanças de comportamento e revelando-se valiosa na UCI para gerir o ruído e melhorar o conforto da PSC²⁷.

A minimização do ruído não deve ser entendida de forma isolada, mas integrada em estratégias mais abrangentes de cuidados intensivos, entre as quais se destaca a Bundle ABCDEF, uma abordagem multidimensional amplamente reconhecida na gestão do cuidado em UCI e que visa melhorar a experiência e os resultados clínicos da PSC⁸. O ruído relaciona-se de modo direto com vários dos seus componentes, nomeadamente no que concerne ao conforto, à recuperação e ao envolvimento familiar^{8,19}.

Quanto ao primeiro elemento da Bundle — *Assess, Prevent and Manage Pain* — a literatura demonstra que o ruído hospitalar intensifica o desconforto e agrava a percepção de dor da PSC, evidenciando que a avaliação e a gestão eficaz da dor requerem um ambiente calmo e com estímulos minimizados²⁸. Nestes contextos, potencia-se a eficácia das intervenções farmacológicas e promove-se o conforto da PSC²⁸.

Quanto ao segundo elemento da Bundle — *Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials* — a evidência científica destaca que a qualidade do sono é crucial para o sucesso dos testes de respiração espontânea e para os períodos de despertar²⁸. O ruído constante prejudica a profundidade, a qualidade e a continuidade do sono, dificultando a recuperação e, conseqüentemente, a adesão aos testes respiratórios²⁸.

Quanto ao terceiro elemento da Bundle — *Choice of Analgesia and Sedation* — a literatura demonstra que ambientes excessivamente ruidosos estão associados a uma maior necessidade de sedação profunda, o que limita a implementação de estratégias mais leves e eficazes⁸. A redução dos níveis de ruído, por sua vez, favorece a otimização da sedação, evidenciando que a escolha adequada da sedoanalgesia está diretamente condicionada pelo nível de estímulos presentes no ambiente⁸.

Quanto ao quarto elemento da Bundle — *Delirium: Assess, Prevent and Manage* — a evidência científica salienta que a diminuição do ruído é essencial para a sua prevenção, sobretudo em PSC idosas, que apresentam maior vulnerabilidade a esta síndrome em contextos hospitalares ruidosos²⁹. Todavia, o ruído constitui um fator ambiental determinante para o desenvolvimento do *delirium*, reforçando a necessidade de ambientes mais controlados e tranquilos²⁹.

Quanto ao quinto elemento da Bundle — *Early Mobility and Exercise* — a Teoria do Conforto de Kolcaba⁹ sustenta que o conforto constitui um fator facilitador para a participação em atividades de reabilitação, incluindo a mobilização precoce⁹. Neste sentido, a redução do ruído favorece a criação de um ambiente mais tranquilo e encorajador, no qual a PSC se sente mais segura e motivada a participar nos exercícios,

reduzindo complicações associadas à imobilidade. Além disso, contribui para o alívio físico, a diminuição do stress emocional e a promoção de um ambiente globalmente favorável à recuperação, em consonância com os princípios desta teoria⁹.

Quanto ao sexto elemento da Bundle — *Family Engagement and Empowerment* — a literatura revela que o ruído impacta não só a PSC, mas também compromete o conforto da família, como tal, um ambiente mais silencioso favorece o envolvimento da família, fortalecendo o suporte emocional à PSC¹⁹.

Em síntese, a aplicação da Bundle ABCDEF configura-se como uma estratégia estruturada, na qual a gestão do ruído assume um papel transversal e determinante. Ambientes mais silenciosos potenciam a eficácia das intervenções de analgesia e sedação, previnem o *delirium*, facilitam a mobilização precoce e fortalecem o envolvimento familiar, refletindo-se em melhores resultados clínicos. Para além desses benefícios objetivos, a redução do ruído promove o conforto global da PSC, atendendo não só às suas necessidades fisiológicas, mas também ao bem-estar emocional e à humanização dos cuidados. Assim, a conjugação da Bundle ABCDEF com práticas consistentes de gestão do ruído constitui uma via privilegiada para assegurar cuidados de enfermagem qualificados, seguros e centrados na PSC.

Por isso, no que respeita à gestão do ruído hospitalar no âmbito da Bundle ABCDEF, importa salientar que as estratégias apresentadas e fundamentadas em evidência científica contribuem para a melhoria do conforto, da recuperação e dos resultados clínicos da PSC, além de favorecerem o envolvimento da família. Reconhecendo que o ruído constante no ambiente hospitalar afeta diretamente cada componente da Bundle, a implementação destas estratégias exige mais do que conhecimento técnico ou dispositivos de monitorização: requer a atuação de forma ativa do EE, capaz de mobilizar a equipa, promover a sensibilização para mudanças comportamentais e integrar medidas sustentadas na evidência científica.

Enquanto futura EEEMC-PSC, reconheço que este é um campo de intervenção privilegiado para o desenvolvimento de competências de liderança, avaliação ambiental e humanização dos cuidados. A gestão do ruído revela-se, assim, não apenas uma estratégia de melhoria do ambiente hospitalar, mas também uma oportunidade para reforçar a segurança, a qualidade assistencial e o bem-estar da PSC e da sua família.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

Neste capítulo, será feita uma análise reflexiva relativamente ao percurso efetuado ao longo dos estágios, considerando todo o trabalho e processo desenvolvido para a aquisição de competências de especialista e mestre. A caracterização dos contextos clínicos, as análises documentais e as entrevistas aos enfermeiros gestores e às supervisoras clínicas, para efeitos de anonimização dos contextos, não serão expostas nas referências bibliográficas.

III.1. Unidade Coronária

O estágio do módulo I foi realizado numa UC da Área Metropolitana de Lisboa, inserida numa Unidade de Local de Saúde (ULS). A ULS tem a missão de fornecer cuidados de saúde a todos os cidadãos, de acordo com as responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que a compõem. Além disso, desenvolve atividades complementares, como ensino pré e pós-graduado, pesquisa e formação.

De acordo com a entrevista realizada à supervisora clínica, a UC destina-se à prestação de cuidados à PSC, maioritariamente adulta, com patologias do foro cardíaco, de natureza estrutural e/ou elétrica, com necessidade de cuidados de saúde, de âmbito eletivo, urgente ou emergente. A UC divide-se em duas salas abertas: uma com capacidade para seis camas, das quais cinco em *open space* e uma em quarto de isolamento, onde se encontram as centrais de monitorização da UC e da enfermaria e uma sala de preparação de terapêutica; a outra sala tem capacidade para duas camas, com monitor eletrocardiográfico. A sala *open space* tem capacidade para instalação de meios invasivos de diagnóstico e terapêutica (monitor Swan-Ganz, bombas e seringas infusoras, bombas alimentação contínua, dispositivo de oxigenoterapia de alto fluxo, ventilador, técnica contínua de substituição da função renal, *pacemakers* provisórios, dispositivos de assistência ventricular (Balão intra aórtico, oxigenação por membrana extracorporal, IMPELLA), entre outros. Com a elevada necessidade de cuidados e instabilidade hemodinâmica que caracteriza a PSC, são realizados diversos procedimentos, nomeadamente: intubação endotraqueal, desfibrilhação ou cardioversão elétrica, colocação de drenagens pleurais, entre outras.

A UC dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e outros profissionais. O método de trabalho

adotado é do enfermeiro responsável, que assume a responsabilidade pela assistência às necessidades da PSC e às da respetiva família. A equipa de enfermagem é formada por cinquenta e quatro enfermeiros, sob a coordenação de uma enfermeira gestora, sendo que seis são EE, dos quais cinco são EEEMC-PSC e um especialista em enfermagem de reabilitação. A distribuição dos enfermeiros na UC é de cinco enfermeiros por turno, assumindo-se um rácio de 1:1 ou 1:2, consoante a complexidade da PSC. Os registos clínicos são realizados na plataforma BSimple Patient Care, a qual importa automaticamente o registo dos parâmetros vitais e ventilatórios de cada PSC. A taxonomia utilizada na elaboração dos planos de cuidados é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

No início do estágio foi realizado o diagnóstico de situação, através da observação participante, de uma entrevista não estruturada à enfermeira gestora e à supervisora clínica, bem como da análise de documentos. A entrevista permitiu identificar que a questão do ruído já tinha sido alvo de iniciativas anteriores no serviço, nomeadamente um projeto de sensibilização da equipa de enfermagem e de desenvolvimento de estratégias para a sua redução ou resolução. Contudo, após a identificação da problemática, verificou-se a inexistência de formação específica dirigida à equipa de enfermagem sobre medidas eficazes de minimização e controlo do ruído, fundamentais para promover o conforto da PSC internada na UC.

Neste sentido e com vista a alinhar estratégias e garantir o acompanhamento adequado, permitindo uma orientação eficaz para a sua concretização, defini os seguintes objetivos para este contexto de estágio:

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais de enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica e à sua família em Unidade de Cuidados Intensivos.

Objetivos Específicos:

- **Objetivo Específico 1:** Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família.
- **Objetivo Específico 2:** Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, no âmbito da gestão do ruído, segundo a Bundle ABCDEF.

Para responder à necessidade identificada no diagnóstico de situação, recorri à análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) (Apêndice A), como instrumento de diagnóstico, a fim de compreender as necessidades existentes identificadas e as condições do contexto clínico que me permitiram atingir as competências desejadas³⁰.

Devido à indisponibilidade de um sonómetro profissional, optei pela aplicação móvel *Sound Level*, que permite medições práticas e acessíveis dos níveis de ruído. Posteriormente, a distância de medição foi padronizada em 20 centímetros, que corresponde a um palmo de mão, permitindo assim a uniformização da recolha. Os níveis de ruído foram medidos com a aplicação referida, respeitando a distância previamente definida entre o equipamento ruidoso e o microfone do telemóvel. Por fim, a escolha do período durante a semana, entre as 17h e as 19h, baseou-se na evidência científica que indica que, em unidades em *open space*, os turnos da manhã e da tarde apresentam níveis de ruído mais elevados²⁴, constatação confirmada pela supervisora clínica para aquele contexto. Além disso, juntamente com a supervisora clínica, foram identificadas as principais fontes de ruído na UC, durante o turno da tarde na presença de visitas e durante a prestação de cuidados: o ruído provocado pelo “colchão de pressão alternada” teve um máximo de 66 dB, pelo “triturar medicação com o pilão” com um máximo de 57,9 dB, pela “central de monitorização de telemetrias da enfermaria” teve um máximo de 52,1 dB, pela “troca das baterias do Heartmate” com um máximo de 48,3 dB e pela “seringa infusora aquando do término da terapêutica em perfusão” teve um máximo de 40,7 dB.

Ao identificar-se esta problemática, a sua relevância justifica-se pelo contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados e pelo alinhamento com um dos projetos previamente ambicionados pelo serviço. Com o intuito de sensibilizar e promover junto da equipa de enfermagem a importância da gestão do ruído, elaborei um plano de sessão (Apêndice B) e conduzi uma sessão de sensibilização (Apêndice C), estruturada com base nas necessidades identificadas e nos dados obtidos durante a fase diagnóstica. A sessão foi gravada e disponibilizada posteriormente, de forma a permitir o seu acesso sempre que necessário.

III.2. Serviço de Urgência Geral Polivalente

O estágio do módulo II foi realizado num SUGP da Área Metropolitana de Lisboa, considerado como o Serviço de Urgência com maior diferenciação em termos de resposta a situações de urgência e emergência. Este SUGP integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência, sendo reconhecido como Serviço de Urgência Polivalente e Centro de Trauma Integrado, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, com a missão de prestar cuidados de saúde especializados e de qualidade à PSC.

Pela sua elevada capacidade de resposta e diferenciação de especialidades médicas, este serviço presta assistência não só à população da sua área de influência, mas também a pessoas de todo o sul do país, abrangendo uma área populacional estimada em cerca de 2,3 milhões de habitantes. O SUGP está preparado para acolher qualquer PSC que necessite de assistência hospitalar, independentemente da sua proveniência.

O serviço dispõe de várias especialidades médicas, incluindo cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, gastroenterologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria e urologia. Para além disso, atende casos clínicos altamente diferenciados, nomeadamente aqueles enquadrados nas Vias Verdes Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sépsis e Traumática e dão apoio à Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Como Centro de Trauma de referência, conta ainda com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), integrada no sistema de emergência médica, permitindo uma abordagem especializada no atendimento pré-hospitalar.

Relativamente à caracterização serviço, a equipa de enfermagem é composta por cento e quarenta e cinco profissionais, entre os quais um enfermeiro gestor, quatro enfermeiros de coordenação e cinco equipas, com cerca de vinte e cinco elementos cada, três enfermeiros chefes por equipa, e profissionais com variados níveis de experiência e diferenciação na área da PSC. A equipa de enfermagem é composta por dez EEEMC-PSC, seis encontram-se em processo de formação nesta área e um EE em enfermagem de reabilitação. Estes enfermeiros desempenham um papel indispensável na prestação de cuidados diferenciados e na resposta rápida a emergências, assegurando um funcionamento eficiente e de elevada qualidade do serviço.

O espaço físico do SUGP é igualmente estruturado para dar resposta às necessidades da PSC, sendo composto por cinco salas de observação contínua, quatro salas de emergência (duas para patologia médica aguda e duas para vítimas de trauma), uma para a PSC em maca, uma para a PSC sentada que necessita de oxigenoterapia ou terapêutica contínua, uma de ortopedia, duas de pequena cirurgia, três gabinetes de triagem, um gabinete de informações e uma sala de tratamentos para administração de terapêutica à PSC em espera por nova avaliação médica ou resultados de exames complementares.

No início do estágio, o enfermeiro gestor e o enfermeiro coordenador do SUGP atribuíram-me uma supervisora clínica especialista com bastante experiência no SUGP. Depois, reuni com o enfermeiro gestor e com a supervisora clínica de forma a conhecer a dinâmica do serviço, as necessidades formativas da equipa e os procedimentos implementados, tendo sido realizado o diagnóstico de situação, através da observação participante, de uma entrevista não estruturada aos mesmos, bem como da análise de documentos.

Através da observação da prestação de cuidados, foi possível identificar algumas necessidades e/ou problemas no serviço, nomeadamente a escassez de recursos humanos e a inadequação das instalações físicas face à elevada afluência da PSC, que se verificou diariamente. Identifiquei a pertinência de desenvolver o meu projeto neste contexto de estágio e, posteriormente, apresentei às supervisoras clínicas os objetivos que defini para este estágio:

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais de enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de Serviço de Urgência.

Objetivos Específicos:

- **Objetivo Específico 1:** Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa e família, em situação de emergência, exceção e catástrofe.
- **Objetivo Específico 2:** Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, no âmbito da gestão do ruído.

Para responder à necessidade identificada no diagnóstico de situação, recorreremos à análise SWOT (Apêndice D), como instrumento de diagnóstico, a fim de compreender as necessidades existentes identificadas e as condições do contexto clínico que me permitiram atingir as competências desejadas³⁰. Para a recolha de dados, foi elaborado um questionário (Apêndice E), adaptado à realidade do serviço, o qual foi disponibilizado, por via eletrónica, a todos os enfermeiros do SUGP. Antes da sua aplicação, procedeu-se à articulação com o enfermeiro gestor, que confirmou não existirem impedimentos à sua aplicação. Foi ainda garantido que a participação seria totalmente voluntária, podendo os enfermeiros optar por não responder, em conformidade com os princípios éticos da investigação em saúde.

Para promover a adesão, foi realizada sensibilização em todos os turnos, em articulação com a supervisora clínica, que também reforçou o convite ao preenchimento, através dos grupos institucionais de comunicação do SUGP (WhatsApp).

Ainda, em colaboração com a supervisora clínica, foram identificadas as principais fontes de ruído nas salas de emergência e nos corredores e zonas de circulação, durante os turnos da manhã, da tarde (com a presença de visitas), da noite e durante a prestação de cuidados. Esta identificação foi realizada com recurso à aplicação móvel “*Sound Level*”, em que a distância padrão que criei para medir o ruído em dB, entre o equipamento ruidoso e o microfone do telemóvel, corresponde ao tamanho de um palmo de mão (aproximadamente 20 centímetros). Como já reportado, estes critérios foram definidos para garantir a uniformidade da recolha de dados e a fiabilidade dos resultados.

Comparativamente ao turno da manhã, o ruído provocado pelo “alarme do monitor do ventilador” teve um máximo de 55,5 dB; pelo “alarme da seringa infusora aquando do término da terapêutica em perfusão” com um máximo de 50,3 dB; pelo “alarme do monitor eletrocardiográfico” teve um máximo de 66,6 dB; pela “receção de um doente na sala de emergência” com um máximo de 50 dB e pelas “conversas entre profissionais no corredor de circulação” com um máximo de 75,6 dB. No turno da tarde, identificámos o ruído provocado pelo “alarme do monitor do ventilador” teve um máximo de 57,4 dB; pelo “alarme da seringa infusora aquando do término da terapêutica em perfusão” com um máximo de 49,6 dB; pelo “alarme do monitor eletrocardiográfico” teve um máximo de 56,9 dB; pela “receção de um doente na sala de

emergência” com um máximo de 58,6 dB e pelas “conversas entre visitas e profissionais no corredor de circulação” com um máximo de 51,9 dB. No turno da noite, identificámos o ruído provocado pelo “alarme do monitor do ventilador” teve um máximo de 65,9 dB; pelo “alarme da seringa infusora aquando do término da terapêutica em perfusão” com um máximo de 54,8 dB; pelo “alarme do monitor eletrocardiográfico” teve um máximo de 58,6 dB; pela “receção de um doente na sala de emergência” com um máximo de 43 dB e pelas “conversas entre profissionais no corredor de circulação” com um máximo de 56,3 dB.

III.3. Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio do módulo III foi realizado numa UCI da Área Metropolitana de Lisboa. A UCI tem como missão prestar cuidados de saúde humanizados, de elevada qualidade, à PSC de alto e médio risco internada na UCI, independentemente da patologia, à família e à comunidade, adequando os recursos humanos e técnicos de modo a facilitar um desempenho profissional seguro e de qualidade. Além disto, a UCI procura promover a formação contínua e colaborar na formação de novos profissionais de enfermagem.

A UCI é uma unidade especializada no tratamento da PSC ou potencialmente crítica, cuja condição clínica exige vigilância contínua e suporte intensivo de funções vitais. Por vezes, a PSC admitida encontra-se com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, instabilidade hemodinâmica, infeções graves, como sépsis, e insuficiências multiorgânicas. A unidade admite também a PSC em pós-operatório de cirurgias de elevada complexidade e neurológicas críticas, como vítima de acidente vascular cerebral grave ou traumatismo crânio-encefálico. Além disto, a UCI fornece apoio à EEMI.

Durante a permanência na UCI, a PSC pode ser submetida a vários procedimentos invasivos e não invasivos. Sempre que possível, é prestada informação clara e detalhada à PSC, sendo solicitado o respetivo consentimento informado. Quando tal não é possível, por incapacidade da PSC, a informação é partilhada com o seu representante legal. Em situações de emergência e na ausência de tempo útil para obter o consentimento, os profissionais atuam segundo o princípio de beneficência,

assumindo o consentimento presumido, com o objetivo de proteger a vida e a integridade física da PSC.

A UCI dispõe de onze camas, das quais oito em *open space* e três em quartos de isolamento. No entanto, devido à falta de recursos humanos, duas camas encontram-se fechadas. A equipa de enfermagem é composta por trinta e cinco enfermeiros, sendo que sete elementos são EEEMC-PSC e um enfermeiro encontra-se em processo de formação nesta mesma área. A coordenação do serviço é assegurada por uma enfermeira gestora e um enfermeiro coordenador, que em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, asseguram a prestação de cuidados de elevada qualidade, centrados na segurança da PSC, na humanização dos cuidados e na melhoria contínua da prática clínica. A distribuição dos enfermeiros na UCI é de seis enfermeiros por turno, assumindo-se um rácio de 1:1 ou 1:2, consoante a complexidade da PSC. Os registos clínicos são realizados na plataforma BSimple Patient Care, a qual importa automaticamente o registo dos parâmetros vitais e ventilatórios de cada PSC. A taxonomia utilizada na elaboração dos planos de cuidados é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

No início do estágio foi realizada a fase diagnóstica com base na observação participante, numa entrevista não estruturada à enfermeira gestora e à supervisora clínica, e na análise de documentos. Com a entrevista, detetou-se que a temática do ruído já tinha sido alvo de iniciativas no serviço, incluindo um trabalho de investigação em curso para sensibilizar a equipa de enfermagem sobre o assunto e desenvolver estratégias para a sua redução ou resolução. Desta forma, apresentei às supervisoras e à enfermeira gestora, os objetivos que estipulei para este contexto de estágio:

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais de enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica e à sua família em Unidade de Cuidados Intensivos.

Objetivos Específicos:

- **Objetivo Específico 1:** Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família.
- **Objetivo Específico 2:** Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, no âmbito da gestão do ruído, segundo a Bundle ABCDEF.

Para responder à necessidade identificada no diagnóstico de situação, recorreremos à análise SWOT (Apêndice F)³⁰. Após identificar a problemática, juntamente com a supervisora clínica, constatámos a ausência de formação direcionada à equipa de enfermagem sobre as medidas para reduzir e controlar o ruído.

Além disto, em colaboração com a supervisora clínica, foram identificadas as principais fontes de ruído da UCI, durante os turnos da manhã, da tarde (com a presença de visitas), da noite e durante a prestação de cuidados. Esta identificação foi realizada com recurso aos critérios já anteriormente mencionados, e que foram definidos para garantir a uniformidade da recolha de dados e a fiabilidade dos resultados.

No que concerne ao turno da manhã, identificámos o ruído provocado pelo “alarme da seringa infusora aquando do término da terapêutica em perfusão” com um máximo de 44,3 dB; pelo “alarme do monitor eletrocardiográfico” teve um máximo de 43,2 dB e pelas “conversas entre profissionais de saúde no *open space*” com um máximo de 73,1 dB. No turno da tarde, identificámos o ruído provocado pelo “alarme da seringa infusora aquando do término da terapêutica em perfusão” com um máximo de 53,3 dB; pelo “alarme do monitor eletrocardiográfico” teve um máximo de 40,1 dB e pelas “conversas entre profissionais de saúde no *open space*” com um máximo de 57,7 dB. Por fim, no turno da noite, identificámos o ruído provocado pelo “alarme da seringa infusora aquando do término da terapêutica em perfusão” com um máximo de 68,5 dB; pelo “alarme do monitor eletrocardiográfico” teve um máximo de 48,4 dB e pelas “conversas entre profissionais de saúde no *open space*” com um máximo de 51,8 dB.

Importa salientar que, em comparação com a UC e o SUGP, a UCI foi o contexto clínico onde detetei menos fontes de ruído, possivelmente devido ao facto de os profissionais já possuírem formação prévia sobre esta problemática.

III.4. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

Neste capítulo, pretendo desenvolver uma reflexão sobre as atividades realizadas ao longo dos três contextos de estágio, tendo como referência as competências comuns do EE, as competências do grau de mestre e as competências específicas do EEEMC-PSC.

III.4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

Em 2019 é decretado, em Diário da República, que todo o EE deve deter quatro competências comuns¹², independentemente da sua área de especialidade, sendo estas as seguintes: Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão dos cuidados (C); Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)¹². Seguidamente, apresento as atividades que desenvolvi com vista ao desenvolvimento das mesmas.

III.4.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

No decorrer dos três contextos clínicos, prestei cuidados de enfermagem e tive uma tomada de decisão, tendo sempre por base os princípios e valores baseados na ética, deontologia profissional, segurança, privacidade e dignidade da PSC, enfatizando a proteção dos direitos humanos. Desta forma, destaco os princípios como o Princípio de Beneficência (ajudar a PSC a atingir o seu benefício), da Não Maleficência (não causar dano à PSC), do Respeito pela Autonomia (escutar e respeitar as vontades da PSC), da Justiça (equidade no tratamento da PSC e da sua família) e da Vulnerabilidade (solidariedade para com a PSC) estiveram sempre na base dos cuidados³¹.

Durante este percurso, em todos contextos de estágio, observei e participei ativamente na prestação de cuidados à PSC e à sua família. Consultei os protocolos e as normas implementados nos serviços e procurei conhecer as suas estruturas físicas, as suas organizações e as suas dinâmicas, permitindo a minha integração nas diversas equipas multidisciplinares de forma adequada.

Nos contextos clínicos da UC e da UCI, o foco está na manutenção e/ou substituição das funções vitais e caracteriza-se como um ambiente tecnicista e complexo, marcado pelo uso de equipamentos de alta tecnologia, dispositivos avançados e alarmes, direcionados para o suporte à vida da PSC. Sempre que possível, estabeleci um diálogo com a PSC, escutando-a prontamente. Por vezes, a PSC encontrava-se com depressão do estado de consciência, sob sedoanalgesia, incapaz de comunicar verbalmente e de compreender o ambiente que a rodeia.

Como o caso do Sr. António (nome fictício) que estava internado na UC, com o diagnóstico de Tempestade Arritmica e encontrava-se sedoanalgesiado, *Richmond Agitation Sedation Scale* de 0, entubado orotraquealmente e com VMI. Durante um turno, o Sr. António, tentou comunicar gestualmente, mas nem eu, nem a minha supervisora conseguíamos compreender. A minha atuação foi fornecer o quadro da comunicação alternativa e aumentativa, para o Sr. António se poder exprimir. Dei-lhe tempo para se poder expressar, e consegui perceber que o mesmo desejava comer um ovo. Neste momento, expliquei-lhe que ainda não se podia alimentar oralmente. Compreendeu, acenando afirmativamente com a cabeça. Desta maneira, durante os cuidados que prestei ao Sr. António, os direitos à informação foram respeitados, tal como a sua autonomia, equilibrando os seus desejos pessoais com a minha responsabilidade profissional, promovendo a sua recuperação e restabelecendo a sua autonomia física.

Deu entrada na sala de emergência, o Sr. Paulo (nome fictício) que tinha sofrido um acidente de automóvel com a sua esposa. À sua chegada, a equipa da VMER informou-nos de que a esposa estava na UCI, mas com prognóstico reservado e que o Sr. Paulo desconhecia a situação. Nesse momento, perguntei ao Sr. Paulo o que tinha acontecido, de forma a compreender qual era o seu nível de conhecimento sobre a situação, ao que me responde “Tive um acidente com a minha esposa, ela agora está aqui nos cuidados intensivos, mas acho que não está muito bem porque já ligaram à minha cunhada para vir para cá” (sic). Falei com a minha supervisora clínica e com a equipa médica para conseguirmos que o Sr. Paulo fosse despedir-se da esposa à UCI o mais precoce possível, visto que o mesmo se encontrava hemodinamicamente estável. Juntamente com a minha supervisora clínica expliquei ao Sr. Paulo que íamos acompanhá-lo para ir ver a sua esposa, destacando que iria encontrá-la a dormir e com vários tubos e máquinas, de forma a prepará-lo para o ambiente que ia presenciar. À chegada da UCI, o médico assistente esclareceu ao Sr. Paulo que a sua esposa não iria sobreviver. Neste momento, demonstrei empatia e respeitei o tempo emocional do Sr. Paulo, reconhecendo as suas emoções de tristeza e preocupação.

Posto isto, privilegiei a comunicação em todas as ocasiões em que o quadro clínico da PSC assim o permitiu, promovendo a adaptação e a aceitação do processo de saúde-doença, tal como defende a teórica de Afaf Meleis³².

No contexto de estágio do SUGP, também respeitei a autonomia e dignidade da PSC em fim de vida. Como a situação da D. Manuela (nome fictício) que se encontrava na sala de emergência a realizar ventilação mecânica não invasiva (VNI) contínua. No entanto, a D. Manuela apenas reativa à dor, apresentava sinais de dificuldade respiratória. Assim, informei a equipa médica do seu estado clínico e sobre a necessidade da VNI, uma vez que a mesma não se encontrava confortável e não tinha indicação para manobras invasivas. Por indicação médica, coloquei a máscara com reservatório a 15 L/min e administrei morfina endovenosa. De seguida, transferei a D. Manuela para a sala de isolamento para que pudesse ficar serena e sem ruído. Acabou por sucumbir, aparentemente tranquila, sem fáceis de dor e sem desconforto respiratório. Tal como defende a WHO³³, os princípios dos cuidados paliativos visam aliviar o sofrimento e promover a melhor qualidade de vida possível para a PSC e para a família³³. Esta situação fortaleceu em mim a importância dos cuidados de conforto e do respeito pela PSC até ao fim de vida. É de salientar que a minha proposta foi cuidadosamente analisada e aceite, tendo sido reconhecida a pertinência da minha visão e interpretação, dada a situação. Logo, torna-se evidente que a tomada de decisão deve assentar sempre em fundamentos científicos, na experiência adquirida e no juízo crítico adequado.

Ainda neste contexto clínico, enalteço a utilização dos princípios como a beneficência, a não maleficência e a justiça, dando como exemplo uma situação vivenciada que me marcou e que considero relevante para refletir criticamente sobre a minha prática profissional. Recebi, na sala de emergência, o Sr. Ivo (nome fictício) com o diagnóstico de Pneumotórax à direita. Estava ciente da gravidade clínica envolvida e da importância de manter o controlo, assegurando uma atuação eficiente e segura. À chegada do Sr. Ivo à sala de emergência, monitorizei-o, puncionei um acesso venoso periférico e preparei todo o material necessário para o procedimento. Antes de este se iniciar, o Sr. Ivo começou a queixar-se de dor intensa na região torácica direita e segundo a escala numérica referiu dor “6”. Perante esta manifestação, questionei de imediato o médico sobre a necessidade de analgesia, ao que o mesmo respondeu negativamente, justificando que iria utilizar a lidocaína local. Assim, respeitei a sua decisão, mas mantive-me atenta à evolução do quadro.

Durante a realização do procedimento, o Sr. Ivo demonstrou novamente um desconforto acentuado, expressando a sua dor de forma clara e contínua e segundo a escala numérica referiu dor “8”. Face a esta situação, insisti novamente na necessidade de analgesia. O médico solicitou, então, verbalmente a administração endovenosa de tramadol e metoclopramida, o que realizei de imediato. Contudo, após a intervenção, o Sr. Ivo manifestou mal-estar, apresentando hipotensão e náuseas. Reavaliei os sinais vitais e, através da elevação dos membros inferiores, consegui estabilizar o quadro. Apenas e após este episódio o médico referiu que prescreveria analgesia em SOS.

Esta situação gerou em mim sentimentos ambivalentes. Por um lado, senti ansiedade e alguma insegurança inicial, inerentes à complexidade do quadro, à responsabilidade envolvida e por depender de decisões médicas em relação à analgesia. Por outro lado, emergiu um sentimento de frustração e impotência por perceber que a dor do Sr. Ivo não estava a ser devidamente valorizada. Ainda assim, a minha insistência permitiu proporcionar algum alívio, mesmo que tardio, e intervir prontamente perante a complicação, o que reforçou a minha capacidade de atuação.

Esta experiência permitiu-me reconhecer a importância de uma abordagem centrada na PSC, mesmo em contextos de urgência. O controlo eficaz da dor deve ser considerado um componente essencial do cuidado, não podendo ser relegado face ao foco técnico do procedimento, visto que a dor é reconhecida como o quinto sinal vital, sendo essencial a sua avaliação e alívio sistemático e contínuo³⁴. Por vezes, em ambiente hospitalar, observa-se uma tendência para priorizar a execução técnica, em detrimento do conforto, o que compromete a humanização dos cuidados. Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros, a humanização dos cuidados pressupõe o respeito à dignidade e a promoção do bem-estar, além da eficácia clínica³⁵. A minha atuação foi pautada pela preocupação com o bem-estar do Sr. Ivo. Refleti, também, sobre a necessidade de desenvolver competências comunicacionais mais assertivas, que me permitam dialogar de forma segura e fundamentada, com a equipa médica, valorizando a colaboração multidisciplinar em prol do Sr. Ivo, visto que a literatura refere que uma comunicação clara entre profissionais é essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados³⁶.

Concluo que, enquanto futura EEEMC-PSC, devo continuar a fortalecer a minha autonomia e o meu pensamento crítico, sobretudo em situações em que a PSC não

possui voz ativa. Assim, a evidência científica defende que a autonomia do enfermeiro baseia-se na sua capacidade de decisão clínica responsável e na defesa dos interesses da PSC³⁷. Pretendo aprofundar conhecimentos sobre analgesia em contexto de emergência, bem como estratégias de comunicação que promovam a assertividade e o respeito mútuo no seio da equipa. Considero bastante pertinente sugerir no futuro, em ambiente de equipa, a implementação de protocolos que garantam a administração precoce de analgesia em procedimentos invasivos, como a drenagem torácica. Esta situação reforçou o meu compromisso com uma prática baseada na evidência, mas, acima de tudo, orientada para a dignidade, segurança e conforto da PSC.

Na sala de emergência encontrava-se, diversas vezes, a PSC a aguardar vaga no internamento e com elevada dependência nos autocuidados. No entanto, neste contexto de sobrelotação com que o SUGP se depara atualmente, manteve sempre a preocupação de salvaguardar a dignidade e a intimidade da PSC. Apesar das limitações estruturais e da exigência constante deste setor, utilizei sempre o biombo na prestação de cuidados, criando uma barreira física que permitisse individualizar o espaço e proteger a exposição da PSC perante os demais. Estas ações refletiram o meu compromisso com uma prática ética, respeitadora dos princípios deontológicos e centrada na PSC.

Os contextos da UC e da UCI são mais controlados quando comparados com o ambiente do SUGP. Estes ambientes favoreceram a prestação de cuidados com maior garantia de privacidade, segurança e dignidade da PSC. Estes ambientes eram compostos por quartos em *open space*, devidamente divididos por cortinas, o que possibilitou individualizar os cuidados e proteger a privacidade da PSC. Comparativamente aos quartos de isolamento, existiam diferenças entre as duas unidades. Na UCI, os quartos apresentavam uma janela com visibilidade para o interior da unidade, mas não dispunham de cortinas. Perante essa limitação, tive o cuidado de proteger sempre a PSC com roupa ou lençóis, de forma a garantir a sua privacidade e intimidade durante os procedimentos. Por outro lado na UC, os quartos de isolamento possuíam cortinas nas janelas, que utilizei sempre que necessário, assegurando um ambiente mais reservado e respeitador da dignidade da PSC.

Os comportamentos promotores de saúde e a atitude profissional no cuidado à PSC estiveram sempre presentes na minha prática clínica. A conduta responsável, serena e objetiva que adotei permitiu-me ser um agente promotor de uma atuação ética e

deontológica, alinhada com os princípios da profissão. Destaco, igualmente, o desenvolvimento de competências na tomada de decisão que foi sempre fundamentada.

No SUGP, apoiei e colaborei com a equipa de EEMI, tendo sentido a necessidade de realizar uma reflexão crítica sobre uma situação inesperada e marcante: encontrei uma jovem caída no chão dos vestiários que se encontrava, aparentemente, inconsciente. A minha primeira reação foi agir rapidamente e com cuidado. Solicitei ajuda ao técnico auxiliar de saúde, responsável pelos vestiários, que se encontrava no exterior do mesmo, e pedi que contactasse de imediato a EEMI. Quando encontrei a jovem, esta já se tinha colocado em posição lateral de segurança, pelo que realizei o VOS (Ver, Ouvir e Sentir), procurando sinais vitais como o pulso e a respiração, e procurei manter a calma durante todo o processo, focando-me numa atuação eficaz e ponderada.

Neste momento, senti uma mistura de ansiedade, preocupação e responsabilidade. O cenário era delicado e exigia não só autocontrolo e capacidade de decisão rápida, mas também sensibilidade. Enquanto tentava identificar a jovem, reparei em cicatrizes visíveis no braço direito, sinal de possíveis comportamentos de automutilação. Esta observação despertou-me uma preocupação imediata, pois podia estar associada a um sofrimento psicológico. Ao mesmo tempo, procurei recolher informações sobre eventuais medicamentos que a mesma pudesse ter ingerido, de forma a fornecer dados relevantes à equipa médica.

Quando a minha supervisora clínica chegou ao local, conseguiu comunicar com a jovem e transmitir-lhe, com uma voz calma, que a sua condição nos tinha preocupado, mas que, felizmente, estava a ser assistida. A jovem, ainda deitada no chão e de olhos fechados, deixou escorrer lágrimas. Pouco depois, a minha supervisora clínica encontrou na sua mala o cartão de identificação que revelava ser aluna do curso de Técnica Auxiliar de Saúde. Juntamente com os seus pertences, foi também encontrada uma folha riscada, com círculos desenhados a preto — um detalhe aparentemente simples, mas que reforçou a hipótese de sofrimento emocional significativo. Face a esta situação, foi decidido encaminhá-la para o SUGP, com vista a uma avaliação clínica e psicológica, o que considero uma decisão acertada.

Refletindo sobre a situação vivenciada, considero que no momento em que encontrei a jovem, tentei comunicar com a mesma, chamando por ela de forma a perceber se estava inconsciente, mas não obtive qualquer resposta verbal ou gestual. Naquele instante, a minha prioridade foi garantir a sua estabilidade física até à chegada da EEMI. Todavia, ao refletir sobre a minha atuação, percebo que poderia ter feito mais para tentar estabelecer algum tipo de ligação emocional, mesmo sem resposta por parte da jovem. Poderia, por exemplo, ter-me apresentado, falado de forma calma e tranquilizadora, assegurando-lhe que estava segura e que iríamos cuidar dela. Frases simples como “Estás em segurança, estamos aqui para te ajudar” ou “Não estás sozinha”, poderiam ter tido impacto, mesmo que ela não estivesse em condições de responder. A presença, o tom de voz e a linguagem corporal são elementos que fazem parte dos primeiros socorros psicológicos e que, em momentos de crise, ajudam a criar um ambiente de contenção emocional e empatia pois, tal como defende a literatura, os primeiros socorros psicológicos consistem em estratégias simples e eficazes que visam garantir conforto, segurança e suporte emocional imediato à PSC em sofrimento, permitindo também encaminhamentos adequados para cuidados especializados³⁸. Reconheço que, embora tenha conseguido manter a calma e cumprir os passos técnicos de avaliação inicial, faltou-me uma abordagem mais intencional ao nível emocional. No futuro, pretendo desenvolver estratégias de comunicação mais eficazes nestes contextos, adotando uma postura mais sensível e ativa na tentativa de estabelecer contacto e conforto psicológico.

Esta experiência fez-me reconhecer a importância da atuação em equipa. A colaboração com o técnico auxiliar de saúde e a orientação da minha supervisora clínica foram fundamentais para uma resposta célere e eficaz. No entanto, numa análise mais crítica, percebo que foi a minha supervisora quem, desde o início, demonstrou maior atenção aos sinais de sofrimento psicológico, conduzindo a intervenção nesse sentido. Esta diferença reforçou em mim a consciência de que, para além das competências técnicas, é fundamental desenvolver sensibilidade emocional e competências de comunicação terapêutica.

Neste contexto, compreendi verdadeiramente a relevância dos primeiros socorros psicológicos. Estas estratégias simples como a escuta ativa, a empatia, o respeito pelo espaço pessoal e a comunicação não-verbal são algumas das competências

essenciais neste tipo de intervenção³⁹. A evidência científica destaca que, nestes momentos, o enfermeiro tem como papel essencial garantir não só a segurança física, mas também o bem-estar emocional da PSC, ajudando-a a reorganizar a percepção da realidade, com base na validação dos sentimentos e no respeito pelo seu ritmo^{40,41}.

Esta situação ensinou-me que a empatia vai muito além dos cuidados físicos: manifesta-se na forma como acolhemos a PSC em sofrimento. A comunicação terapêutica é, indubitavelmente, uma ferramenta essencial na prática de enfermagem, pois permite criar um ambiente de confiança, segurança e acolhimento, tal como defende a literatura⁴². A principal aprendizagem que retiro deste episódio é que o cuidado em enfermagem deve integrar, de forma equilibrada, a competência técnica e a sensibilidade humana. O sofrimento emocional pode manifestar-se de forma subtil, seja através de cicatrizes, desenhos ou silêncios, e é essencial estarmos atentos e preparados para interpretar esses sinais⁴³.

No futuro, pretendo reforçar a minha formação em primeiros socorros psicológicos e continuar a desenvolver competências relacionais, com o objetivo de prestar um cuidado verdadeiramente holístico e humanizado. Cuidar é, acima de tudo, saber ouvir, observar e sentir⁴⁴.

No que respeita as situações mencionadas anteriormente, tenho em consideração que todas as minhas ações e comportamentos foram pautados por uma conduta profissional exemplar, respeitando integralmente os princípios deontológicos que regem a prática de Enfermagem. Assim, evidenciei competências de liderança, fundamentais para a tomada de decisões baseadas em princípios éticos.

No que se refere à transmissão de informações à PSC e à sua família, esta foi uma competência que desenvolvi ao longo deste percurso. Evidenciou-se uma preocupação constante em garantir uma comunicação clara, empática e adequada à situação da PSC e da sua família, assegurando que esta fosse parte integrante do plano de cuidados. No entanto, durante o contexto do SUGP, o horário de visitas era restrito, o que limitou significativamente a minha oportunidade de observar e interagir diretamente com os familiares da PSC. Apesar desta limitação, mantive sempre o compromisso de respeitar o bem-estar da PSC e, indiretamente, da sua família, procurando adaptar a

comunicação ao momento clínico da PSC, garantindo uma abordagem ética, profissional e centrada nas suas necessidades.

Na UCI, participei na receção do Sr. Hugo (nome fictício) proveniente do bloco operatório, em que se encontrava entubado, sem sedação e sob perfusão contínua de noradrenalina. À sua chegada, o Sr. Hugo despertou, apresentando sinais evidentes de agitação e aproximei-me do mesmo e disse, de forma calma e pausadamente: “Olá Sr. Hugo, sou a enfermeira Joana. Já foi operado e neste momento está nos cuidados intensivos. A sua família está lá fora... Tem dores?”, ao qual o Sr. Hugo acenou “sim” com a cabeça. De imediato, foi iniciada a perfusão de analgesia, de acordo com o plano terapêutico prescrito. Perante esta situação, adotei uma abordagem calma, empática e humanizada. Após esta intervenção, o Sr. Hugo demonstrou sinais claros de alívio e tranquilidade. Esta experiência evidenciou a importância da comunicação, mesmo em contextos de limitação verbal, como ferramenta essencial para promover o conforto, a segurança emocional e a dignidade da PSC. A prestação de cuidados centrados na PSC, com respeito pelos seus direitos e necessidades, revelou-se fundamental neste momento delicado.

No decorrer dos módulos de estágio, evolui na minha capacidade de reflexão crítica, analisando cada intervenção realizada e identificando estratégias de melhoria para situações futuras. Adicionalmente, considero que atuei como um elemento diferenciador na gestão do ruído em ambiente hospitalar. Esta preocupação surgiu da consciência do impacto negativo do ruído no bem-estar e na recuperação da PSC. Para tal, partilhei conhecimento com os pares e promovi estratégias de sensibilização e consciencialização sobre o tema, contribuindo para um ambiente mais calmo, seguro e centrado na qualidade dos cuidados prestados. A reflexão contínua sobre a prática bem como a partilha de saberes com a equipa foram pilares da minha atuação e permitiram-me contribuir para decisões mais informadas e para uma melhoria contínua dos cuidados.

Concluo que atingi o objetivo desta competência ao longo do meu percurso. Assegurei que a individualidade, a dignidade e a privacidade da PSC, fossem respeitadas. Ademais, os cuidados que prestei à PSC, foram orientados pelos princípios e valores baseados na ética, deontologia profissional, segurança, privacidade e dignidade da PSC, tendo por base a proteção dos direitos humanos e da deontologia

profissional. Todo o meu desempenho foi sustentado pela evidência científica, adotando uma postura crítica e reflexiva.

III.4.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)

Ao longo dos três contextos clínicos, realizei entrevistas não estruturadas às supervisoras clínicas e aos enfermeiros gestores, com o intuito de conhecer os seus projetos de melhoria contínua, que me permitiram aprofundar o conhecimento sobre essas iniciativas e possibilitaram a minha participação na sua implementação nos respetivos serviços. Aproveitei, igualmente, estes momentos para apresentar os meus planos de projeto para cada estágio, com o objetivo de enquadrá-los na dinâmica de cada serviço e, assim, contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados.

A melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados deve ser uma preocupação de todos os EE, que mobilizam as suas competências individuais na procura de metas, promovem a prestação dos cuidados de excelência e minimizam os riscos associados à sua prestação⁴⁵. Tendo ainda em consideração os objetivos relacionados com a satisfação da PSC, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, é fundamental assegurar a melhor prática clínica, tal como descrito pela Ordem dos Enfermeiros⁴⁵.

Na UC, constatei que as conversas paralelas entre enfermeiros, associadas à ausência de um modelo padronizado para a passagem de turno, comprometiam a eficácia da comunicação e dificultavam a transmissão segura e completa da informação. Assim, senti a necessidade de realizar uma reflexão crítica, segundo o ciclo de Gibbs sobre o ruído durante a passagem de turno, uma questão que se revelou importante para a qualidade do ambiente de trabalho e da comunicação, permitindo-me refletir na e sobre a prática. Consegui identificar a necessidade de criação de uma folha padronizada para a passagem de turno com a metodologia ISBAR (*Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), de forma a garantir a segurança da PSC e a continuidade dos cuidados prestados, tal como defende Benner². Deste modo, sugeri à

supervisora clínica que aludiu já ter sido proposta anteriormente e que não existia, de momento, viabilidade prática para a sua aplicação.

Ao longo deste contexto clínico, apercebi-me de que a passagem de turno enfrenta diversas fragilidades, em particular associadas ao ruído hospitalar, que não se limita apenas ao ruído ambiental, mas estende-se ao ruído comunicacional. Conversas paralelas com tom elevado entre os profissionais de saúde interferem na clareza da transmissão de informação e aumentam o risco de falhas que comprometem a continuidade e a segurança dos cuidados, aspetos salientados por autores em contextos de elevada criticidade⁷. A ausência de um modelo padronizado para a organização da informação agrava a situação, já que cada enfermeiro transmite o que considera relevante, originando omissões ou registos vagos. Apesar da presença de responsáveis de turno, muitas vezes não existe disciplina no cumprimento deste momento, o que reforça a necessidade de liderança ativa para assegurar ordem e foco. Neste sentido, a postura da minha supervisora clínica, ao intervir para clarificar informações, revelou-se um exemplo positivo de compromisso com a segurança da PSC, ao mesmo tempo que despertou a minha reflexão acerca do papel da liderança em práticas de comunicação estruturadas, como o método ISBAR, que comprovadamente favorece a eficácia e reduz ambiguidades^{8,29}.

Esta realidade gerou em mim inquietação, pois percebi que pequenas mudanças, como a adoção de um ambiente tranquilo e de protocolos claros, poderiam melhorar significativamente a transmissão de dados relevantes. Reconheci também que a perceção do ambiente influencia a antecipação de riscos, o que reforça a importância da sensibilização da equipa para respeitar a passagem de turno e evitar distrações. A investigação aponta que tanto o ruído ambiental como o comunicacional podem potenciar erros e comprometer a segurança da PSC, além de impactar negativamente o seu conforto e a continuidade dos cuidados^{14,16}. Esta problemática ampliou a minha compreensão sobre a abrangência do ruído hospitalar, levando-me a consolidar a importância de estratégias direcionadas à mitigação de ambos os tipos de ruído.

Este processo reflexivo permitiu-me identificar aspetos positivos, não só como o esforço coletivo da equipa em assegurar a transmissão de informações e o compromisso da supervisora em clarificar mensagens, mas também revelou lacunas relevantes, entre as quais a ausência de padronização, a falta de disciplina e o desperdício de tempo, que

são fatores que comprometem a hierarquia e colocam em risco a segurança da PSC⁴. Esta análise reforçou que a comunicação durante a passagem de turno deve ser estruturada para reduzir falhas e que a liderança desempenha um papel essencial na garantia de ordem e disciplina. A utilização de métodos como o ISBAR, associada a uma folha-guia padronizada, poderia reduzir omissões e promover maior consistência nas informações transmitidas, em consonância com as recomendações da literatura^{18,29}.

Enquanto estudante em processo de especialização, reconheço a relevância de aprender com as boas práticas e de propor melhorias fundamentadas na evidência. A reflexão motivou-me a adotar uma postura mais ativa, sugerindo a implementação de instrumentos estruturados e promovendo a sensibilização da equipa quanto ao impacto do ruído comunicacional. Neste sentido, planeei propor a introdução de uma folha de passagem baseada no método ISBAR, incentivar a liderança ativa dos responsáveis de turno, organizar sessões de formação sobre os efeitos do ruído na segurança da PSC e integrar dispositivos de monitorização sonora, como o *SoundEar*, que comprovadamente reduzem os níveis de ruído em unidades de cuidados críticos²⁷.

Esta experiência demonstrou que a reflexão crítica é uma ferramenta essencial para a aprendizagem e o desenvolvimento profissional, permitindo transformar situações observadas em oportunidades de melhoria. Reforçou ainda a importância de competências como a capacidade técnico-científica de analisar fatores de risco, a liderança na promoção de boas práticas e a comunicação eficaz na transmissão de informações, todas fundamentais para garantir a continuidade e a segurança dos cuidados. Assim, a experiência vivida neste ensino clínico não só fortaleceu o meu pensamento crítico como consolidou o meu compromisso em alinhar a prática futura com a evidência científica, assegurando uma enfermagem de qualidade orientada para a segurança da PSC. A experiência adquirida e aliada ao desenvolvimento de competências na gestão do ruído, permitiu-me identificar as principais fontes de ruído presentes neste contexto. Então, coordenei uma sessão de sensibilização sobre a gestão do ruído para promover um ambiente mais tranquilo. O feedback foi positivo, destacando a relevância e a aplicabilidade dos conteúdos. A sessão foi gravada e ficou disponível no serviço para que todos possam aceder ao seu conteúdo.

No SUGP, também identifiquei que o ruído constituía uma problemática relevante nos cuidados à PSC. Assim, organizei um plano de sessão de sensibilização

(Apêndice G), previamente partilhado com a equipa para promover a sua participação. A sessão de sensibilização (Apêndice H) foi realizada em formato *online* e gravada, permitindo maior abrangência. Desenvolvi ainda dois cartazes informativos (Apêndice I), afixados no corredor das salas de emergência, com o objetivo de reforçar as boas práticas.

Para compreender a perceção da equipa de enfermagem sobre esta temática, elaborei e apliquei um questionário antes e depois da sessão, que permitiu medir a evolução do conhecimento da equipa. O questionário foi preenchido de forma individual, assegurando o anonimato e a confidencialidade das respostas.

Quanto ao preenchimento do questionário, obtive 59 respostas, que corresponde a 41% dos enfermeiros do SUGP, em que destes, 17% são EEEMC-PSC e 7% encontram-se, de momento, a frequentar o curso de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em PSC. A maioria dos elementos que responderam ao questionário tem entre 22 a 29 anos de idade, até 10 de experiência profissional e entre 4 a 10 anos de experiência profissional na prestação de cuidados à PSC.

A maioria dos enfermeiros que responderam ao questionário possui entre 5 e 10 anos de experiência profissional no SUGP.

Seguidamente, apresentam-se as respostas ao questionário, acompanhadas do respetivo número absoluto e das percentagens correspondentes.

Na Tabela 1 apresenta-se as respostas dos enfermeiros à questão “*Qual o nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar?*”. A maioria dos participantes (75%; n=44) referiu que o nível de ruído recomendado pela OMS em ambiente hospitalar é inferior a 36 dB e 25% (n=15) admitiram não ter noção do valor recomendado.

Tabela 1: Distribuição das respostas relativas ao conhecimento sobre o nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar

Nível de conhecimento sobre o nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar	n (%)
< 36 dB	44 (75%)
< 51 dB	0 (0%)
< 70 dB	0 (0%)
Não tenho noção	15 (25%)

Relativamente à questão “*Quais considera que sejam as fontes de ruído do SUGP?*”, foram identificados os alarmes dos monitores (49%; n=29) e a prestação de cuidados diretos ao doente (44%; n=26). Apenas 7% (n=4) dos inquiridos referiram não ter noção sobre as fontes de ruído existentes (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das respostas relativas às fontes de ruído consideradas no SUGP

Fontes de ruído do SUGP	n (%)
Alarmes dos monitores	29 (49%)
Administração de terapêutica	0 (0%)
Prestação de cuidados diretos ao doente	26 (44%)
Não tenho noção	4 (7%)

De seguida, apresentam-se os resultados relativos às questões colocadas no questionário aplicado após a sessão de sensibilização.

Constatou-se que quase a totalidade dos participantes (98%; n=58) identificou corretamente o nível de ruído recomendado pela OMS em ambiente hospitalar (< 36 dB), enquanto que apenas 2% (n=1) consideraram que o valor seria < 51 dB. Estes dados revelam um elevado grau de conhecimento dos inquiridos acerca da norma estabelecida pela OMS (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das respostas relativas ao grau de conhecimento sobre o nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar

Nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar	n (%)
< 36 dB	58 (98%)
< 51 dB	1 (2%)
< 70 dB	0 (0%)

Relativamente à questão “*Quais os efeitos do ruído hospitalar?*”, esta inclui três opções de escolha: “Não têm qualquer efeito”, “Aumento do stress, distúrbios do sono, *delirium* e aumento da mortalidade” e “Diminuição do stress, diminuição do risco de complicações e do tempo de internamento”. Todos os participantes (100%; n=59) responderam que os efeitos do ruído hospitalar levam ao aumento do stress, distúrbios do sono, *delirium* e aumento da mortalidade.

As questões correspondentes às Tabelas 4 e 5 permitiam respostas múltiplas, ou seja, cada participante podia selecionar mais do que uma opção. Assim, o total de respostas é superior ao número de participantes no questionário (n=59).

Na Tabela 4 encontram-se as respostas dos enfermeiros à questão “*Quais as fontes de ruído do SUGP?*”, em que a maioria dos enfermeiros (92%; n=54) identificou a receção de um doente na sala de emergência e as conversas entre visitas e profissionais no corredor de circulação e 80% (n=47) referiu os alarmes dos monitores e as seringas de perfusão, o que reforça a perceção de que o ruído tecnológico e humano são os fatores predominantes. Apenas 22% (n=13) considera a passagem de turno. Uma vez que era possível selecionar mais de uma opção, o somatório das percentagens ultrapassa 100%.

Tabela 4: Distribuição das respostas relativas às fontes de ruído do SUGP

Fontes de ruído do SUGP	n (%)
Alarmes dos monitores, seringas de perfusão	47 (80%)
Receção de um doente na sala de emergência e conversas entre visitas e profissionais no corredor de circulação	54 (92%)
Distribuição da alimentação	0 (0%)
Passagem de turno	13 (22%)
Transferência de um doente em SO para a maca de transporte para outra unidade	0 (0%)

Posteriormente, os inquiridos constatarem o uso de sinalização visual com a sensibilização da equipa (81%; n=48) e o ajuste de alarmes, envolvimento da família/pessoa significativa (80%; n=47), como estratégias de melhoria na gestão do ruído hospitalar (Tabela 5). Estas respostas indicam que os profissionais reconhecem o problema e recorrem sobretudo a estratégias de carácter imediato e individual. Tal como na tabela anterior, as respostas múltiplas explicam a soma de percentagens superior a 100%.

Tabela 5: Distribuição das respostas relativas às estratégias de melhoria na gestão do ruído hospitalar

Estratégias de melhoria na gestão do ruído hospitalar	n (%)
Uso de sinalização visual com a sensibilização da equipa	48 (81%)
Ajuste de alarmes, envolvimento da família/pessoa significativa	47 (80%)
Silenciar alarmes indiscriminadamente	0 (0%)
Restrição de visitas	0 (0%)

Na Tabela 6 apresentam-se as respostas dos enfermeiros à questão de escolha fechada “Complete a afirmação: ‘O ruído afeta...’”, que incluía quatro opções de resposta. As alternativas disponibilizadas foram: “... diretamente o conforto, a recuperação e os resultados clínicos da PSC”, “... só os doentes que estão internados”, “... só os profissionais” e “... apenas quem está acordado, logo não é problema para quem está a dormir”. Verificou-se que a maioria dos enfermeiros (95%; n=56) selecionou a primeira opção, reconhecendo que o ruído afeta de forma direta o conforto,

a recuperação e os resultados clínicos da PSC. Apenas 5% (n=3) considerou que o ruído afeta apenas os doentes internados.

Tabela 6: Distribuição das respostas relativas à percepção dos enfermeiros sobre os efeitos do ruído

“O ruído afeta...”	n (%)
“... diretamente o conforto, a recuperação e os resultados clínicos da PSC”	56 (95%)
“... só os doentes que estão internados”	3 (5%)
“... só os profissionais”	0 (0%)
“... apenas quem está acordado, logo não é problema para quem está a dormir”	0 (0%)

Por último, 100% dos inquiridos consideraram a duração e o formato da sessão adequados e a temática pertinente para o seu local de trabalho.

Posto isto, a aplicação deste questionário permitiu-me não só avaliar o conhecimento prévio dos enfermeiros sobre o ruído hospitalar, mas também identificar as percepções, as práticas e as estratégias valorizadas pelos profissionais no contexto do SUGP. Os resultados evidenciam que, antes da sessão de sensibilização, existiam lacunas importantes quanto ao nível de ruído recomendado pela OMS e uma percepção limitada relativamente às fontes de ruído. Contudo, após a sessão de sensibilização, observou-se uma melhoria significativa no conhecimento e uma visão mais abrangente das situações geradoras de ruído.

Desta forma, a utilização do questionário revelou-se fundamental para validar a pertinência da sessão de sensibilização como estratégia formativa e promotora de boas práticas. Além disto, a recolha de dados através deste instrumento trouxe contributos essenciais para a investigação, uma vez que permitiu compreender as necessidades formativas da equipa de enfermagem, reforçando a importância da gestão do ruído hospitalar como componente de cuidados especializados, seguros e humanizados.

No contexto clínico da UCI, elaborei um plano de sessão (Apêndice J) e um cartaz informativo (Apêndice L), que serviram para divulgar e organizar a sessão de sensibilização (Apêndice M) dirigida à equipa de enfermagem sobre a temática do

ruído. A sessão teve como objetivo contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados na UCI, sensibilizando e promovendo junto da equipa a importância da gestão do ruído. A apresentação foi realizada em formato presencial, com acesso *online*, de modo a permitir a participação do maior número possível de enfermeiros.

Ainda neste contexto de estágio, participei e contribui, de forma ativa, no projeto STOP Infecção 2.0, com destaque nas áreas da Infecção da Corrente Sanguínea Relacionada com Cateter Venoso Central, da Pneumonia Associada à Intubação e da Infecção do Trato Urinário Associado a Cateter Vesical. Esta participação permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre as boas práticas na manipulação de dispositivos invasivos, reforçando a importância da adesão a protocolos de segurança, nomeadamente na observação das bundles de cuidados e na vigilância contínua de indicadores de qualidade. Esta experiência reforçou a minha consciência crítica sobre o impacto direto das práticas de enfermagem na prevenção de eventos adversos e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em ambiente intensivo. Neste sentido, tive ainda a oportunidade de participar numa formação em serviço sobre “gestão de drenagens torácicas”.

Um dos projetos de melhoria contínua da UCI é a consulta de *follow-up*. Embora durante o meu período de estágio não tenha tido a oportunidade de participar, uma vez que a consulta prevista foi desmarcada por a pessoa se manter internada, o conhecimento do processo permitiu-me compreender a sua relevância na continuidade dos cuidados, na monitorização da recuperação e na promoção da segurança da pessoa após a alta.

Neste percurso procurei agir como um elemento facilitador de aprendizagem, com o objetivo de implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros¹⁰.

III.4.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados (C)

A gestão de cuidados assume-se como uma competência essencial do EE, dado que envolve a articulação entre os recursos humanos, materiais e organizacionais, garantindo assim uma prática clínica segura, eficiente e centrada na PSC¹². A Ordem

dos Enfermeiros reconhece que o EE deve assegurar a coordenação e continuidade dos cuidados, promovendo a utilização racional dos recursos e contribuindo para ambientes de prática profissional que favoreçam a qualidade e a segurança¹².

O International Council of Nurses⁴⁶ identifica a liderança e a gestão como dimensões nucleares da profissão, uma vez que possibilitam a implementação de políticas, a supervisão de equipas e a criação de contextos organizacionais que potenciem a prática baseada na evidência. Ademais, a gestão eficiente dos cuidados é determinante para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, reforçando a importância de enfermeiros qualificados na tomada de decisão e no planeamento estratégico, tal como sublinha a OMS⁴⁷.

Nos três contextos de estágio, a colaboração com os enfermeiros gestores e chefes de equipa constituiu uma oportunidade enriquecedora que me permitiu aprofundar a compreensão da organização dos serviços e desenvolver competências essenciais na gestão de cuidados.

Em contexto de UC, tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira gestora do serviço, observando a gestão de cuidados, a gestão de vagas do serviço, a gestão de *stocks*, a realização do horário mensal dos enfermeiros, o encaminhamento de um técnico auxiliar de saúde para assistir a uma formação sobre a limpeza das máquinas de diálise e participei numa reunião, *online*, sobre a gestão diária do serviço.

No SUGP, colaborei com os enfermeiros chefes do serviço. Consegui participar na gestão e colaboração dos cuidados, contabilizei *stocks* de materiais, envolvi-me no planeamento de vagas e transferências da PSC e acompanhei a construção da escala de enfermagem.

No estágio da UCI, também tive a oportunidade de coadjuvar com os chefes de equipa e a enfermeira gestora, possibilitando-me a participação ativa no planeamento e organização da unidade, nomeadamente na gestão de recursos materiais, no planeamento de vagas e transferências da PSC, na construção da escala mensal de enfermagem e na elaboração da distribuição diária das equipas de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde. Sinalizei também a avaria de um equipamento (máquina de

diálise) e promovi a melhoria contínua dos cuidados ao solicitar uma formação em serviço sobre a gestão de drenagens torácicas.

Neste sentido, o envolvimento nas atividades de planeamento, organização e supervisão em diferentes contextos de estágio revelou-se fundamental para o desenvolvimento de competências de liderança, tomada de decisão e pensamento crítico. A participação na gestão de recursos materiais, na organização das escalas e no planeamento de vagas e transferências da PSC evidenciou a relevância do EE como agente de mudança, capaz de assegurar a qualidade assistencial e a segurança da PSC.

Assim, este percurso formativo contribuiu para reforçar a compreensão da importância do papel do EE enquanto gestor de cuidados, evidenciando a pertinência da sua atuação não só na esfera clínica direta, mas também no âmbito organizacional e estratégico, onde assume responsabilidade acrescida na melhoria contínua dos cuidados e na promoção de ambientes de prática profissional mais seguros e humanizados.

Este percurso permitiu evidenciar a minha atuação responsável, proativa e orientada para a qualidade dos cuidados e para a eficiência organizacional.

III.4.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D)

O decorrer dos três contextos de estágio foi desenvolvido de forma sustentada e articulada entre a teoria e a prática, permitindo-me consolidar e desenvolver competências com base na prática baseada na evidência. A tomada de decisão na minha prática de cuidados foi fundamentada na evidência científica, o que fortaleceu e justificou cada ação, apoiando-me em conhecimentos que me permitiram compreender, interpretar e responder, de forma eficaz, a diversas situações de cuidado, tal como defende o Instituto de Emergência Médica⁴⁸.

Durante o contexto clínico da UC, tive a oportunidade de enfrentar desafios significativos que contribuíram para o meu crescimento profissional, como o caso do Sr. Rui (nome fictício) que se encontrava internado com o diagnóstico de Choque Neurogénico, com sedoanalgesia, *Richmond Agitation Sedation Scale* de -4, entubado orotraquealmente, com VMI e oxigenação por membrana extracorporeal. Uma vez que

não possuía experiência prévia nesta área, este conhecimento foi crucial para o meu desenvolvimento de competências técnicas e humanas, e permitiu-me aprimorar a capacidade de intervir em situações críticas com segurança, empatia e fundamentação científica. Posto isto, fui contemplada com novos desafios e oportunidades de aprendizagem pois, alguns equipamentos e manuseamento dos mesmos foram uma novidade, destacando-se a técnica de substituição renal; o manuseamento do cateter Swan-Ganz, do cateter de diálise, dos *pacemakers* provisórios, do balão intra aórtico, do IMPELLA e da oxigenação por membrana extracorporeal; a gestão da VMI e os modos ventilatórios; a avaliação da pressão venosa central e a interpretação de gasimetrias. Sempre que identifiquei uma dificuldade, colocava as dúvidas mais iminentes e, posteriormente, validava com estudo autónomo para complementar a informação, tal como refere Tanner⁴⁹.

No contexto de estágio do SUGP, participei na receção do Sr. Rui (nome fictício) na sala de emergência com Acidose Respiratória que posteriormente, desencadeou falência respiratória, culminando na necessidade de entubação orotraqueal de emergência. Neste momento, mantive a serenidade e agi de forma rápida e adequada. Preparei o material necessário para a entubação orotraqueal e a terapêutica para a sedação profunda. A minha atuação reflete o que Benner descreve como competência de um EE, capaz de reconhecer padrões clínicos complexos e de responder de forma intuitiva e eficaz, apoiando-se no conhecimento adquirido pela prática clínica⁵⁰.

No estágio da UCI, tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na abordagem a situações de elevada complexidade clínica. Destaco o acompanhamento da PSC com insuficiência respiratória e alteração neurológica, no qual atuei na monitorização neurológica com índice bispectral, administrei levetiracetam por via endovenosa que se encontrava em SOS, uma vez que a mesma já tinha história clínica de convulsão e acompanhei-a durante o transporte para a realização de uma Tomografia Axial Computorizada ao tórax, abdómen e pélvis. Esta situação exigiu uma atuação célere e fundamentada, demonstrando a minha capacidade de integrar o raciocínio clínico com a prática baseada na evidência. Para além disso, participei na gestão hemodinâmica avançada da PSC através do manuseio do sistema *pulse contour cardiac output*, o que me permitiu consolidar conhecimentos técnicos relacionados com a monitorização invasiva, a interpretação de parâmetros e a adequação de intervenções terapêuticas. Estas experiências contribuíram, de forma significativa,

para o meu crescimento profissional, reforçando a importância da aprendizagem contínua, da tomada de decisão informada e da prestação de cuidados seguros e eficazes.

Por conseguinte, durante o meu percurso académico, tive a oportunidade de frequentar diversas formações que contribuíram significativamente para a minha aprendizagem e para o desenvolvimento de competências especializadas. Entre estas experiências destaco o Workshop *Online Competência e Humanização: Desafios à Intervenção de Enfermagem em Cuidados Intensivos | Projeto InfUCI* (Anexo 1), a participação no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (Anexo 2), a participação no Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados”, (Anexo 3) onde fui coautora do póster: “As contribuições da bundle ABCDEF nos cuidados à pessoa em situação crítica na uci: *scoping review*”, que obteve a distinção com o certificado de segundo melhor póster na área do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a aprovação nos cursos de Suporte Avançado de Vida (Anexo 4) e de *International Trauma Life Support* (Anexo 5). Durante o percurso académico, no âmbito da unidade curricular de segurança do doente e prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, tive a oportunidade de realizar com três colegas uma revisão integrativa da literatura intitulada de “*Ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar*”, que foi publicada no volume 17, de março de 2025, da revista *Salutis Scientia*, e foi igualmente apresentada, sob a forma de comunicação oral, no 2.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (Anexo 6), no qual participei como coautora. O resumo encontra-se disponível no apêndice N.

Ainda no âmbito da produção de conhecimento científico e em articulação com três colegas, participei na elaboração de uma revisão *scoping* com o título: “As Contribuições da Bundle ABCDEF nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: a *scoping review*”, cujo resumo se encontra disponível no apêndice O. O grupo submeteu a revisão *scoping* à revista *Critical Care Science*, que se encontra em fase de revisão.

Desta maneira, procurei desenvolver o meu percurso, de forma sustentada e articulada entre a teórica e a prática e consegui desenvolver o meu processo de consolidação e desenvolvimento de competências, tendo por base a prática baseada na evidência mais recente.

III.4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

O EEEMC-PSC deve possuir um conjunto de competências específicas que definem o seu perfil profissional e orientam a sua prática de cuidados. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC¹⁰ nesta área, destacam-se três domínios fundamentais:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas¹⁰.

Estes eixos estruturantes da prática do EEEMC-PSC garantem uma resposta de excelência, centrada nas necessidades complexas da PSC e da sua família/ pessoa significativa. Assim, nos capítulos seguintes, evidencio de que forma, ao longo do meu percurso formativo, fui desenvolvendo estas competências, aprofundando conhecimentos e adquirindo capacidades essenciais para uma prática clínica especializada e fundamentada.

III.4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo deste percurso académico foram essenciais, concomitantemente, com as pesquisas bibliográficas realizadas para os trabalhos propostos e pela participação em momentos formativos específicos. Ainda assim, estes três campos de estágio representaram um desafio significativo, permitindo-me suprir uma lacuna no âmbito profissional e académico na área da PSC, ao proporcionar-me a oportunidade de prestar cuidados altamente especializados e de qualidade num ambiente tecnologicamente avançado.

Nos três contextos clínicos, prestei cuidados à PSC, segundo a metodologia científica do processo de enfermagem (recolha de dados, identificação de necessidades, formulação de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções e reavaliação) e procurei sempre prestá-los com qualidade e segurança, identificando antecipadamente situações de instabilidade hemodinâmica da mesma. Na avaliação e monitorização da PSC apliquei a metodologia ABCDE (*Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure*), uma vez que esta abordagem “é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE” ^(51 p.27).

Durante os estágios da UC e da UCI e no âmbito da promoção de um ambiente seguro, elaborei os registos de enfermagem na plataforma BSimple Patient Care e assegurei a transmissão de informação, promovendo a continuidade dos cuidados. No contexto do SUGP e no mesmo âmbito, elaborei os registos de enfermagem através do Health Care Information System e assegurei igualmente a transmissão de informação, promovendo a continuidade dos cuidados.

Tive, diariamente, em conta a prevenção de lesões por pressão, através do posicionamento da PSC e a prevenção de quedas com a elevação das grades e baixando o nível da cama. Exemplificando, a minha prestação de cuidados à D. Isabel (nome fictício) que se encontrava queimada em toda a região dorsal e, por isso, realizei o posicionamento em decúbito ventral, demonstrando assim capacidade de resposta clínica à instabilidade respiratória e respeitando os princípios de segurança, integridade cutânea e conforto da mesma.

No que concerne a avaliação neurológica da PSC, nos contextos clínicos da UC e da UCI, realizei-a através da escala de coma de Glasgow e da avaliação pupilar. Na PSC sedada apliquei a *Richmond Agitation Sedation Scale* que me permitiu identificar o nível de sedação, assim como o índice bispectral para avaliar a atividade cerebral. Quanto à gestão da dor, a sua avaliação está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados. O EEEMC-PSC “faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” ^(10 p.19363). Nestes contextos clínicos, as escalas utilizadas são a escala numérica para a PSC consciente e que comunica verbalmente e a *Behavioral Pain Scale* para aquela que se encontra sedada e que não comunica verbalmente.

Dando como exemplo no contexto de estágio da UC, o caso do Sr. Miguel (nome fictício) que estava internado a aguardar cirurgia cardíaca devido ao seu diagnóstico de Comunicação Interventricular. O mesmo referiu-me “dor nas costas” (sic) e segundo a escala numérica relatou-me dor “5” (sic) de 0 a 10, que corresponde a dor em grau moderado. A minha atuação foi administrar analgesia endovenosa que tinha prescrito em SOS, como medida farmacológica e não farmacológica, posicionei-o e massajei-o, que resultou com efeito após a minha reavaliação.

Na UCI, acompanhei a situação da D. Lurdes (nome fictício), consciente e orientada, que se encontrava internada com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquémico, apresentando parésia do hemicorpo esquerdo. Referiu-me “não consigo dormir e tenho dor nas costas” (sic), com intensidade “6” (sic), que corresponde a dor em grau moderado na escala numérica. Realizei o posicionamento adequado da D. Lurdes, de forma a garantir conforto e prevenir complicações associadas à imobilidade. Executei a massagem terapêutica suave na região dorsal para alívio da dor e relaxamento. Posteriormente, administrei a terapêutica prescrita para controlo da dor e indução do sono que se encontrava prescrita em SOS. Após a minha reavaliação, a D. Lurdes referiu-me “já me sinto melhor” (sic), conseguindo adormecer após as intervenções. Esta abordagem promoveu o bem-estar físico e emocional, evidenciando assim a minha abordagem holística e centrada na D. Lurdes, através de medidas não farmacológicas e farmacológicas que se demonstraram eficazes.

Assim, perante as situações anteriormente mencionadas a gestão da terapêutica analgésica e as medidas não farmacológicas de alívio da dor foram adotadas, com base no conforto da PSC, tal como defende a teórica de Kolcaba⁹.

Os protocolos mais utilizados na UCI e na UC baseiam-se na aplicação de escalas já referidas, como a escala de coma de Glasgow, a *Richmond Agitation Sedation Scale*, a *Behavioral Pain Scale*, bem como protocolos de controlo de heparina e insulina.

É de salientar que, durante o contexto de estágio UC, tive a oportunidade de realizar dois turnos de observação: um no bloco operatório onde presenciei a implantação de uma válvula biológica e outro na hemodinâmica onde observei as implantações de válvula aórtica percutânea e de um *pacemaker* subcutâneo. Tive a oportunidade de realizar o acolhimento a ambas, visto que tanto o bloco operatório como a hemodinâmica são serviços que podem gerar ansiedade. Executei a tricotomia quando necessário, avaliei os sinais vitais, observei e colaborei na preparação da terapêutica sedativa, de emergência e da antibioterapia que está protocolada e colaborei nas transferências para o recobro.

Na UCI, acompanhei o caso do Sr. Henrique (nome fictício), que se encontrava internado com o diagnóstico de Choque Séptico, entubado orotraquealmente e a realizar terapia de substituição renal. Durante a prestação de cuidados de higiene, detetei sinais de isquémia nas extremidades dos pés e das mãos e alertei de imediato a equipa médica. Assim, a minha vigilância permitiu detetar precocemente os sinais de falência orgânica, promovendo atuação médica rapidamente, reforçando a importância da colaboração na equipa multidisciplinar. Ainda neste contexto clínico da UCI, em que após uma avaliação criteriosa, tive a oportunidade de participar na extubação da PSC, demonstrando competências em vigilância respiratória e tomada de decisão segura.

Neste sentido de prevenir complicações e a deterioração do estado clínico da PSC, durante o contexto do estágio da UC ocorreram duas situações: uma peri-paragem e uma paragem cardiorrespiratória, nas quais mobilizei conhecimentos teórico-práticos previamente apreendidos.

Quanto à situação de peri-paragem, o Sr. João (nome fictício) referiu “não estou a sentir-me bem” (sic), ao qual questionei “o que é que sente, Sr. João?” e o mesmo respondeu-me “estou tonto e maldisposto” (sic). A minha atuação foi avaliar o Sr. João segundo a abordagem ABCDE e após a minha avaliação hemodinâmica, o mesmo encontrava-se pálido, hipotenso e bradicárdico, pelo que foi chamada a equipa médica.

Neste momento, assegurei a posição do carro de emergência, administrei a medicação dirigida e solicitada pelo médico e a situação reverteu.

No que respeita ao confronto com situações de más notícias ou de prognósticos inesperadamente desfavoráveis, durante o contexto de estágio da UC tive a oportunidade de observar a equipa médica na comunicação dessas informações à família. Durante este processo, o médico procurou compreender o nível de conhecimento da família sobre a situação clínica da PSC. Paralelamente, procurei identificar, juntamente com a minha supervisora, se a esposa, já tinha alguma experiência prévia em contexto de UCI, ao qual foi respondido que “não” (sic). Como tal, antes da esposa entrar na unidade, a minha atuação foi explicar-lhe o ambiente com que iria deparar-se: “O Sr. José (nome fictício), neste momento, está em coma, não lhe vai conseguir responder, mas pode tocar-lhe e falar com ele, está a receber oxigénio através do ventilador e tem vários tubos à sua volta”, e ainda referi que qualquer dúvida podia colocar à equipa, atuando assim com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis³², uma vez que detenho um papel importante de agente facilitador na capacitação da família, empoderando-a a desenvolver estratégias para ultrapassar os obstáculos.

Como já mencionado, participei numa situação de paragem cardiorrespiratória onde realizei manobras de compressão de reanimação. Após a certificação do óbito, prestei os cuidados pós-morte e, posteriormente, acompanhei a médica e a enfermeira responsáveis pelo Sr. Júlio (nome fictício) para comunicar o seu falecimento à família. Nesta situação, a esposa do Sr. Júlio encontrava-se a chorar referindo que “Ele não merecia isto” (sic), ao qual eu respondi calmamente e tocando na sua mão, “Compreendo a situação. Fizemos tudo o que podíamos para o salvar”, demonstrando empatia. Durante este momento, escutei os restantes familiares, prestando o suporte emocional necessário.

Durante o contexto de estágio da UCI, acompanhei a situação do Sr. Manuel (nome fictício), que se encontrava internado com diagnóstico de Choque Séptico e com prognóstico reservado. Face ao agravamento do seu quadro clínico, a esposa do Sr. Manuel foi previamente informada pela equipa médica sobre a gravidade da situação, tendo-se deslocado à UCI com o intuito de se despedir do seu marido. Perante este momento delicado, estabeleci uma comunicação empática com a esposa, acolhendo-a com uma atitude de proximidade, respeito e sensibilidade. Adotei uma escuta ativa,

validando as emoções e oferecendo apoio emocional contínuo durante o tempo de despedida, referindo “Enquanto equipa fizemos tudo o que podíamos para salvar o Sr. Manuel”. Mantive uma presença disponível, respeitando o seu silêncio, o tempo necessário para a vivência da dor e a expressão do sofrimento, assegurando simultaneamente a privacidade e o ambiente adequado. Assim, a esposa do Sr. Manuel pôde despedir-se num contexto de cuidado humanizado, sentindo-se acolhida e acompanhada, referindo “Muito obrigada por tudo o que fizeram” (sic). A intervenção de enfermagem contribuiu para a dignificação do processo de fim de vida, promovendo o suporte emocional à esposa, reforçando assim a prática de cuidados centrada no Sr. Manuel e nos seus laços afetivos. Esta abordagem favoreceu a humanização dos cuidados, mesmo num cenário de elevada complexidade clínica.

Deste modo, durante estes momentos, demonstrei disponibilidade para atender às necessidades das famílias e prestei o suporte necessário, tendo por base as Teóricas de Kolcaba⁹ e de Afaf Meleis³².

No SUGP, recebi a PSC na sala de emergência com o diagnóstico de Acidade Vascular Cerebral Hemorrágico e assisti à realização dos testes de morte cerebral, que veio a confirmar-se. Tive também a oportunidade de prestar cuidados à PSC com insuficiência respiratória, com necessidade de VMI e VNI, colaborando na gestão ventilatória. Neste sentido, consultei protocolos institucionais e estudei de forma autónoma sempre que identifiquei necessidades de aprofundamento de conhecimentos técnicos, como nas situações de trauma, ventilação e morte cerebral.

Ainda neste contexto de estágio, tive a oportunidade de realizar um turno de observação na VMER, em que recebemos uma chamada do Centro de Orientação de Doentes Urgentes sobre o Sr. Luís (nome fictício) com dor torácica irradiada para o ombro direito, portador de *pacemaker*. À chegada, consciente e orientado, já sem dor, monitorizei os sinais vitais e realizei eletrocardiograma que revelou um traçado de fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada, pelo que o Sr. Luís acabou por se manter em casa e foi aconselhado pelo médico a realizar brevemente exames complementares de diagnóstico, nomeadamente Raio-X.

Durante os módulos de estágio tive a oportunidade de realizar transportes intra-hospitalares, para a realização de exames complementares de diagnóstico, transferências

para o bloco operatório e o acolhimento da PSC assegurando sempre os recursos necessários para garantir um transporte seguro.

No SUGP, realizei e colaborei em transportes intra e inter-hospitalares da PSC (com drenagem torácica, entubada por convulsão e alteração do estado de consciência), assegurando a monitorização contínua, a estabilidade clínica e a documentação adequada e em transportes intra-hospitalares para o bloco operatório, imagiologia e para a UCI, promovendo a continuidade e a segurança dos cuidados.

Na UCI, participei em diversos transportes intra-hospitalares da PSC, assegurando a continuidade e segurança dos cuidados durante o processo. Destaco, como exemplo, o caso do Sr. Mário (nome fictício), que se encontrava internado com o diagnóstico de Insuficiência Respiratória, e que apresentou um episódio de mioclonias. Informei de imediato a equipa médica que deu indicação para administrar levetiracetam por via endovenosa, com reversão do quadro clínico e coloquei o índice bispectral bilateral, para maior vigilância. O Sr. Mário foi, posteriormente, avaliado em termos de pressão intra-abdominal e, por indicação médica, acompanhei o transporte para a realização de uma Tomografia Axial Computorizada. Durante o transporte, colaborei na monitorização contínua dos parâmetros vitais, assegurando a estabilidade clínica do Sr. Mário e garantindo uma atuação rápida em caso de necessidade.

Em todos os transportes realizados considerei as três fases do transporte hospitalar, conforme descrito Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e pela Ordem dos Médicos⁵². Na fase de preparação, verifiquei que a PSC se encontrava hemodinamicamente estável e conferi o funcionamento dos equipamentos de suporte avançado de vida. Durante a fase de execução, monitorizei continuamente os sinais vitais, assegurando a monitorização eletrocardiográfica e a sua estabilidade clínica. Na fase pós-transporte, a PSC manteve-se estável e observei a transmissão de informações às equipas, garantindo a continuidade dos cuidados.

Em súmula, para responder de forma mais adequada a todas as situações anteriormente descritas, utilizei conhecimentos adquiridos nos cursos de Suporte Avançado de Vida e *International Trauma Life Support*.

III.4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Ao longo dos três contextos de estágio, tive a possibilidade de aprofundar o meu conhecimento acerca dos Planos de Emergência das instituições e respetivos serviços, recorrendo à consulta de protocolos e à análise da planta dos pisos. Estes elementos suscitaram uma reflexão crítica e promoveram o diálogo com os colegas, permitindo-me esclarecer eventuais dúvidas relacionadas com os planos.

O desenvolvimento da competência de gestão e organização de equipas em cenários de catástrofe foi favorecido pela participação na ação de formação ministrada pelos Bombeiros Sapadores de Lisboa, na área Nuclear, Radiológica, Biológica e Química, realizada durante o período das aulas teóricas. Esta formação revelou-se essencial para consolidar tal competência, fornecendo-me orientações sobre a atuação adequada perante situações que envolvam riscos nesta área.

Na prática clínica dos módulos de estágio, considero ter aplicado e aprofundado os conhecimentos adquiridos, o que me permitiu alcançar, com êxito, o desenvolvimento desta competência específica.

III.4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Durante os três módulos de estágio, utilizei sempre o equipamento de proteção individual adequado e apliquei as medidas preventivas contra as infeções associadas aos cuidados de saúde, como a higienização das mãos, essenciais à PSC devido aos procedimentos invasivos e à terapêutica de imunossupressão que aumentam o risco de infeção^{53,54}.

No contexto de estágio realizado na UC, tive o privilégio de acompanhar a equipa da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, onde presenciei a implementação da campanha "STOP Infeção" no bloco operatório, com foco na prevenção e controlo da Infeção do Local

Cirúrgico. Além disso, observei os indicadores de estrutura, processo e resultado relacionados com a prevenção e controlo de infeções dos diversos serviços de um hospital da Área Metropolitana de Lisboa. Também acompanhei a utilização da classificação de McCabe para avaliação prognóstica, assim como a monitorização da adesão à higiene das mãos por meio da plataforma Hartmann, através de uma simulação. Por fim, analisei o sistema HEPIC, que engloba aspetos como a aplicação de bundles e o controlo da contaminação cruzada, reforçando a importância de medidas eficazes para responder à complexidade das situações críticas de saúde e prevenir a resistência a antimicrobianos.

No SUGP, executei procedimentos e técnicas assépticas recorrendo a todo o material disponível, seguindo rigorosamente as boas práticas instituídas. No serviço, utilizei kits próprios para a realização de procedimentos como o cateterismo vesical e a colheita de hemoculturas, garantindo, assim, a minimização do risco de infeção e de contaminação. Colaborei, ainda, na colocação de dispositivos invasivos, como catéteres venosos centrais, linhas arteriais e tubos orotraqueais, sempre com enfoque na adoção de medidas preventivas para evitar infeções relacionadas com estes dispositivos, conforme descrito pela Direção Geral de Saúde^{55,56,57}.

No contexto de estágio da UCI, dando como exemplo a minha prestação de cuidados ao Sr. David (nome fictício) que se encontrava internado com o diagnóstico de Hiponatremia e Status Convulsivo, em que intervim na gestão de uma situação neurológica crítica. Perante esta situação complexa, garanti a implementação do isolamento adequado por tuberculose e a utilização correta do equipamento de proteção individual, assegurando a proteção do Sr. David, da equipa e do ambiente, e fundamentando as decisões nas melhores práticas clínicas e normativas em vigor. Além disso, como já mencionado anteriormente, participei e contribui, de forma ativa, no projeto STOP Infeção 2.0, com destaque nas áreas da Infeção da Corrente Sanguínea Relacionada com Cateter Venoso Central, da Pneumonia Associada à Intubação e da Infeção do Trato Urinário Associado a Cateter Vesical.

Em síntese, concluo que desenvolvi esta competência específica de forma sólida, fundamentando-me em conhecimentos atualizados e em práticas baseadas na evidência. Demonstrei domínio no controlo da infeção hospitalar no contexto da prestação de cuidados e assegurei intervenções pautadas pela assépsia e pela prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

IV. Considerações Finais

O percurso desenvolvido ao longo dos três estágios constituiu uma oportunidade única de consolidação e aquisição de competências enquanto futura EEEMC-PSC. Para além da intervenção no âmbito da gestão do ruído, cada contexto de estágio possibilitou-me o desenvolvimento de capacidades diferenciadas, nomeadamente no domínio da tomada de decisão em situações complexas, da liderança de equipas, da comunicação eficaz com a PSC e a família e da promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A análise crítica das práticas, aliada à integração da evidência científica e das teóricas de enfermagem, reforçou a importância da reflexão como instrumento essencial para o crescimento profissional.

A temática da gestão do ruído hospitalar foi um eixo estruturante que permitiu-me colocar em prática as competências técnico-científicas, relacionais e éticas, em que concomitantemente evidenciou a relevância da intervenção do EE na criação de ambientes terapêuticos mais seguros e humanizados. Contudo, este percurso foi sobretudo uma mais-valia uma vez que o processo de aprendizagem e de autodesenvolvimento permitiu-me evoluir de estudante a futura EE, consciente da responsabilidade profissional e do compromisso com a qualidade e a humanização dos cuidados.

Apesar dos resultados alcançados, importa reconhecer algumas limitações. A utilização de uma aplicação móvel para a medição do ruído, em substituição de um sonómetro profissional, pode ter condicionado a precisão dos dados recolhidos. Para além disso, a disponibilidade limitada das equipas de enfermagem, as características estruturais de alguns serviços, o tempo relativamente curto dos estágios e a restrição a apenas três contextos de estágios dificultaram a implementação alargada das estratégias de sensibilização. Assim, estas limitações não invalidam o contributo do projeto, mas reforçam a necessidade de estudos futuros com metodologias mais robustas e multicêntricas, que possam comparar diferentes instituições e realidades assistenciais.

Enquanto profissional em constante crescimento, pretendo dar continuidade ao investimento no meu desenvolvimento pessoal e científico. Respeitante aos projetos futuros, estes incluem o aprofundamento de competências na área dos cuidados intensivos, a participação ativa em equipas multidisciplinares orientadas para a inovação

e segurança da prática clínica e o contributo em ações de formação dirigidas a pares e estudantes. Paralelamente, ambiciono integrar projetos de investigação aplicada, que permitam consolidar a prática baseada na evidência, explorando ainda o potencial da utilização de sensores de ruído contínuos e da integração de ferramentas de Inteligência Artificial para monitorização ambiental em tempo real, como forma de potenciar ambientes terapêuticos mais seguros, silenciosos e humanizados.

Perante isto, este percurso académico representou, assim, não apenas a concretização de um projeto de intervenção, mas sobretudo um processo contínuo de aquisição de competências que será a base do meu desempenho enquanto futura EEEMC-PSC.

V. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. D.R. II Série. 35 (2011-02-18):8656. [Internet]. [citado 2025 jan 6]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>
2. Benner P, Kyriakidis PH, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2011.
3. World Health Organization. Environmental noise guidelines for the European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 [citado 2025 jan 12]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343936/WHO-EURO-2018-3287-43046-60243-eng.pdf>
4. Berglund B, Lindvall T, Schwela DH, World Health Organization. Guidelines for community noise [Internet]. Geneva: WHO; 1999 [citado 2025 jan 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>
5. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Decreto-Lei n.º 182/2006 de 6 de setembro. D.R. I Série. 171 (2006-09-06). [Internet]. [citado 2025 jan 6]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/182-2006-539986>
6. Agência Europeia do Ambiente. Environmental noise in Europe, 2020 [Internet]. Luxembourg: Publications Office; 2020 [citado 2025 jan 12]. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2800/686249>
7. Marcelo IJ, Santiago MD. O ruído no contexto dos cuidados intensivos: contributo para a segurança e qualidade dos cuidados – estudo descritivo. Servir [Internet]. 2022;2(2):12-21. doi:10.48492/servir0202.25906
8. Marra A, Ely E, Pandharipande P, Patel M. The ABCDEF bundle in critical care. Crit Care Clin. 2017 Apr;33(2):225-43. doi:10.1016/j.ccc.2016.12.005
9. Boudiab L, Kolcaba K. Comfort Theory: unraveling the complexities of veterans' health care needs. ANS Adv Nurs Sci. 2015 Oct-Dec;38(4):270-8. doi:10.1097/ANS.0000000000000089
10. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. D.R. II Série. 135 (2018-07-16):19359-70. [Internet]. [citado 2025 jan 6].

Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

11. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 1996 [citado 2025 jan 23]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
12. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019 de 12 de julho. Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. D.R. II Série. 26 (2019-07-12):4744-50. [Internet]. [citado 2025 fev 6]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
13. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Loures: Lusociência; 2005. ISBN: 972-8383-92-4.
14. Vreman J, van Loon LM, Biggelaar W, Hoeven J, Lemson J, Boogaard M. Contribution of alarm noise to average sound pressure levels in the ICU: an observational cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs. 2020;61:102901. doi:10.1016/j.iccn.2020.102901
15. Agência Portuguesa do Ambiente. Ruído ambiente [Internet]. Lisboa: APA; 2021 [citado 2025 jan 10]. Disponível em: <https://apambiente.pt>
16. Basner M, Babisch W, Davis A, Brink M, Clark C, Janssen S, et al. Auditory and non-auditory effects of noise on health. Lancet. 2014;383:1325-32. doi:10.1016/S0140-6736(13)61613-X
17. Goeren D, John S, Meskill K, Iacono L, Wahl S, Scanlon K. Quiet time: a noise reduction initiative in a neurosurgical intensive care unit. Crit Care Nurse. 2018;38(4):38-44. doi:10.4037/ccn2018219
18. Johansson L, Knutsson S, Bergbom I, Lindahl B. Noise in the ICU patient room: staff knowledge and clinical improvements. Intensive Crit Care Nurs. 2016;35:1-9. doi:10.1016/j.iccn.2016.02.005
19. Boehm L, Pun B, Stollings J, Girard T, Rock P, Hough C, et al. A multisite study of nurse-reported perceptions and practice of ABCDEF bundle components. Intensive Crit Care Nurs. 2020;60:102872. doi:10.1016/j.iccn.2020.102872
20. Cho W, Jeong C, Chang J, Lee S, Park MS, Suh MW, et al. Noise and room acoustic conditions in a tertiary referral hospital, Seoul National University Hospital. J Audiol Otol. 2019;23(2):76-82. doi:10.7874/jao.2018.00269

21. Hofhuis JG, Langevoort G, Rommes JH, Spronk PE. Sleep disturbances and sedation practices in the intensive care unit—a postal survey in the Netherlands. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012;28(3):141-9. doi:10.1016/j.iccn.2011.10.006
22. Dennis CM, Lee R, Woodard EK, Szalaj JJ, Walker CA. Benefits of quiet time for neuro-intensive care patients. *J Neurosci Nurs*. 2010;42(4):217-24. doi:10.1097/jnn.0b013e3181e26c20
23. Li SY, Wang TJ, Shu W, Shen L, Tung HH. Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2011;20(3-4):396-407. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x
24. Jung S, Kim J, Lee J, Rhee C, Na S, Yoon JS. Assessment of noise exposure and its characteristics in the intensive care unit of a tertiary hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4670. doi:10.3390/ijerph17134670
25. Ganime JF, Almeida L, Robazzi ML, Valenzuela SS, Faleiro SA. O ruído como um dos riscos ocupacionais. *Enferm Glob* [Internet]. 2010;(19):1-12 [citado 2025 maio 23]. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_revision1.pdf
26. Jagriti P, Taywade M, Pal R, Sethi D. Noise pollution in intensive care unit: a hidden enemy affecting the physical and mental health of patients and caregivers. *Noise Health*. 2022;24(113):130-6. doi:10.4103/nah.nah_79_21
27. Plummer NR, Herbert A, Blundell JE, Howarth R, Baldwin J, Laha S. SoundEar noise warning devices cause a sustained reduction in ambient noise in adult critical care. *J Intensive Care Soc*. 2019;20(2):106-10. doi:10.1177/1751143718767773
28. Balas M, Vasilevskis E, Burke W, Boehm L, Pun B, Olsen K, et al. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Crit Care Nurse*. 2012;32(2):35-47. doi:10.4037/ccn2012229
29. Stollings J, Devlin J, Lin JC, Pun B, Byrum D, Barr J. Best practices for conducting interprofessional team rounds to facilitate performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. *Crit Care Med*. 2020;48(4):562-70. doi:10.1097/CCM.0000000000004197
30. Ferrito C, Nunes L, Ruivo A. Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Rev Percursos* [Internet]. 2010;15:3-18 [citado 2025 jan 12]. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
31. Ordem dos Enfermeiros. Deontologia profissional de enfermagem [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 ago [citado 2025 ago 6]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

32. Meleis A, Sawyer L, Im E, Hilfinger Messias D, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
33. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2025 maio 6]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
34. Direção-Geral da Saúde. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) 2017-2020 [Internet]. Lisboa: DGS; 2017 [citado 2025 mar 19]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>
35. Ordem dos Enfermeiros. Código deontológico do enfermeiro [Internet]. Lisboa: OE; 2005 [citado 2025 mar 19]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
36. World Health Organization. Communication during patient hand-overs: WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 2025 mar 19]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249241/9789241509466-eng.pdf?sequence=3>
37. Ordem dos Enfermeiros. Guia orientador de boa prática: cuidados à pessoa em situação crítica [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [citado 2025 mar 19]. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobp-cuidados-pessoa-em-situa-o-cr-tica/full-view.html>
38. Kılıç N, Şimşek N. Psychological first aid and nursing. *J Psychiatr Nurs*. 2018;9(3):212-8.
39. Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, et al. Psychological first aid: field operations guide. 2nd ed. Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD; 2006.
40. Nizum N, Yoon R, Ferreira-Legere L, Poole N, Lulat Z. Nursing interventions for adults following a mental health crisis: a systematic review guided by trauma-informed principles. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(3):348-63.
41. Saraiva A. Intervenção em crise: breve reflexão em torno de algumas questões [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 2021.

42. Phaneuf M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. 1.^a ed. Loures: Lusodidacta; 2005.
43. Santos F, Marques F. Comunicar sem verbalizar. In: Marques-Vieira C, Sousa L, Baixinho C, editores. Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda. Lisboa: Sabooks Editora; 2021. p. 75-87.
44. Carvalho M, Matos M. Intervenções psicossociais em crise, emergência e catástrofe. Rev Bras Terap Cogn. 2016;12(2):116-25.
45. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001 [citado 2025 jan 22]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
46. International Council of Nurses. Guidelines on advanced practice nursing 2020 [Internet]. Geneva: ICN; 2021 [citado 2025 jan 22]. Disponível em: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
47. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2025 jan 22]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
48. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Manual de suporte avançado de vida. 1.^a ed. versão 2.0. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica; 2020.
49. Tanner C. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006;45(6):204-11. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02921.x
50. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984. doi:10.1002/nur.4770080119
51. Benner P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.
52. Ordem dos Médicos, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Transporte de doentes críticos adultos: recomendações 2023 [Internet]. Lisboa: OM; 2023 [citado 2025 fev 5]. Disponível em: https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf
53. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à

- pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica [Internet]. Leiria: Ordem dos Enfermeiros; 2017 [citado 2025 jan 22]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
54. Direção-Geral da Saúde. Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017 [Internet]. Lisboa: DGS; 2017 [citado 2025 jan 23]. Disponível em: <https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/antimicrobianos-programa-de-prevencao-o-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-2017-dgs.pdf>
55. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 019/2015. “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical [Internet]. Lisboa: DGS; 2022 [citado 2025 jan 23]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
56. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 022/2015. “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central [Internet]. Lisboa: DGS; 2022 [citado 2025 jan 23]. Disponível em: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022_prev_inf_cvc.pdf)
57. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 021/2015. “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação [Internet]. Lisboa: DGS; 2022 [citado 2025 jan 23]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Apêndices

Apêndice A – Análise SWOT da UC

Forças	Fraquezas
- Projeto integrado nos objetivos da UC; - Apoio e consentimento da enfermeira gestora, supervisora clínica e supervisora pedagógica; - Ausência de formação sobre o tema; - Reconhecimento da importância do enfermeiro na UC; - Projeto sem custos.	- Resistência da equipa à mudança de comportamentos e rotinas; - Serviço muito específico.
Oportunidades	Ameaças
- Elaboração de uma sessão de sensibilização em serviço sobre o tema; - Reflexão, atualização e desenvolvimento de conhecimentos sobre a temática; - Otimiza o conforto da PSC internada; - Incentivo à prática baseada na evidência.	- Desvalorização da temática, não sendo reconhecida a sua importância; - Condições estruturais e ambientais do serviço; - Tempo reduzido para a realização da sessão de sensibilização; - Estágio de curta duração.

Apêndice B – Plano de Sessão de Sensibilização realizada aos enfermeiros da UC

Tema da Sessão	A Gestão do Ruído Hospitalar
Formadora	Enfª Joana Matos, aluna do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica.
População-alvo	Enfermeiros da
Duração	30 minutos
Data e hora	4/2/2025 às 16h30
Local	Sala de trabalho da
Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a gestão e o controlo do ruído.
Objetivos Específicos	• Partilhar a relevância da temática para o contexto clínico; • Identificar as fontes de ruído; • Evidenciar a importância da Bundle ABCDEF como estratégia para controlo do ruído; • Partilhar informação sobre a importância da gestão e controlo do ruído na promoção do conforto e recuperação da pessoa em situação crítica.

Apêndice C – Sessão de sensibilização realizada aos enfermeiros da UC



Autora: Joana Matos

Aluna do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica
na área de especialização em enfermagem à pessoa em
situação crítica

Supervisora Pedagógica: Prof. Rita Marques

Supervisora Clínica:

Serviço:

4 de fevereiro de 2025



1. Definição de Ruído
2. Fontes de Ruído Hospitalar
3. *Bundle* ABCDEF e os Efeitos do Ruído
4. Estratégias para a Gestão de Ruído
5. Considerações Finais
6. Referências Bibliográficas

1. Ruído

Qualquer som indesejado que possa ser prejudicial à pessoa, causando distúrbios no sono ou outras alterações fisiológicas, interferindo e alterando a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória^{1,2,3}.

Recomendações da OMS

Níveis de ruído hospitalar:

- Máximo diurno: **35 dB**
- Máximo noturno: **30 dB**

Realidade: valores superiores a **70 dB**⁴.

3

1. Ruído



O ruído sendo um dos principais fatores ambientais prejudiciais, interfere na qualidade do sono, aumenta a percepção de dor, a incidência de *delirium* e a necessidade de sedação. Além disso, prolonga o tempo de internamento e aumenta as taxas de complicações^{5,6,7,8}.



Esta temática destaca-se como essencial para melhorar a qualidade dos cuidados na UCI, pois a gestão do ruído é fundamental pelo impacto significativo que o excesso de ruído tem no conforto, na recuperação e nos resultados clínicos dos doentes em situação crítica.

4

2. Fontes de Ruído Hospitalar

- Diálogo entre os vários profissionais e visitas;
- Tom de voz elevado;
- Atividades dos profissionais de saúde;
- Preparação de material necessário para procedimentos;
- Alarmes dos monitores e outros equipamentos^{9,10,11,12,13,14}.



5

2. Fontes de Ruído da



Ilustração 1 - Triturar medicação com o pilão

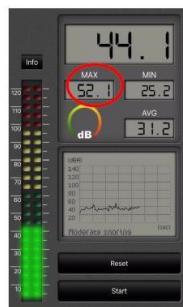


Ilustração 2 - Central de monitorização de telemetrias da Enfermaria



Ilustração 3 - Troca das baterias do Heartmate

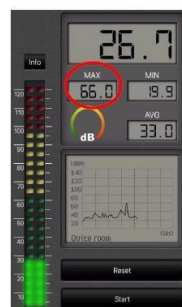


Ilustração 4 - Colchão de pressão alternada



Ilustração 5 - Seringa infusora

Sound Level
(medidor de som)

3. Bundle ABCDEF

→ É um conjunto de intervenções desenvolvidas para melhorar os cuidados prestados à PSC, por meio de uma abordagem multidisciplinar, a fim de otimizar a sua experiência e os resultados clínicos¹⁵.

→ O ruído possui uma relação direta com os diversos componentes desta abordagem, especialmente no que diz respeito ao conforto, à recuperação e ao envolvimento familiar¹⁶.

7

3. Bundle ABCDEF vs. Efeitos do Ruído

<i>Assess, Prevent and Manage pain</i>	O ruído hospitalar intensifica o desconforto e prejudica a experiência de dor da pessoa, aumentando a necessidade de analgesia ¹⁷ .
<i>Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials</i>	O ruído constante prejudica a profundidade, a qualidade e a continuidade do sono, dificultando e interferindo, negativamente, na recuperação e, consequentemente, na adesão aos testes respiratórios, aumentando o tempo de VMI ¹⁷ .
<i>Choice of analgesia and sedation</i>	Sons constantes e altos podem exigir um ajuste na sedação para evitar que o doente acorde frequentemente, o que pode aumentar a dose de sedativos e prolongar o tempo de internamento. A redução do ruído minimiza a necessidade de sedação profunda ¹⁵ .
<i>Delirium</i>	O ruído excessivo está ligado ao aumento do <i>delirium</i> no doente crítico. A redução de ruído pode ajudar a diminuir a incidência de <i>delirium</i> , facilitando assim a recuperação cognitiva, nomeadamente dos idosos ¹⁸ .
<i>Early mobility and Exercise</i>	Um ambiente mais tranquilo e encorajador, leva a que a pessoa se sinta mais segura e disposta a participar nos exercícios, reduzindo assim complicações associadas à imobilidade ¹⁹ .
<i>Family engagement and empowerment</i>	O ruído impacta não só a pessoa, mas também compromete o conforto da família. Um ambiente mais silencioso favorece o envolvimento da família, fortalecendo o suporte emocional à pessoa ¹⁵ .

8

4. Estratégias para a Gestão do Ruído

- **Controlo de alarmes:** Configurar para reduzir sons desnecessários;
- **Sensibilização da equipa:** Incentivar a comunicação para um tom mais baixo;
- **Equipamentos silenciosos:** Uso de materiais com isolamento acústico;
- **Reparação de equipamentos danificados ou com defeito;**
- **Utilização de tampões para os ouvidos;**
- **Implementação do *Quiet Time*:** Definir um tempo em que há uma redução da luz, dos sons controláveis e das intervenções junto do doente;
- **Envolvimento da família:** Educar sobre o impacto do ruído^{20,21}.



Melhora a qualidade do sono e recupera a função cognitiva. Previne o stress e o *delirium*, especialmente em idosos²⁰.

9



SoundEar

(medidor de exibição visual de ruído)²²

10



11

5. Considerações Finais



O ruído é um fator ambiental crítico que afeta os componentes da *bundle*.



As intervenções eficazes impactam positivamente o *delirium* e a recuperação da pessoa.



A colaboração interdisciplinar é essencial para a obtenção de resultados sustentáveis.

12



13

6. Referências Bibliográficas

1. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Decreto-Lei nº 182/2006 de 6 de setembro. Diário da República. 2006. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/182-2006-539986>.
2. Agência Europeia do Ambiente. Environmental noise in Europe, 2020. Publications Office; 2020. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2800/686249>.
3. Marcelo IJ, Santiago MD. O ruído no contexto dos cuidados intensivos: contributo para a segurança e qualidade dos cuidados - estudo descritivo. *Servir*. 2022; 2(02). <https://doi.org/10.48492/servir0202.25906>.
4. Berglund B, Lindvall T, Schwela DH, WHO. Guidelines for community noise. WHO; 1999. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>.
5. Basner M, Babisch W, Davis A, Brink M, Clark C, Janssen S, et al. Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet*. 2014; 383:1325. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61613-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61613-X).
6. Goeren D, John S, Meskill K, Iacono L, Wahl S, Scanlon K. Quiet Time: A Noise Reduction Initiative in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2018;38(4):38-44. <https://doi.org/10.4037/ccn2018219>.
7. Johansson L, Knutsson S, Bergbom I, Lindahl B. Noise in the ICU patient room- Staff knowledge and clinical improvements. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016; 35:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.02.005>.
8. Boehm L, Pun B, Stollings J, Girard T, Rock P, Hough C, Hsieh SJ, Khan B, Owens R, Schmidt G, Smith S, Ely E. A multisite study of nurse-reported perceptions and practice of ABCDEF bundle components. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020 Oct 1; 60:1-16. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102872.
9. Goeren D, John S, Meskill K, Iacono L, Wahl S, Scanlon K. Quiet Time: A Noise Reduction Initiative in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2018;38(4):38-44. <https://doi.org/10.4037/ccn2018219>.
10. Johansson L, Knutsson S, Bergbom I, Lindahl B. Noise in the ICU patient room- Staff knowledge and clinical improvements. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016; 35:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.02.005>.

14

6. Referências Bibliográficas

11. Cho W, Jeong C, Chang J, Lee S, Park MS, Suh MW, Han JY. Noise and room acoustic conditions in a tertiary referral hospital, Seoul National University Hospital. *J Audiol Otol*. 2019;23(2):76-82. doi: 10.7874/jao.2018.00269.
12. Hofhuis JG, Langevoort G, Rommes JH, Spronk PE. Sleep disturbances and sedation practices in the intensive care unit—A postal survey in the Netherlands. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012;28(3):141-149. doi: 10.1016/j.iccn.2011.10.006.
13. Dennis CM, Lee R, Woodard EK, Szalaj JJ, Walker CA. Benefits of quiet time for neuro-intensive care patients. *J Neurosci Nurs*. 2010;42(4):217-224. doi: 10.1097/jnn.0b013e3181e26c20.
14. Li SY, Wang TJ, Shu W, Shen L, Tung HH. Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2011;20(3-4):396-407. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x.
15. Marra A, Ely E, Pandharipande P, Patel M. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin*. 2017 Apr;33(2):225-243. doi: 10.1016/j.ccc.2016.12.005.
16. Benner P, Kyriakidis PH, Stannard D. *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. 2nd ed. Springer Publishing Company; 2011.
17. Balas M, Vasilevskis E, Burke W, Boehm L, Pun B, Olsen K, Peitz G, Ely E. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Crit Care Nurse*. 2012 Apr;32(2):35-8, 40-47. doi: 10.4037/ccn2012229.
18. Stollings J, Devlin J, Lin JC, Pun B, Byrnum D, Barr J. Best Practices for Conducting Interprofessional Team Rounds to Facilitate Performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. *Crit Care Med*. 2020 Apr;48(4):562-570. doi: 10.1097/CCM.0000000000004197.
19. Boudiab L, Kolcaba K. Comfort Theory: Unraveling the Complexities of Veterans' Health Care Needs. *ANS Adv Nurs Sci*. 2015 Oct-Dec;38(4):270-278. doi: 10.1097/ANS.0000000000000089.

15

6. Referências Bibliográficas

20. Ganime JF, Almeida L, Robazzi ML, Valenzuela SS, Faleiro SA. O ruído como um dos riscos ocupacionais. [Versão eletrônica]. *Revista Enfermería Global*. Junho 2010. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_revision1.pdf.
21. Jagriti P, Taywade M, Pal R, Sethi D. Noise pollution in intensive care unit: A hidden enemy affecting the physical and mental health of patients and caregivers. *Noise Health*. 2022;24(113):130-6. doi:10.4103/nah.nah_79_21.
22. Plummer NR, Herbert A, Blundell JE, Howarth R, Baldwin J, Laha S. SoundEar noise warning devices cause a sustained reduction in ambient noise in adult critical care. *J Intensive Care Soc*. 2019;20(2):106-10. doi:10.1177/1751143718767773.

Apêndice D – Análise SWOT do SUGP

Forças	Fraquezas
- Apoio e consentimento do enfermeiro gestor, supervisora clínica e supervisora pedagógica; - Ausência de formação sobre o tema; - Reconhecimento da importância do enfermeiro no SUGP; - Existência de EEEMC-PSC, capacitados para a formação; - Enfermeiros motivados que podem ser formados e sensibilizados para este tema; - Projeto sem custos.	- Resistência de enfermeiros à mudança de comportamentos e rotinas; - Desconhecimento da importância e do impacto desta temática na PSC.
Oportunidades	Ameaças
- Elaboração de uma sessão de sensibilização em formato <i>online</i> sobre a temática; - Elaboração de um questionário, antes e após a sessão de sensibilização; - Presença de enfermeiros EEEMC-PSC em processo de formação; - Reflexão, atualização e desenvolvimento de conhecimentos sobre o tema; - Otimiza o conforto da PSC internada; - Incentivo à prática baseada na evidência.	- Desvalorização da temática, não sendo reconhecida a sua importância; - Condições estruturais e ambientais do serviço; - Escassez de recursos humanos e materiais no SUGP; - Tempo reduzido para a realização da sessão de sensibilização; - Estágio de curta duração.

Apêndice E – Questionário sobre a percepção dos enfermeiros do SUGP sobre o impacto do ruído na pessoa em situação crítica



Gestão do Ruído Hospitalar

Olá a todos,

No âmbito da sua formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Aluna da Especialidade Joana Matos, desenvolveu este projeto de sensibilização destinado aos enfermeiros e a todos os profissionais que exerçam as suas funções no Serviço de Urgência Geral Polivalente. A formação tem como objetivo promover a consciencialização sobre a importância da correta gestão do ruído hospitalar, reconhecendo o seu impacto direto na segurança, conforto e recuperação dos doentes, bem como no bem-estar da equipa de saúde.

A exposição contínua a níveis elevados de ruído compromete a qualidade dos cuidados prestados, interfere na comunicação entre profissionais e aumenta o risco de erros. Esta sessão formativa visa, assim, partilhar boas práticas, estratégias de mitigação e envolver todos os profissionais na construção de um ambiente de urgência mais seguro, tranquilo e centrado na pessoa. Acreditamos que a redução do ruído é uma responsabilidade partilhada e um compromisso com a excelência em cuidados de saúde.

Nesse sentido e de forma a complementar este trabalho foram também afixados dois pôsteres de sensibilização para a temática, no corredor de SO, aprovado pelo Exmo. Sr. Enfermeiro Gestor [REDACTED]

A sessão formativa foi preparada num formato digital e permite a sua realização até ao próximo dia 16 de maio de 2025.

Boa formação!

Quando submeter este formulário, este não irá recolher automaticamente os seus dados, como o nome e o endereço de e-mail, a menos que o forneça por si próprio.

* Obrigatório

1

Categoria profissional *

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro especialista
- ☐ Enfermeiro gestor

2

Número mecanográfico *

Introduza a sua resposta

3

Nome completo * 

Introduza a sua resposta

Seguinte

Diagnóstico de situação

Pretende-se verificar previamente o nível de conhecimentos no que diz respeito à temática supramencionada.

4

Qual o nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar? * 

- ☐ < 36 dB
- ☐ < 51 dB
- ☐ < 70 dB
- ☐ Não tenho noção

5

Quais considera que sejam as fontes de ruído do SUGP? * 

- ☐ Alarmes dos monitores
- ☐ Administração de terapêutica
- ☐ Prestação de cuidados diretos ao doente
- ☐ Não tenho noção

Anterior

Seguinte

Caracterização sociodemográfica

6

Idade * 

- ☐ 22 - 29
- ☐ 30 - 39
- ☐ 40 - 50
- ☐ > 50

7

Experiência / Atividade profissional (anos) * 

- ☐ < 1
- ☐ 1 - 3
- ☐ 4 - 10
- ☐ 11 - 15
- ☐ 16 - 20
- ☐ > 20

8

Experiência profissional na prestação de cuidados do doente crítico (anos) * 

- ☐ < 1
- ☐ 1 - 3
- ☐ 4 - 10
- ☐ 11 - 15
- ☐ 16 - 20
- ☐ > 20

9

Experiência profissional no Serviço de Urgência (anos) * 

- ☐ < 1
- ☐ 1 - 3
- ☐ 4 - 10
- ☐ 11 - 15
- ☐ 16 - 20
- ☐ > 20

10

Formação académica * 

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Especialidade
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

11

Se assinalou que tem especialidade, selecione qual: 

- ☐ Enfermagem comunitária
- ☐ Enfermagem de saúde infantil e pediátrica
- ☐ Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica
- ☐ Enfermagem de reabilitação
- ☐ Enfermagem de saúde materno e obstétrica
- ☐ Enfermagem médico-cirúrgica

12

Se seleccionou Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica refira qual das áreas 

- ☐ Enfermagem à pessoa em situação crítica
- ☐ Enfermagem à pessoa em situação paliativa
- ☐ Enfermagem à pessoa em situação crónica
- ☐ Enfermagem à pessoa em situação perioperatória

13

Encontra-se de momento a frequentar o curso de especialização em enfermagem? *

☐ Sim

☐ Não

14

Se respondeu que sim na questão anterior, indique qual:

Introduza a sua resposta

Anterior Seguinte

Gestão do Ruído Hospitalar

Aceda ao *link* de forma a assistir à formação. Posteriormente regresse a esta página.

https://snspt-my.sharepoint.com/personal/30812_ulssjose_min-saude_pt/_layouts/15/stream.aspx?id=%2Fpersonal%2F30812%5Fulssjose%5Fmin%2Dsaude%5Fpt%2FDocuments%2FGest%C3%A3o%20do%20Ru%C3%ADdo%20Hospitalar%2Emp4&referrer=StreamWebApp%2EWeb&referrerScenario=AddressBarCopied%2EView%2E1d25b563%2De471%2D4caa%2D8c3d%2D107320040da0

Anterior Seguinte

Pôsteres afixados no corredor de SO



Anterior

Seguinte

RUÍDO

SABIA QUE O RUÍDO PODE PREJUDICAR O ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA QUE ACOMPANHA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA?



Apresentamos a escala de decibéis, que determina o impacto do ruído na pessoa e o limite que condiciona o seu estado de saúde.



Anterior

Seguinte

Avaliação da Sessão de Formação

15

Considera a duração desta sessão adequada? *

☐ Sim

☐ Não

☐ Podia ser mais curta

☐ Podia ser mais longa

16

Considera pertinente esta temática para o seu local de trabalho? *

☐ Sim

☐ Não

17

Na sua opinião este formato de formação foi adequado e facilitador para si? *

☐ Sim

☐ Não

[Anterior](#) [Seguinte](#)

Questionário de aquisição de conhecimentos da sessão de formação

18

Qual o nível de ruído recomendado pela OMS no ambiente hospitalar? *

☐ < 36dB

☐ < 51dB

☐ < 70 dB

19

Quais os efeitos do ruído hospitalar? *

☐ Não têm qualquer efeito

☐ Aumento do stress: distúrbio do sono, delirium, aumento da mortalidade

☐ Diminuição do stress, diminuição do risco de complicações e do tempo de internamento

20

Quais as fontes de ruído do SUGP? * 

Selecione, no máximo, 2 opções.

- ☐ Alarmes dos monitores, seringas de perfusão
- ☐ Receção de um doente na sala de emergência, conversas entre visitas e profissionais no corredor de circulação
- ☐ Distribuição da alimentação
- ☐ Passagem de turno
- ☐ Transferência de um doente em SO para a maca de transporte para outra unidade

21

Quais as estratégias para melhorar a gestão do ruído hospitalar? * 

Selecione, no máximo, 2 opções.

- ☐ Uso de sinalização visual com a sensibilização da equipa
- ☐ Ajuste de alarmes, envolvimento da família/pessoa significativa
- ☐ Silenciar alarmes indiscriminadamente
- ☐ Restrição de visitas

22

Complete a afirmação: "O ruído afeta..." * 

- ☐ "... diretamente o conforto, a recuperação e os resultados clínicos da PSC".
- ☐ "... só os doentes que estão internados".
- ☐ "... só os profissionais".
- ☐ "... apenas quem está acordado, logo não é um problema para quem está a dormir".

[Anterior](#)[Seguinte](#)

Apêndice F – Análise SWOT da UCI

Forças	Fraquezas
- Apoio e consentimento da enfermeira gestora, supervisora clínica e supervisora pedagógica; - Reconhecimento da importância do enfermeiro na UCI; - Existência de EEEMC-PSC, capacitados para a formação; - UCI polivalente; - Enfermeiros motivados que podem ser formados e sensibilizados para este tema; - Projeto sem custos.	- Resistência de enfermeiros à mudança de comportamentos e rotinas.
Oportunidades	Ameaças
- Existência de formação sobre o tema; - Elaboração de uma sessão de sensibilização em formato presencial e com acesso <i>online</i> sobre a temática; - Presença de um EEEMC-PSC em processo de formação; - Reflexão, atualização e desenvolvimento de conhecimentos sobre o tema; - Otimiza o conforto da PSC internada; - Incentivo à prática baseada na evidência.	- Tempo reduzido para a realização da sessão de sensibilização; - Estágio de curta duração.

**Apêndice G – Plano de Sessão de Sensibilização realizada aos enfermeiros do
SUGP**

Tema da Sessão	A Gestão do Ruído Hospitalar
Formadora	Enf ^a Joana Matos, aluna do mestrado em enfermagem médico- cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica.
População-alvo	Enfermeiros do SUGP
Duração	30 minutos
Data	29/04/2025
Local	<i>Online</i>
Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a gestão e o controlo do ruído.
Objetivos Específicos	• Partilhar a relevância da temática para o contexto clínico; • Identificar as fontes de ruído; • Explorar as estratégias para a gestão e controlo do ruído; • Partilhar informação sobre a importância da gestão e controlo do ruído na promoção do conforto e recuperação da pessoa em situação crítica.

Apêndice H – Sessão de Sensibilização em formato *online* realizado à equipa do SUGP



Gestão do Ruído Hospitalar

Autora: Joana Matos, aluna do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Supervisora Pedagógica: Profª. Doutora Rita Marques

Supervisora Clínica:

Serviço de Urgência

abril de 2025



Sumário

1. Definição de Ruído
2. Efeitos do Ruído Hospitalar
3. Fontes de Ruído Hospitalar
4. Estratégias para a Gestão de Ruído Hospitalar
5. Respostas ao Questionário
6. Considerações Finais
7. Referências Bibliográficas



1. Ruído

- Qualquer som indesejado que possa ser prejudicial à pessoa, causando distúrbios no sono ou outras alterações fisiológicas, interferindo e alterando a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória^{1,2,3}.
- Reconhecido pela OMS como “um dos maiores riscos ambientais para a saúde” (4 p.VII) .

Recomendações da OMS

Níveis de ruído hospitalar:

- Máximo diurno: **35 dB**
- Máximo noturno: **30 dB**

Realidade: valores superiores a **70 dB**⁵.

3

2. Efeitos do Ruído Hospitalar



Aumento do stress;



Aumento da percepção da dor, do uso e das doses de sedativos;



Distúrbios do sono, alterações de humor e cefaleias;



Aumento do tempo de VMI e de mortalidade;



Desenvolvimento de episódios de *delirium*;



Aumento do risco de complicações, do tempo de internamento e das taxas de readmissão hospitalar^{6,7,8,9,10}.



4



3. Fontes de Ruído Hospitalar

- Conversas simultâneas entre os vários profissionais e as visitas;
- Tom de voz elevado;
- Atividades dos profissionais de saúde;
- Preparação de material necessário para procedimentos;
- Alarmes dos monitores e outros equipamentos;
- Movimento constante de macas e cadeiras de rodas;
- Abertura e fecho de portas^{6,7,11,12,13,14,15,16}.



5

3. Critérios de Medição do Ruído do SUGP

- ❖ **Instrumento:** A aplicação do telemóvel "Sound Level" para medir os níveis de ruído em decibéis (dB);
- ❖ **Medição:** Distância entre o equipamento ruidoso e o microfone do telemóvel (aproximadamente 20 cm, corresponde ao tamanho de um palmo de mão).
- ❖ **Locais de Medição:**
 - Salas de emergência;
 - Corredores e zonas de circulação.
- ❖ **Períodos de Avaliação:**
 - Manhã (8h-16h); Tarde (16h-23h) – durante o período de visitas; Noite (23h-8h);
 - Durante a prestação de cuidados.



6

3. Fontes de Ruído do SUGP

- ✓ Alarme do monitor do ventilador;
- ✓ Alarme da seringa infusora;
- ✓ Alarme do monitor eletrocardiográfico;
- ✓ Receção de um doente na sala de emergência;
- ✓ Conversas entre visitas e profissionais no corredor de circulação.



7

3. Fontes de Ruído do SUGP – Turno da Manhã



Figura 1 - Alarme do monitor do ventilador



Figura 2 - Alarme da seringa infusora



Figura 3 - Alarme do monitor eletrocardiográfico



Figura 4 - Receção de um doente na sala de emergência



Figura 5 - Conversas entre visitas e profissionais no corredor de circulação

8

3. Fontes de Ruído do SUGP – Turno da Tarde



Figura 6 - Alarma do monitor do ventilador



Figura 7 - Alarma da seringa infusora



Figura 8 - Alarma do monitor eletrocardiográfico



Figura 9 - Recepção de um doente na sala de emergência



Figura 10 - Conversas entre visitas e profissionais no corredor de circulação

9

3. Fontes de Ruído do SUGP – Turno da Noite



Figura 11 - Alarma do monitor do ventilador



Figura 12 - Alarma da seringa infusora



Figura 13 - Alarma do monitor eletrocardiográfico



Figura 14 - Recepção de um doente na sala de emergência



Figura 15 - Conversas entre visitas e profissionais no corredor de circulação

10

4. Estratégias para a Gestão de Ruído Hospitalar



Ajuste de alarmes:
Configurar para reduzir sons desnecessários;



Sensibilização da equipe: Incentivar a comunicação para um tom mais baixo;



Uso de equipamentos silenciosos: materiais com isolamento acústico;



Reparação de equipamentos danificados ou com defeito;



Utilização de tampões para os ouvidos;



Implementação do Quiet Time: Definir um tempo em que há uma redução da luz, dos sons controláveis e das intervenções junto do doente;



Reorganização da dinâmica do serviço:
Criar zonas de comunicação restrita e definir locais para discussões clínicas;



Envolvimento da família: Educar sobre o impacto do ruído^{6,8,17,18,19,20,21};



11

Uso de Sinalização Visual^{19,20}



6. Considerações Finais

O ruído afeta diretamente o conforto, a recuperação e os resultados clínicos da PSC.

A implementação de estratégias eficazes melhora o bem-estar da PSC, previne complicações e favorece o envolvimento familiar.

A colaboração interdisciplinar é essencial para a obtenção de resultados sustentáveis.



13

Obrigada pela vossa atenção!



14
102

6. Referências Bibliográficas



Apêndice I – Cartazes realizados no contexto de estágio do SUGP

ESS LISBOA ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO
SARINHA DE LARANJEIRA PORTUGUESA

JÁ PAROU PARA PENSAR NO RUÍDO QUE ESTÁ NO SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Ruído Médio

Ruído Baixo

Ruído Alto

O diagrama apresenta uma escala de ruído representada por um arco com sete segmentos coloridos: verde, amarelo, laranja, vermelho, rosa, magenta e roxo. No centro da escala está uma ilustração de uma orelha humana. À esquerda do arco, sob o rótulo 'Ruído Baixo', há uma ilustração de um homem com os braços levantados. À direita, sob o rótulo 'Ruído Alto', há uma ilustração de uma mulher com os braços levantados e uma expressão de dor ou desconforto.

"Imagine-se doente numa maca ou cadeira de rodas. O ruído ao seu redor alivia ou piora a sua situação?"



RUÍDO

SABIA QUE O RUÍDO PODE PREJUDICAR O ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA QUE ACOMPANHA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Apresentamos a escala de decibéis, que determina o impacto do ruído na pessoa e o limite que condiciona o seu estado de saúde.



PERÍODO	Decibéis (dB)	Exemplo de Ruído
	140 dB	Fogo de Artificio
	120 e 130 dB	Concerto de música - Avião
	100 dB	Martelo Pneumático
	90 dB	Trânsito intenso na cidade
	Acima de 85 dB	Metro
	50 dB	Conversa em tom considerado normal
	30 dB	Susurro
	20 dB	Folhas das Árvores
	10 dB	Respiração
	0 dB	

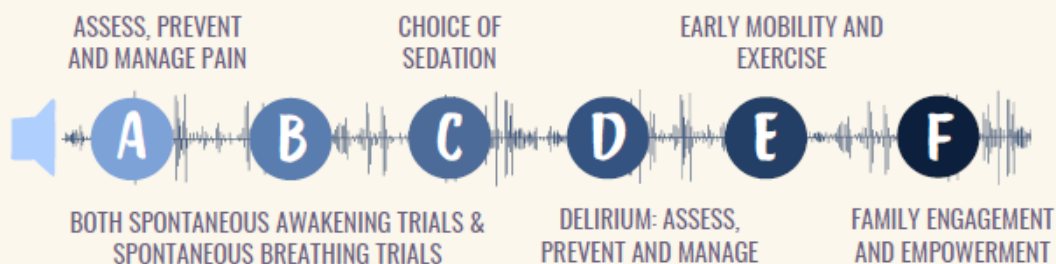
A Organização Mundial de Saúde sugere um máximo de 25 dB no período diurno e 30 dB no período noturno, de forma a proteger a saúde e o bem-estar da pessoa.

Apêndice J – Plano de Sessão de Sensibilização realizada aos enfermeiros na UCI

Tema da Sessão	Ruído Hospitalar VS. Bundle ABCDEF
Formadora	Enf ^a Joana Matos, aluna do mestrado em enfermagem médico- cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica.
População-alvo	Enfermeiros da
Duração	30 minutos
Data e hora	7/7/2025 às 15h
Local	Sala de reuniões da
Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a gestão e o controlo do ruído.
Objetivo Específico	• Partilhar a relevância da temática para o contexto clínico; • Identificar as fontes de ruído; • Evidenciar a importância da Bundle ABCDEF como estratégia para controlo do ruído; • Partilhar informação sobre a importância da gestão e controlo do ruído na promoção do conforto e recuperação da pessoa em situação crítica.

Apêndice L – Cartaz informativo realizado no âmbito do contexto de estágio da UCI

RUÍDO HOSPITALAR VS BUNDLE ABCDEF



SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO



SALA DE REUNIÕES

07 DE JULHO DE 2025

15H00



DURAÇÃO: 30 MINUTOS

MESTRANDA: JOANA MATOS

SUPERVISORA PEDAGÓGICA: PROFESSORA DOUTORA RITA MARQUES

SUPERVISORA CLÍNICA:



Apêndice M – Sessão de Sensibilização realizada à equipa da UCI



Autora: Joana Matos, aluna do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Supervisora Pedagógica: Profª. Drª. Rita Marques

Supervisora Clínica:

7 de julho de 2025

Ruído Hospitalar VS *Bundle ABCDEF*

Sumário



1. Definição de Ruído



2. Fontes de Ruído Hospitalar



3. *Bundle* ABCDEF e os Efeitos do Ruído



4. Estratégias para a Gestão de Ruído Hospitalar



5. Considerações Finais



6. Referências Bibliográficas

1. Ruído

- Qualquer som indesejado que possa ser prejudicial à pessoa, causando distúrbios no sono ou outras alterações fisiológicas, interferindo e alterando a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória^{1,2,3}.
- Reconhecido pela OMS como “um dos maiores riscos ambientais para a saúde” (4 p.VII) .

Recomendações da OMS

Níveis de ruído hospitalar:

- Máximo diurno: **35 dB**
- Máximo noturno: **30 dB**

Realidade: valores superiores a **70 dB**⁵.



2. Fontes de Ruído Hospitalar

- Conversas simultâneas entre os vários profissionais e as visitas;
- Tom de voz elevado;
- Atividades dos profissionais de saúde;
- Preparação de material necessário para procedimentos;
- Alarmes dos monitores e outros equipamentos;
- Movimento constante de macas e cadeiras de rodas;
- Abertura e fecho de portas^{6,7,8,9,10,11,12,13}

4

2. Critérios de Medição do Ruído da UCI ☐

- ❖ **Instrumento:** A aplicação do telemóvel "Sound Level" para medir os níveis de ruído em decibéis (dB);
- ❖ **Medição:** Distância entre o equipamento ruidoso e o microfone do telemóvel (aproximadamente 20 cm, corresponde ao tamanho de um palmo de mão).
- ❖ **Períodos de Avaliação:**
 - Manhã (8h-16h); Tarde (16h-23h) – durante o período de visitas; Noite (23h-8h);
 - Durante a prestação de cuidados.

5

2. Fontes de Ruído da UCI ☐

- ✓ Alarme da seringa infusora;
- ✓ Alarme do monitor eletrocardiográfico;
- ✓ Conversas entre profissionais de saúde no open space.



6

2. Fontes de Ruído da UCI ☐ - Turno da Manhã



Figura 1 – Alarme da seringa infusora



Figura 2 – Alarme do monitor eletrocardiográfico



Figura 3 – Conversas entre profissionais de saúde no open space

7

2. Fontes de Ruído da UC – Turno da Tarde

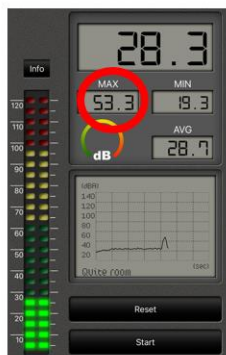


Figura 4 – Alarme da seringa infusora

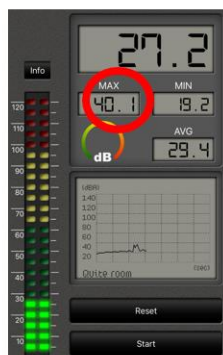


Figura 5 – Alarme do monitor eletrocardiográfico



Figura 6 – Conversas entre profissionais de saúde no open space

8

2. Fontes de Ruído da UC – Turno da Noite

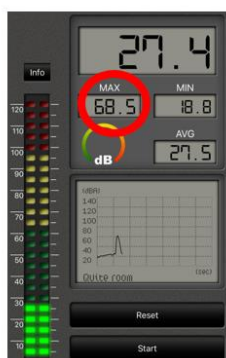


Figura 7 – Alarme da seringa infusora



Figura 8 – Alarme do monitor eletrocardiográfico



Figura 9 – Conversas entre profissionais de saúde no open space

9

3. Efeitos do Ruído Hospitalar



Aumento do stress;



Aumento da percepção da dor, do uso e das doses de sedativos;



Distúrbios do sono, alterações de humor e cefaleias;



Aumento do tempo de VMI e de mortalidade;



Desenvolvimento de episódios de *delirium*;



Aumento do risco de complicações, do tempo de internamento e das taxas de readmissão hospitalar^{6,7,14,15,16}.

10

3. Bundle ABCDEF

→ É um conjunto de intervenções desenvolvidas para melhorar os cuidados prestados à PSC, por meio de uma abordagem multidisciplinar, a fim de otimizar a sua experiência e os resultados clínicos¹⁷.

→ O ruído possui uma relação direta com os diversos componentes desta abordagem, especialmente no que diz respeito ao conforto, à recuperação e ao envolvimento familiar¹⁸.

11

3. Bundle ABCDEF VS Efeitos do Ruído

Assess, Prevent and Manage pain

Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials

Choice of analgesia and sedation

Delirium: Assess, Prevent and Manage

Early mobility and Exercise

Family engagement and empowerment

12

3. Bundle ABCDEF VS Efeitos do Ruído

Assess, Prevent and Manage pain

O ruído hospitalar intensifica o desconforto e prejudica a experiência de dor da pessoa, aumentando a necessidade de analgesia¹⁹.

13

3. Bundle ABCDEF VS Efeitos do Ruído

Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials

O ruído constante prejudica a profundidade, a qualidade e a continuidade do sono, dificultando e interferindo, negativamente, na recuperação e, conseqüentemente, na adesão aos testes respiratórios, aumentando o tempo de VMI¹⁹.

14

3. Bundle ABCDEF VS Efeitos do Ruído

Choice of analgesia and sedation

Sons constantes e altos podem exigir um ajuste na sedação para evitar que o doente acorde frequentemente, o que pode aumentar a dose de sedativos e prolongar o tempo de internamento. A redução do ruído minimiza a necessidade de sedação profunda¹⁷.

15

3. Bundle ABCDEF VS Efeitos do Ruído

Delirium: Assess, Prevent and Manage

O ruído excessivo está ligado ao aumento do delirium no doente crítico. A redução de ruído pode ajudar a diminuir a incidência de delirium, facilitando assim a recuperação cognitiva, nomeadamente dos idosos²⁰.

16

3. Bundle ABCDEF VS Efeitos do Ruído

Early mobility and Exercise

Um ambiente mais tranquilo e encorajador, leva a que a pessoa se sinta mais segura e disposta a participar nos exercícios, reduzindo assim complicações associadas à imobilidade¹⁹.

17

3. Bundle ABCDEF VS Efeitos do Ruído

Family engagement and empowerment

O ruído impacta não só a pessoa, mas também compromete o conforto da família. Um ambiente mais silencioso favorece o envolvimento da família, fortalecendo o suporte emocional à pessoa¹⁷.

18

4. Estratégias para a Gestão do Ruído

- **Controlo de alarmes:** Configurar para reduzir sons desnecessários;
- **Sensibilização da equipa:** Incentivar a comunicação para um tom mais baixo;
- **Equipamentos silenciosos:** Uso de materiais com isolamento acústico;
- **Reparação de equipamentos danificados ou com defeito;**
- **Utilização de tampões para os ouvidos;**
- **Implementação do *Quiet Time*:** Definir um tempo em que há uma redução da luz, dos sons controláveis e das intervenções junto do doente;
- **Envolvimento da família:** Educar sobre o impacto do ruído^{21,22,23}.



Melhora a qualidade do sono e recupera a função cognitiva. Previne o stress e o *delirium*, especialmente em idosos²².

19



SoundEar

(medidor de exibição visual de ruído)²⁴

20

5. Considerações Finais



O ruído é um fator ambiental crítico que afeta os componentes da *bundle*.

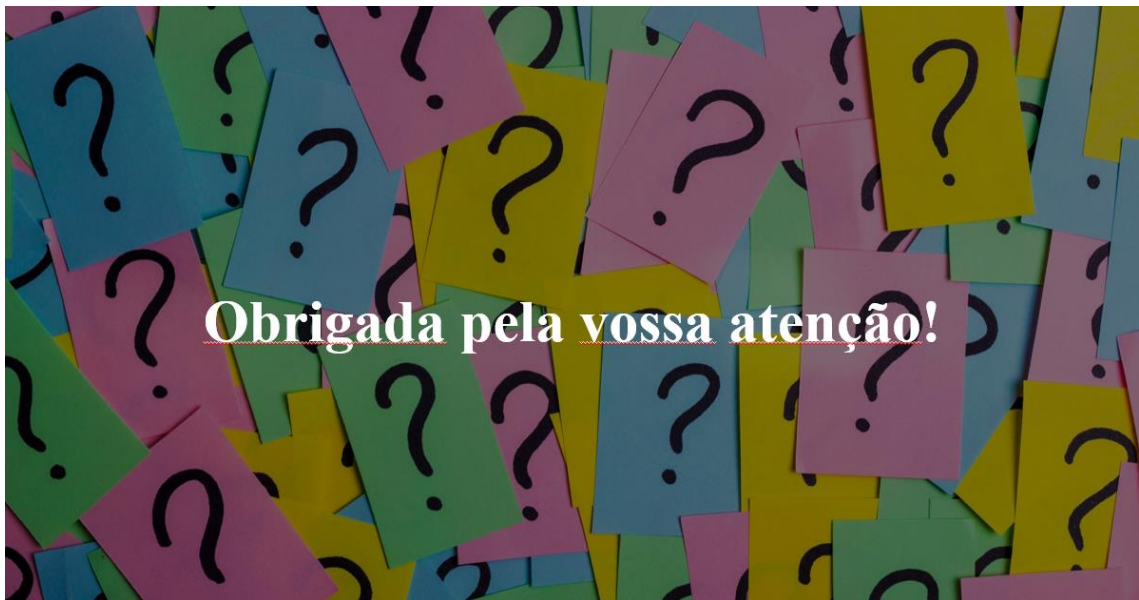


As intervenções eficazes impactam positivamente o *delirium* e a recuperação da pessoa.



A colaboração interdisciplinar é essencial para a obtenção de resultados sustentáveis.

21



Obrigada pela vossa atenção!

6. Referências Bibliográficas



Apêndice N – Resumo da revisão integrativa da literatura com o título
“Ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar”

Ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar

Digital tools for preventing and controlling hospital infections

Ana Costa^{1,2}, Ana Matias^{2,3*}, Joana Matos^{1,2}, Mariana Bajouco⁴, Leila Sales²

¹ ULS Lisboa Ocidental, Lisboa. anacosta9252@esscvp.eu, joanamatos9256@esscvp.eu.

² Escola superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. lsales@esscvp.eu

³ ULS Santa Maria, Lisboa. anamatias9250@esscvp.eu

⁴ ULS Lezíria, Santarém. marianabajouco9224@esscvp.eu

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam um problema global de saúde pública, com impacto na morbilidade, mortalidade e custos. A maioria são evitáveis através da implementação de práticas eficazes de prevenção e controlo de infeção que organismos nacionais e internacionais têm promovido com base na evidência científica. Neste cenário, as ferramentas digitais surgem como recursos cruciais, assegurando a segurança do doente e a eficiência dos serviços de saúde. Este estudo tem como objetivo identificar na evidência científica atual quais os contributos das ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar. Trata-se de uma revisão da literatura e para responder ao objetivo proposto, recorremos às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Pubmed e RCAAP, com descritores MeSH. Adicionalmente, recorremos à literatura cinzenta, nomeadamente a dissertações de mestrados, teses de doutoramento e *guidelines*. Esta revisão engloba estudos com os seguintes critérios de inclusão: estudos que incluem os contributos das ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar, publicados entre outubro de 2015 e outubro de 2024, restritos à língua portuguesa e inglesa e dirigidos apenas à população adulta. Os dados obtidos foram sintetizados através da elaboração de um diagrama PRISMA. Os resultados evidenciam que as ferramentas digitais, com recurso a algoritmos preditivos e sistemas automatizados, melhoram a deteção e prevenção de infeções, mas a sua eficácia depende de regulamentação e formação dos profissionais de saúde.

Ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar

Healthcare-associated infections represent a global public health problem, with an impact on morbidity, mortality and costs. Most are preventable through the implementation of effective infection prevention and control practices that national and international organizations have promoted based on scientific evidence. In this scenario, digital tools emerge as crucial resources, ensuring patient safety and the efficiency of health services. This study aims to identify, based on current scientific evidence, the contributions of digital tools to the prevention and control of hospital infections. This is a literature review and, to meet the proposed objective, we used the CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Pubmed and RCAAP databases, with MeSH descriptors. Additionally, we used grey literature, namely master's dissertations, doctoral theses and guidelines. This review includes studies with the following inclusion criteria: studies that include the contributions of digital tools in the prevention and control of hospital infections, published between October 2015 and October 2024, restricted to Portuguese and English and aimed only at the adult population. The data obtained were synthesized through the creation of a PRISMA diagram. The results show that digital tools, using predictive algorithms and automated systems, improve the detection and prevention of infections, but their effectiveness depends on regulation and training of health professionals.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância epidemiológica; prevenção de infeção; controlo de infeção; infeção hospitalar; tecnologia; equipa multidisciplinar.

KEY WORDS: Epidemiological surveillance, infection prevention; infection control; hospital infection; technology; multidisciplinary team.

Submetido em 15.01.2025; Aceite em 20.03.2025; Publicado em 31.03.2025.

* Correspondência: Ana Matias

Email: anamatias9250@esscvp.eu

Apêndice O – Resumo da revisão *scoping* com o título: “As Contribuições da Bundle ABCDEF nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: a *scoping review*”

Contribuições da *Bundle* ABCDEF nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: a *scoping review*

Contributions of the ABCDEF Bundle in the Care of Critically Ill Patients in the ICU: a scoping review

Autores: Ana Matias¹, Ana Costa², Joana Matos³, Leila Sales⁴, Mariana Bajouco⁵, Rita Marques⁶

Afilições: 1- Unidade Local de Saúde de Santa Maria e Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa; 2- Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental e Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa; 3- Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental e Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa; 4- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa; 5- Unidade Local de Saúde da Lezíria e Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa; 6- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

RESUMO

Objetivo: Mapear a evidência existente relativamente às contribuições da *bundle* ABCDEF nos cuidados à pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos.

Metodologia: Esta *scoping review* é baseada na metodologia do *JBIM Institute*. Para responder à questão de investigação “Quais as contribuições da *bundle* ABCDEF nos cuidados à pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos?”, realizou-se uma pesquisa na plataforma EBSCO nas bases de dados *MEDLINE*, *CINAHL Complete*, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *PubMed*, utilizando descritores MeSH. Os critérios de inclusão foram definidos com base na estrutura PCC, e incluíram estudos publicados em português e inglês. A seleção foi documentada através de um diagrama PRISMA, e os dados foram sintetizados de forma descritiva.

Resultados: Após a aplicação dos critérios de elegibilidade obteve-se uma amostra de 40 estudos que evidenciaram que, a *bundle* ABCDEF contribui para a redução do tempo de ventilação mecânica, da incidência de *delirium* e da sedação excessiva, bem como das taxas de reinternamento e mortalidade. Paralelamente, promove a mobilização precoce, a comunicação multiprofissional, a gestão de recursos e a eficiência dos custos associados ao internamento. Destaca-se ainda o envolvimento e capacitação da família, contribuindo para a adesão terapêutica, o bem-estar emocional e a satisfação com os serviços de saúde.

Conclusão: A *bundle* ABCDEF melhora os cuidados em unidades de cuidados intensivos, com benefícios clínicos e institucionais.

Palavras-chave: Enfermagem; *Bundle*; *Bundle* ABCDEF; Unidade de Cuidados Intensivos; Pessoa em Situação Crítica; Cuidados Críticos.

Anexos

Anexo 1 – Certificado do Workshop *Online Competência e Humanização: Desafios à Intervenção de Enfermagem em Cuidados Intensivos* | Projeto InfUCI

Certificado

Declara-se que **Joana Matos** participou no Workshop Online “**Competência e Humanização: Desafios à Intervenção de enfermagem em Cuidados Intensivos|Projeto InfFUCI**”, que decorreu no dia 9 de dezembro de 2024 com duração de 2 horas.

Lisboa, 23 de dezembro de 2024



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

**Anexo 2 – Certificado de participação no 1.º Seminário Internacional dos
Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa – Lisboa**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que Joana Cardoso Amaral de Matos participou no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Tevo Silveira

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



Anexo 3 – Certificado de segundo póster apresentado no Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “*Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados*”



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

JOANA CARDOSO AMARAL DE MATOS

membro n.º 98017 desta Ordem, participou no Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “*Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados*”, realizado no Centro de Congressos do Laboratório Nacional de Engenharia Civil - (LNEC), em Lisboa, nos dias 21 e 22 de Outubro de 2024, enquanto Co-autora do Póster:

Prémio Atribuído: 2º Lugar

**AS CONTRIBUIÇÕES DA BUNDLE ABCDEF NOS CUIDADOS À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA NA UCI: SCOPING REVIEW**

Coautores(as):

ANA CÁTIA PEREIRA MATIAS | 101193 (Apresentadora)

MARIANA BRAGA BAJOUÇO | 95150

RITA MARGARIDA DOURADO MARQUES | 42357

ANA CLÁUDIA COIMBRA COSTA | 64926

Lisboa, 24 de Outubro de 2024.

P.^o O Bastonário

Ana Fonseca
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº90 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 150/2015, de 16 de Setembro.

Anexo 4 – Certificado de aprovação no curso de Suporte Avançado de Vida

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Enfarte Lda – Formação e Consultoria em Saúde, matriculada sob o número 508514207 na Conservatória do Registo Comercial de Braga, entidade detentora da marca PLANOSAÚDE, com sede em Vila Nova de Famalicão, Portugal, Centro Internacional de Treino da American Heart Association e entidade creditada pelo INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica com o número de certificado 04EA.SAV.02/2023 , certifica que:

JOANA CARDOSO AMARAL MATOS

titular do Cartão de Cidadão nº 15073637, validade até 04/12/2025, frequentou com aproveitamento (18 valores) o curso de SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR, incluído no Programa Pós-Graduado de Formação em Emergência e Trauma da PlanoSaúde, destinado a profissionais de saúde, com uma carga horária de 14 horas letivas, segundo com as recomendações da *American Heart Association (AHA)*, acreditação INEM e realizado nos dias 31 de maio e 01 de junho de 2024.

PlanoSaúde, 01 de junho de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora



Estêvão Lafuente, MD

Instrutor AHA nº 04110002065

(assinatura e carimbo da entidade formadora)



Este Documento Certifica que o titular acima completou com sucesso as avaliações nacionais e cognitivas e de capacidade, de acordo com o currículo da American Heart Association para o Programa de Suporte Avançado de Vida, com a validade de dois anos.

Anexo 5 – Certificado de aprovação no curso de *International Trauma Life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Joana Cardoso Amaral de Matos, RN

has completed the
Advanced Provider

date
11/16/2024

course site
ESSCVP - Lisbon, lisbon,

course director

course coordinator
Paulo Alexandre Figueiredo Santos RN

license number

license state/province

NREMT-P number



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 24-ITLS-P14202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to: <https://www.usapce.org/Certificates/Tradeables>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. 071,55626)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515
www.itrauma.org



400480-56529

Joana Cardoso Amaral de Matos, RN

has successfully completed the cognitive skills

evaluation in accordance with the standards of

International Trauma Life Support for this course

Advanced Provider

Card Issue Date: 11/16/2024 Expiration Date: 11/2027

Course Number: 56529 Course Location: ESSCVP - Lisbon

**Anexo 6 – Certificado de participação no 2.º Seminário Internacional dos
Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa – Lisboa**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Mariana Baijouco participou como preletor no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, apresentando "Ferramentas Digitais Na Prevenção E Controlo Da Infecção Hospitalar", sob a forma de poster/comunicação oral, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa.

Foram co-autores: Ana Costa; Ana Matias; Joana Matos; Leila Sales

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
LISBOA
RUA DO ALFAMA, 100
1200-028 LISBOA
TEL: 213941270 FAX: 213941271

