



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Raquel Sofia Ribeiro Alves

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE O RUIDO NA
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE O
RUÍDO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório Final de Estágio

Raquel Sofia Ribeiro Alves

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica sob orientação do Professor Mestre Mário Branco.

Oliveira de Azeméis | 2024

“... o ambiente sonoro é um espelho e uma porta de entrada para o mundo; reflete e molda o nosso comportamento individual e coletivo, e a nossa produtividade e capacidade de convivermos em harmonia.”

(UNESCO, 2020)

AGRADECIMENTOS

Todo o processo de desenvolvimento deste documento, careceu de muita dedicação e resiliência, no entanto o caminho não foi realizado sozinha e durante todo o percurso académico e profissional tive o privilégio de encontrar profissionais impactantes, pelo que a todos eles, dirijo o meu agradecimento e apreço sinceros.

Em particular, agradeço à professora Doutora Liliana Mota pelo acompanhamento e disponibilidade constante. Ao professor Mestre Luís Sousa, por ter iniciado este percurso comigo e, ao professor Mestre Mário Branco, por ter aceite a árdua tarefa de me motivar, incentivar e manter proactiva no desenvolvimento deste relatório, com a sua disponibilidade, o seu rigor científico e a sua serenidade surpreendente.

Com igual relevância, agradeço a todos os profissionais que me acompanharam em contexto de estágio, aos enfermeiros tutores, aos enfermeiros gestores dos respetivos serviços e à Enfermeira Geral Filomena Maia, por me permitirem receber e partilhar conhecimento com os demais, por me acolherem e me fazerem sentir com elemento integrante das equipas, obrigada!

Dirijo o meu obrigada, a todos os meus amigos e familiares, que me apoiaram, me incentivaram e me reconheceram constantemente capacidade e competência para realizar este percurso. Sou uma pessoa sortuda, por vos ter por perto.

Um sincero obrigada a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

A – Amplitude

ABCDE - via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica, exposição

ACSS – Administração Central Sistema de Saúde

APA - American Psychological Association

Bpm – batimentos por minuto

CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CODU – Centro de Orientação Doentes Urgentes

COVID-19 – Doença por coronavírus 2019

CNPC - Comissão Nacional de Proteção Civil

Cpm – Ciclos por minuto

CVC – Cateter Venoso Central

dB – Decibéis

DGS – Direção Geral de Saúde

ECTS - *European Credit Transfer System*

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica: área de especialização à Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa Médica Intra Hospitalar

EMC – Especialista Médico-Cirúrgica

EPI's – Equipamentos Proteção Individual

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

f - Frequência

FC- Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GC – Glicemia capilar

GHAF® – Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia

H - Horas

Hz – Hertz

IACS – Infecções Associadas Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação, Histórico, Avaliação, Recomendação

Lcpico - Limite do nível de pressão sonora de pico

LAeq - Nível de pressão sonora equivalente
Leq – Níveis de pressão sonora equivalentes
Lex – Limite de exposição pessoal diária
min – Minutos
mg/dL – miligramas por decilitro
mmHg - milímetro de mercúrio
MRSA - *Staphylococcus aureus resistente à meticilina*
NEWS - *National Early Warning Score*
NIOSH - *National Institute for Occupational Safety & Health*
NPS – Níveis de Pressão Sonora
O2 – Oxigênio
°C – Celsius
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
OSHA – *Occupation Safety and Health Administration*
P - Participante
PAs – Pressão Arterial Sistólica
PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infeção
PBVT – Precauções baseadas nas vias de transmissão
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PEE – Plano de Emergência Externo
PEI – Plano de Emergência Interno
PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC – Pessoa em Situação Crítica
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV – Suporte Avançado de Vida
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SMI – Serviço Medicina Intensiva
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SpO2 – Saturação Periférica de Oxigênio
START - *Simple Triage, and Rapid Treatment*)
SU – Serviço de Urgência
SUMC – Serviço Urgência Médico-Cirúrgica

t – Período

Tº - Temperatura

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

UC – Unidade Curricular

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UQ – Unidade de Queimados

ULS – Unidade Local de Saúde

watt/m² - Watt por metro quadrado

λ - Comprimento de onda

μ Pa – Micropascal

RESUMO

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são reconhecidos como cuidados qualificados e demandam o desenvolvimento de competências especializadas face à complexidade das situações vivenciadas. Preconiza-se que o enfermeiro especialista detenha um conjunto de competências intrínsecas à responsabilidade profissional, à envolvimento na melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e à sua formação contínua, com o intuito de aprimorar as suas capacidades, para uma prestação de cuidados específica e diferenciada. A realização de estágios potencia essa capacitação através da reflexão crítica e da intercessão entre a teoria e a experiência, em contexto real. No âmbito do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica realizaram-se dois estágios, um num Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, inserido numa Unidade Local de Saúde do centro do país e outro numa Unidade de Queimados num Hospital do Norte do país. O presente relatório visa descrever a análise reflexiva do percurso de aprendizagem e a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, tal como abordar a componente de investigação desenvolvida, relacionada com a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre o efeito do ruído na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Potenciado pela quantidade e dinâmica dos profissionais e pela diversidade de equipamentos, o ruído intenso é inerente aos cuidados à pessoa em situação crítica e a exposição ao mesmo afeta não só os elementos da equipa assim como, a pessoa a necessitar de cuidados. Com o intuito de identificar o descrito, desenvolveu-se um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, com recurso a um *focus group* realizado por videoconferência com posterior transcrição e análise de conteúdo segundo Bardin, com categorização à posteriori. Corroboradas pela literatura, identificaram-se sete categorias principais, nas quais os participantes reconhecem a assiduidade do ruído excessivo na sala de emergência, potenciado pelas conversas dos profissionais e pelos inúmeros equipamentos existentes. Ruído esse que contribui para as falhas na comunicação, para o stress, para erros na prestação de cuidados e até na identificação tardia da instabilidade clínica da pessoa em situação crítica. Baseado nas conclusões do estudo e na procura da homeostasia do conforto e da segurança do doente, sustentado pela Teoria do Conforto de Kolcaba, a redução do ruído deverá ser foco de intervenção do enfermeiro.

Palavras-chave: Ruído, Sala de Emergência, Enfermeiro

ABSTRACT

Critical patient nurse care is recognized as qualified care and requires the development of specialized skills due to the complexity of the situations experienced. Specialist nurses are expected to have a set of competences that are intrinsic to professional responsibility, involvement in continuous quality improvement, care management and continuous training, with the aim of improving their skills in order to provide specific and differentiated care. Internships enhance this training through critical reflection and the interconnection between theory and experience in a real context. Within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the Specialization for the Critically Ill Person Area, two internships were carried out: one in a Medical-Surgical Emergency Service in a Local Health Unit in the center of the country and the other in a Burns Unit in a hospital in the north of the country. This report intends to describe the reflective analysis of the learning process and the acquisition of common and specific competences *of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Specialization for the Critically Ill Person* of critical patient nurse specialist, as well as to address the research component developed, which is the influence of noise on the care provided to critical patients perceived by Specialist Nurses in Medical-Surgical. Enhanced by the number, dynamic of professionals and the diversity of equipment, intense noise is inherent to critical patient care, and the exposure to it affects not only the team members but also the patient. In order to identify what was described, a descriptive and exploratory study was carried out, of a qualitative nature, using a focus group carried out by videoconference with subsequent transcription and content analysis according to Bardin, with categorization afterwards. Corroborated by the literature, seven main categories were identified, in which the participants recognized the frequency of excessive noise in the emergency room, boosted by the conversations of the professionals and the numerous equipment's. This noise contributes to communication failures, stress, care provided errors and even delaying critical patients instability acknowledge. Based on the conclusions of the study and the search for homeostasis of patient comfort and safety, supported by Kolcaba's Comfort Theory, noise reduction should be the focus of nurse intervention.

Keywords: Noise, Emergency Room, Nurse

ÍNDICE DE TABELAS

Quadro 1 - Orientações de prescrição no GHAF®	36
Quadro 2 - Escala NEWS versão portuguesa (Luís, 2014)	38
Quadro 3 – Protocolo de atuação perante os diferentes scores da NEWS (Adaptado Luís, 2014)	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Tabela 1 –Fatores promotores de ruído.....	79
Tabela 2 –Consequência do ruído para os profissionais.....	89
Tabela 3 –Consequência do ruído na prestação de cuidados.....	93
Tabela 4 –Dispositivos de alerta visual de ruído.....	99
Tabela 5 – <i>Team Leader</i>	102
Tabela 6 – <i>Debriefing</i>	103

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. <i>Estágio em contexto de urgência</i>	26
1.2. <i>Estágio em contexto de cuidados intensivos</i>	28
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. <i>Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</i>	32
2.2. <i>Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</i>	34
2.3. <i>Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados</i>	41
2.4. <i>Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</i>	43
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	45
3.1 <i>Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica</i>	45
3.2 <i>Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação</i>	48
3.3 <i>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</i> ..	51
4. Considerações finais	55
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	57
1. Resumo	59
2. Abstract	61
3. Fundamentação/enquadramento teórico	63
3.1 <i>Som e o Ruído</i>	63
3.2 <i>O Ruído e os Serviços de Saúde</i>	64

4. Finalidade e objetivos	69
5. Metodologia	71
5.1. <i>Desenho do estudo</i>	71
5.2. <i>Considerações éticas</i>	74
6. Resultados / Discussão de Resultados	77
7. Conclusão	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	113
ANEXO I: PARECER DA COMISSÃO ÉTICA.....	115
ANEXO II: MODELO Q190 – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO.....	117
APÊNDICES	120
APÊNDICE I: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA “ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS IDENTIFICADOS COMO ALTERADOS, NO POSTO DE TRIAGEM”.....	121
APÊNDICE II: PLANO DE SESSÃO FORMATIVA NEWS - UQ.....	135
APÊNDICE III: GUIÃO <i>FOCUS GROUP</i>	141
APÊNDICE IV: CHECKLIST AUDITORIA ISBAR.....	144

INTRODUÇÃO

Reconhecendo que o desenvolvimento da ciência e o avanço tecnológico, decorrem de uma forma gradual e significativa no mundo, identifica-se que este mesmo, acarretará mudanças consideráveis na saúde das populações, relacionadas com o aparecimento de novas doenças, com a sua propagação e, com o envelhecimento progressivo, que associadas às constantes descobertas fazem com que o Homem seja cada vez mais exigente. Esta exigência tem vindo a influenciar o processo pedagógico, nos seus diferentes níveis, na procura de excelência da prática clínica, na orientação do processo de avaliação clínica e tomada de decisão, perante os problemas de saúde da população, nos diferentes contextos que se integra (Crossetti & Silva, 2019). Neste sentido, a Enfermagem tem vindo a afirmar-se como profissão, ao consolidar a sua base de conhecimentos, difundindo-os e procurando afirmar a sua autonomia face a outras profissões ligadas à prestação de cuidados de saúde e para tal, a aposta na formação dos enfermeiros, nomeadamente do enfermeiro especialista, tem sido um contributo significativo. É preconizado que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) detenha competências em dimensões como a educação, quer dos doentes, quer dos seus pares, a orientação, a recomendação e a liderança, bem como na responsabilidade do desenvolvimento e na divulgação da prática baseada na evidência, com o intuito de promover um progresso de melhoria contínua da prática de enfermagem (OE, 2019a). O desafio do cuidar da pessoa em situação crítica, associa-se ao EEEMC na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), com a complexidade e a multidimensionalidade da sua condição clínica.

O relatório final que se apresenta, surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), sob orientação do Professor Mestre Mário Branco. Este visa descrever a análise reflexiva do percurso de aprendizagem e a aquisição de competências comuns e específicas do EEEMCPSC, decorrido entre dezembro de 2022 e março de 2023, num Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, inserido numa Unidade Local de Saúde (ULS) do centro do país e numa Unidade de Queimados num Hospital do Norte do país, respetivamente, assim como a abordagem da componente de investigação inerente, relacionada com a perceção dos EEEMC sobre o ruído na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

O tema em estudo, intrínseco à componente de investigação partilhado neste documento, advém da percepção diária do efeito do ruído na minha prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, numa sala de emergência. Tal como descrevem nas Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência (p.9, 2019), “a atividade desenvolvida na Sala de Emergência é geradora de intenso ruído (...)”. A exposição a este ruído, potenciado pela quantidade e dinâmica dos profissionais e pela diversidade de equipamentos fundamentais para a eficácia da assistência ao cuidado do doente crítico, podem afetar quer os elementos da equipa na sua individualidade, quer a pessoa cuidada. Na maioria das vezes, a pessoa cuidada, circundada deste ambiente ruidoso, relata um sentimento de desconforto e de uma experiência negativa. Perante tal circunstância, é função do enfermeiro procurar a homeostasia, planejar e instituir intervenções de enfermagem, que visem promover o conforto do doente, sustentado pela Teoria do Conforto de Kolcaba. Considerando este princípio e revalidando o dano provocado pela exposição ruidosa no ambiente hospitalar, a redução do ruído deverá ser foco de intervenção do enfermeiro (Pal et al, 2022). Com o intuito de identificar a percepção dos EEMC acerca da presença de ruído e dos fatores promotores do mesmo, numa sala de emergência, as suas consequências na prestação de cuidados e na individualidade do profissional, desenvolveu-se um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, operacionalizando a recolha de dados com recurso a um *focus group*, através de uma amostra por conveniência, tendo como participantes enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, a exercerem funções pelo menos há 5 anos, em sala de emergência. A entrevista semiestruturada realizou-se por videoconferência, com posterior transcrição e análise de conteúdo segundo Bardin, com categorização à posteriori.

O presente documento está estruturado em duas componentes principais: componente de relatório de estágio e componente de investigação. A componente de relatório de estágio subdivide-se entre a apresentação e enquadramento dos locais de estágios, a descrição das competências comuns dos EEMC, associadas às competências de mestre desenvolvidas, assim como as competências específicas do EEMCPSC, durante os períodos de estágio. A componente de investigação, expõe sequencialmente, a fundamentação teórica da temática em estudo, a metodologia adotada, com a enumeração dos critérios de seleção dos participantes e o método de colheita de dados efetuado, as considerações éticas envolventes e, à posterior os resultados e discussão dos mesmos em paridade com o estado da arte, finalizada com a conclusão e as considerações a refletir na prática de enfermagem futura.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

Os estágios representam uma distinta procedência de aprendizagem, tendo em consideração que se preconiza uma intercessão entre a teoria e a experiência, em contexto real (Cunha et al., 2017). A reflexão crítica e o aperfeiçoamento de habilidades, promovem um aprimoramento de conhecimento profissional aliciante.

No presente capítulo será realizada uma contextualização descritiva dos locais de estágios em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, que decorreram em dois momentos cronológicos, num total de 440 horas (h) de contacto, 80h de orientação tutorial e 20h de seminários, correspondentes a 30 créditos referente ao *European Credit Transfer System* (ECTS), tal como preconizado no Diário da República, 2.ª série - N.º 230, de 25 novembro 2020.

A escolha dos locais de estágio, prenderam-se por gostos pessoais das áreas de intervenção no cuidado à pessoa em situação crítica. Tendo em consideração que o estágio I se desenvolveu numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), um dos momentos do estágio II, teria obrigatoriamente que decorrer num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica/Polivalente e, o outro momento, numa Unidade de Cuidados Intensivos específica ou em outro serviço de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica. No primeiro momento, optou-se por desenvolver estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), de Unidade Local de Saúde da região do centro do país, serviço onde desenvolvo a minha prática laboral diariamente e, onde se constata que o rácio dos 50% dos enfermeiros em EMC, na área de especialização à PSC, que o Regulamento n.º 743/2019 recomenda, fica aquém da realidade. Pela idoneidade reconhecida ao respetivo serviço, pela pretensão pessoal de produzir conhecimento, de me capacitar com competências diferenciadas na área e de contribuir para o aumento de EEMCPSC num futuro, deste mesmo, esta escolha foi a mais pertinente. Assim, foi intuito reconhecer problemáticas de atuação e, dinamizar o desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais (OE, 2019b), com vista à melhoria contínua e diferenciada da prestação de cuidados diária, baseando a praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019b). O segundo momento, decorreu numa Unidade de Queimados da região norte de Portugal. Esta opção, prendeu-se pelo facto de ter reconhecido lacunas pessoais, durante a prática laboral, no cuidado à pessoa em situação crítica queimada, tencionando melhorar o autoconhecimento e a assertividade, tal como preconiza o Regulamento n.º 140/2019.

1.1. Estágio em contexto de urgência

O primeiro momento do estágio II decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do centro do país, entre 3 de outubro e 9 dezembro 2022, num total de 220 horas.

Para um esclarecimento fundamentado acerca do funcionamento de um serviço de urgência (SU), é elementar a definição explícita dos conceitos de serviço urgência e, a diferenciação de um serviço de urgência médico-cirúrgica. Pode ler-se nas Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências, emanadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (ACSS, 2015), que este tipo de serviço tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de clientes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. Deste modo, preconiza-se que os doentes que recorrem a este tipo de serviço, sejam atendidos por uma equipa multidisciplinar com formação e competências específicas (Fernandes et al., 2019). A equipa de enfermagem deste SU é composta por 102 enfermeiros, constituída por um Enfermeiro Gestor, Enfermeiros em funções de apoio à gestão, Enfermeiros Especialistas e Enfermeiros de cuidados gerais, divididos por cinco equipas e, assegura cuidados nas diversas áreas de intervenção, com uma equipa multidisciplinar colaborativa.

O Despacho n.º 10319/2014, descreve que um SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, de uma rede de atuação integrada, procedendo como referência de apoio diferenciado a serviços de urgência básica e, referenciando para serviços de urgência polivalentes, na necessidade de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. Com um sistema de Triagem de Manchester (reconhecido internacionalmente), a avaliação e atuação médica e de enfermagem regem-se por prioridades de acordo com a gravidade de sinais e sintomas presentes no doente, desde a sua admissão. Este sistema respeita um conjunto de protocolos, creditados pelas entidades do Ministério da Saúde, que permitem identificar os doentes mais graves e promover um rápido e pronto atendimento.

Desde o início da atividade deste SUMC, tem-se constatado um aumento crescente da sua procura. Sabe-se que afluência média diária foi de 249 utentes/dia no ano de 2021, num total de 90881 utentes sendo que 92,5% recorrem vindos dos concelhos pertencentes ao distrito em que se encontra inserido. Os restantes 7,5% recorrem vindos de outros distritos (SNS, 2021). Este encontra-se em processo de reestruturação atualmente, todavia para melhor entendimento da dinâmica e da sua estrutura física podem-se diferenciar as seguintes áreas major: dois postos de triagem, assegurados por enfermeiros com formação em Sistema de Triagem de Prioridades (Triagem de Manchester); a área dos azuis e verdes; a área dos

amarelos de abordagem ao doente com patologia do foro médico, triados com prioridade urgente (amarela); a área cirúrgica e de cirurgia/trauma, esta de atendimento ao doente de prioridade urgente, mas do foro cirúrgico; de ortopedia; a área de psiquiatria (com funcionamento das 8h às 20h); a área de medicina interna, direcionada à avaliação e prestação de cuidados a doentes triados com a prioridade muito urgente (laranja) com patologia do foro médico; bem como uma sala de emergência, organizada para uma prestação de cuidados de ressuscitação e estabilização das pessoas com ou em risco de falência cardiorrespiratória que requeiram cuidados urgentes/emergentes. A ativação da equipa alocada à sala é realizada pelo enfermeiro da triagem ou pelo enfermeiro coordenador, quando existe aviso prévio pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU); durante o dia (8-20h) a equipa médica do serviço de medicina intensiva (SMI) encontra-se responsável pelos cuidados médicos, no período noturno (20-8h) fica ao cargo da equipa da medicina interna, estando um enfermeiro responsável pela sala e outro destacado para apoio à mesma (em período diurno).

Preconiza-se que num SUMC, o cálculo para dotações seguras dos cuidados de enfermagem de acordo com diferentes áreas, respeite critérios específicos, nomeadamente: o atendimento no posto de triagem, específico para a população adulta deverá ser assumido por um EEEMCPSC com formação em Sistema de Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester, caso se trate do atendimento a doentes dirigidos a especialidades como obstetrícia, pediatria e psiquiatria é sugerido que a triagem seja realizada por enfermeiros especialistas nas áreas, respetivamente; é recomendado que durante as 24h do dia, 50% dos enfermeiros presentes tenham formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e que sejam EEEMCPSC, bem como, a responsabilidade das funções a exercer na sala de emergência e de coordenação de turno, sejam assumidas também por estes; acrescentando ainda que em locais destinados a um internamento de curta duração, em regime de urgência, os enfermeiros responsáveis deverão ser destacados num rácio de 1 enfermeiro por cada 3 camas de internamento, equiparando-se aos referenciais de uma Unidade de Cuidados Intermédios (OE, 2019a).

Tendo em consideração o questionário aplicado por um grupo de trabalho do SUMC, na avaliação do projeto de melhoria contínua desenvolvido pelo mesmo, no serviço, intitulado “Manual de Acolhimento do Enfermeiro”, com um item de identificação de dados sociodemográficos dos enfermeiros do serviço, verificaram que 21.44% dos enfermeiros possuem especialidade e, destes 14.74% são EEEMC. Perante estes dados, conclui-se que alguns dos critérios supracitados, poderão estar comprometidos, salvaguardando que a

triagem da área pediátrica é realizada no serviço de urgência pediátrica adjacente ao serviço de urgência geral. No que diz respeito aos rácios de enfermeiros recomendados, a imprevisibilidade do fluxo de doentes ao serviço e, a gestão de altas dos internamentos, inviabiliza a possibilidade de garantir o rácio indicado.

No SUMC referenciado, são utilizados diversos sistemas informáticos, sendo o SClínico® e o *software* Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia® (GHAF®), mais usados, em particular, pelos enfermeiros. Estes são intuitivos e permitem uma interligação com outras plataformas da instituição e do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos

O estágio na Unidade de Queimados (UQ), correspondente ao momento II, decorreu num Hospital a norte do país, entre 12 dezembro 2022 a 8 março de 2023, num total de 220 horas. Segundo as Recomendações Técnicas para Unidade de Queimados, a nomeação de uma Unidade de Queimados, deverá ser adjudicada exclusivamente a um hospital ou serviço próprio de um hospital, que detenha quartos de isolamento, com a possibilidade de tratamentos de cuidados intensivos nomeadamente de suporte ventilatório, de bloco operatório e de pensos/balneoterapia, 24h/24h, dedicados exclusivamente ao tratamento de doentes queimados (ACSS, 2019b). O mesmo documento, patenteia que um serviço desta especificidade apresente um conjunto de infraestruturas de apoio e um conjunto de compartimentos para a prestação de cuidados (ACSS, 2019b).

A UQ onde se desenvolveu o estágio, a norte do país, apresentava as seguintes áreas primordiais: a área de entrada de doentes (a entrada na unidade de queimados, é rigorosamente controlada, estando discriminada a área restrita de entrada e a área de prestação de cuidados, apresentando uma antecâmara, com portas divisórias do exterior e interior da unidade); 8 quartos individuais, com antecâmara, casa de banho própria; equipados com pressão positiva com fluxo não unidirecional, com sistema de temperatura controlada (22 °C a 32 °C) e humidade (entre 30% a 60%); bloco operatório e, comumente, sala de balneoterapia; bem como o corredor de visitas (corredor para visitas, exterior à área de prestação de cuidados, com vidro e intercomunicador em cada quarto).

Segundo as normativas, emitidas pela Direção Geral de Saúde (DGS), preconiza-se que numa UQ, a equipa de enfermagem seja constituída por: enfermeiros que assegurem cuidados aos doentes queimados durante as 24h diárias; no mínimo três enfermeiros, por sala de operações que assumam funções de enfermeiro instrumentista, circulante e de anestesia;

um enfermeiro com competência na área de investigação clínica (correspondente a enfermeiro com competência acrescida em Supervisão Clínica, grau académico de Doutor em Enfermagem ou grau académico de Mestre em Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019); um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, em período da manhã e da tarde e que 50% dos enfermeiros da equipa detenham competências de EEMC, idealmente garantindo a presença de pelo menos um, em cada turno. Caso se encontrem internados no serviço doentes críticos queimados com necessidade de suporte extracorporeal respiratório e/ou cardíaco (equiparados a doentes internados em UCI nível III), deverá ser adotado o rácio de 1enfermeiro:1 doente (OE, 2019a). A equipa de enfermagem da UQ, do norte do país, é constituída por um Enfermeiro Gestor, Enfermeiros Especialistas, e Enfermeiros de cuidados gerais, que garantem cuidados, nas diversas áreas de intervenção, com uma equipa multidisciplinar cooperativa e dedicada ao doente queimado. Acrescenta-se ainda que durante a realização de intervenções cirúrgicas, na sala operatória, são sempre destacados três enfermeiros da equipa para assegurarem funções de instrumentista, circulante e de anestesia. Importa referenciar que durante o desenvolvimento do estágio, na UQ supracitada, apenas estiveram pessoas com necessidade de cuidados nível II, pelo que o rácio de enfermeiro-doente praticado era de um enfermeiro por cada três camas de internamento, equiparado ao rácio recomendado no cálculo para dotações seguras de cuidados de enfermagem, em unidades de cuidados intermédios (OE, 2019a).

A transição de cuidados instituída na instituição é baseada na metodologia ISBAR [*Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), recomendada pela Norma n.º 001/2017 da DGS e, pela entidade acreditadora da Instituição – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*® (CHKS®), que promove a segurança do doente através de uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre equipas prestadoras de cuidados (DGS, 2017a).

No serviço, são utilizados dois sistemas informáticos: *BSimple*®, software usado no registo clínico do doente no bloco operatório e a *Glintt*®, no registo contínuo da prestação de cuidados ao doente queimado e gestão de recursos materiais associados.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista é reconhecido como o profissional detentor de competência técnica e humana, para prestar cuidados diferenciados e especializados nas diferentes áreas específicas de enfermagem (OE, 2019a). A OE define “domínio de competência” como “uma esfera de ação” que “compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (OE, 2019a, p. 4745). Perante o descrito na legislação, as competências comuns do Enfermeiro Especialista, agrupam dimensões como a educação, quer dos doentes, quer dos seus pares, a orientação, a recomendação e a liderança, bem como a responsabilidade do desenvolvimento e divulgação da prática baseada na evidência, com o intuito de promover um progresso de melhoria contínua da prática de enfermagem (OE, 2019a). Além da área de especialidade do enfermeiro, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns sendo elas: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Domínio da melhoria contínua da qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

Neste capítulo pretende-se descrever as competências desenvolvidas, identificar as dificuldades e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar, sobre a forma de análise reflexiva, enquadrando as mesmas e os objetivos específicos definidos, nos quatro domínios supracitados, em subcapítulos, realçando ainda as similitudes com as competências de mestre em enfermagem.

Os objetivos específicos definidos, para o momento I de estágio foram: identificar quais os parâmetros fisiológicos que melhor predizem a deterioração fisiológica e a mortalidade, no doente crítico; implementar uma estratégia de prevenção de eventos críticos, através da vigilância específica de determinados parâmetros fisiológicos identificados no posto de triagem; identificar escalas de alerta precoce, traduzidas e validadas em Portugal. Para o momento II do estágio preconizou-se: demonstrar a importância de agrupar o score de uma escala de alerta precoce, como critério de ativação da equipa de emergência intra-hospitalar, num hospital do norte do país; auditar o uso da metodologia ISBAR, na transição de cuidados, pela equipa de enfermagem, numa Unidade de Queimados, do Norte de Portugal.

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O exercício de enfermagem é alicerçado por princípios éticos e deontológicos, definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-lei n.º 161/96, que regulamenta a profissão. É expectável que o enfermeiro desenvolva uma prática especializada, procedendo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e, que garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019b). Comparando as competências reguladas pelo REPE e as competências comuns do enfermeiro especialista, estas diferem fundamentalmente no que concerne à responsabilidade de incentivar nas equipas uma cultura da prática que respeite a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa, tendo em ponderação o facto de os enfermeiros especialistas estarem dotados de conhecimentos consistentes e coesos, acerca de uma determinada temática específica (OE, 2019b).

No âmbito deste domínio estruturam-se duas competências, nomeadamente: “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019b). Em paridade, associa-se a este domínio, o desenvolvimento das competências do grau de mestre em enfermagem, conferindo ao enfermeiro capacidade de desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2021).

Na vertente do direito à proteção da saúde, surge intrínseco um conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, as quais considero presentes nas práticas realizadas, com uma prestação de cuidados personalizada, individualizada, predominando uma visão holística do doente. Ao longo do estágio procurei prestar cuidados à pessoa em situação crítica com rigor e disciplina, atendendo às normas da profissão e às práticas recomendadas e ao cumprimento dos princípios éticos fundamentais (beneficência, autonomia, justiça e não-maleficência) avaliando cada situação e procurando respeitar os valores presentes nestes princípios, dando resposta ao problema, no permanente respeito pelos direitos do outro. Apesar dos condicionalismos físicos e organizacionais dos serviços, que em determinadas situações tornam difícil cumprir com rigor o respeito pela privacidade e intimidade da pessoa/família, demonstrei sempre na

prática esta preocupação, adotando uma conduta proactiva na prestação os cuidados, salvaguardando este princípio e, incentivando a equipa também a adotá-lo, tal como elucida o artigo n.º 107 do Código Deontológico dos Enfermeiros: “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015a, p. 9).

Durante a prestação de cuidados em emergência, poderemos ver comprometidas questões éticas, deontológicas e até jurídicas, nomeadamente o princípio da autonomia, pela incapacidade que a pessoa tem em consentir e expressar a sua vontade, perante a sua condição clínica grave incapacitante, todavia, nestes casos, prevaleceram os princípios éticos da beneficência, não maleficência e da justiça. Um caso concreto é o de um doente que apresente uma paragem cardiorrespiratória em que a atuação será iniciar, prontamente, manobras de SAV, conforme patenteia o artigo 9º do REPE: o enfermeiro deve “(...) em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;” (OE, 2019, p.102). Todavia, em algumas situações podemos nos deparar com um dilema ético, visto que o doente poderá possuir uma diretiva antecipada de vontade (Lei n.º 25/2012, de 16 de julho) para não ser submetido a medidas de reanimação cardiorrespiratória e/ou manobras terapêuticas invasivas e, a sua autonomia e consentimento fiquem comprometidos. Porém, num contexto de emergência, em que o doente se apresente em risco iminente de vida, a equipa multidisciplinar não deve atrasar os cuidados a prestar à pessoa em situação crítica, em benefício da pesquisa da diretiva individual da mesma (Lei n.º 25/2012, 2012).

Em ambos os locais de estágio, existiram também outros procedimentos que promoveram a prática de cuidados responsável, segundo princípios éticos e deontológicos, nomeadamente: pedido de consentimento informado à pessoa, para transfusão de sangue e derivados, tal como preconizado na Norma n.º 015/2015, emanada pela DGS; bem como o consentimento livre e informado da proposta cirúrgica, que pressupõe uma explanação da proposta terapêutica, médica ou cirúrgica ao doente e, este determina concordar ou não, com a mesma. Esta prática fundamenta-se, inclusive, no artigo n.º 105 do Código Deontológico: “b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;” (OE, 2015a, p.8).

2.2. *Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados qualificados e requerem o desenvolvimento de competências especializadas face à complexidade das situações, sendo prestados de modo contínuo “...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” (OE, 2018, p.19362).

Na extensão deste domínio apresentam-se competências específicas de especialista e de mestre correlacionadas, sugerindo que o enfermeiro especialista contribua na orientação, conceção e operacionalidade efetiva de projetos na área da melhoria contínua da qualidade, inclusive que incentive o desenvolvimento dos mesmos, fomentando e auditando a prática clínica baseada na evidência, num ambiente terapêutico e seguro, na instituição. (OE, 2019b; OE, 2021).

O conceito de qualidade no âmbito das instituições de saúde é ubíquo e até à data, não existe uma definição de “qualidade” que seja ecumenicamente aceite, todavia a qualidade em saúde é estimada como sendo a relação eficiente entre os cuidados de saúde prestados e os melhores resultados clínicos obtidos, quer a indivíduos, quer a populações, baseados numa prática sob evidência científica atual (OMS, 2020).

Por forma a adquirir competências específicas, tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados, defini objetivos específicos, em ambos os momentos de estágio, enquadrados neste domínio. Passa-se a clarificar os mesmos, a baixo.

- Objetivo 1: Implementar uma estratégia de prevenção de eventos críticos, através da vigilância específica de determinados parâmetros fisiológicos identificados no posto de triagem.

A triagem realizada às pessoas que procuram os cuidados de saúde, no hospital público do centro do país, onde decorreu o momento I do estágio, tal como já supracitado, ocorre através do método de prioridades, pelo Sistema de Triagem de Manchester. O conceito triagem baseia-se na descrição sucinta da queixa do doente, na qual os enfermeiros se sustentam para priorizar a pessoa em função do prognóstico previsto, com o intuito de diferenciar aqueles que carecem de cuidados de saúde imediatos, dos que apresentam menor risco de complicações clínicas (Costa et al., 2021).

O processo de triagem começa no primeiro momento com a anamnese à pessoa na chegada desta ao hospital e revê-se num processo dinâmico de reavaliação do mesmo, com o intuito de perceber eventos de agravamento clínico atempadamente. Esta mesma, não terá obrigatoriamente de ser realizada pelo enfermeiro responsável pela triagem, no entanto, na dúvida, a sua nova observação facilitará a reavaliação, procedendo a posterior confirmação ou alteração da prioridade, pré-definida (Grupo Português de Triagem, 2010). Esta intervenção poderá acontecer após a administração de um analgésico (em conformidade com protocolos internos institucionais), ou após um prazo de tempo adequado (Grupo Português de Triagem, 2010).

Após discussão com o Enfermeiro Gestor e a Enfermeira tutora, acerca de alguns problemas identificados no serviço, percebeu-se ser difícil realizar uma vigilância em tempo adequado, dos parâmetros fisiológicos identificados como díspares dos padrões normativos, após o momento de triagem.

A mensuração objetiva de funções fisiológicas essenciais, obtidas através de equipamentos simples e não invasivos, quando analisada perante valores de referência estabelecidos, permite identificar informações acerca do estado geral do doente e, alertar os profissionais de saúde para a presença de alterações significativas de uma patologia subjacente e a severidade do estado clínico da pessoa (Cardoso, 2022). Deste modo, parece intuitivo que quanto mais frequente for a monitorização dos sinais vitais, mais rapidamente será detetado o risco de deterioração clínica do doente. No entanto, nem sempre esta medição e estes registos acontecem na frequência adequada, podendo dever-se, entre outras razões, a: excesso de confiança na experiência clínica de cada profissional, o não reconhecimento da importância dos sinais vitais na atribuição da severidade da doença aguda ou até carga excessiva de trabalho (Sapra et al, 2023). A segurança do doente é uma preocupação fundamental em qualquer organização de saúde, e a deteção precoce de qualquer deterioração clínica é de suma importância, quer na pessoa que esteja alocado à sala de emergência, ou a qualquer outra área de atendimento (Sapra et al, 2023).

Com o intuito de dar resposta ao objetivo 1, no primeiro momento de estágio, desenvolveu-se um projeto de melhoria contínua, intitulado “Estratégia de vigilância de parâmetros fisiológicos identificados como alterados, no posto de triagem” (Apêndice I). Para a concretização deste projeto, definiram-se os seguintes objetivos: vigilância de parâmetros fisiológicos, identificados como alterados no momento da triagem ao doente com prioridade atribuída de urgente, pouco urgente, ou não urgente; prescrição de intervenção não

farmacológica, no programa GHAF®, pelo enfermeiro da triagem, quando identifica parâmetro fisiológico alterado e a prioridade atribuída ao doente é urgente, pouco urgente, ou não urgente. No posto de triagem, serão avaliados os sinais vitais e diversos parâmetros, em conformidade com os fluxogramas e os discriminadores selecionados. Estes consistem na avaliação da temperatura (Tº), da frequência cardíaca (FC), da saturação periférica de oxigênio (SpO₂), da dor, da glicemia capilar (GC) e do nível de consciência. Perante tal, verificam-se em diversas circunstâncias, alterações destes parâmetros e, de modo a garantir uma vigilância consistente dos mesmos, a posteriori, deverá ser prescrita uma atitude não farmacológica no GHAF®. Propõe-se que a prescrição ocorra perante os seguintes parâmetros, em doentes de prioridade urgente, pouco urgente, não urgente:

Parâmetro Fisiológico avaliado na triagem	Limites normativos	Limites alerta	Atitude não farmacológica a prescrever no GHAF®	Hora prevista de vigilância
Temperatura corporal	35°C > Tº < 38°C	Tº não mensurável Tº > 39°C	Monitorizar temperatura corporal	Se Tº > 38°C monitorizar na hora seguinte após monitorização inicial
Glicemia capilar	70mg/dL > GC < 160 mg/dL	GC < 50mg/dL* GC > 200mg/dL**	Monitorizar glicemia capilar	* Se GC < 70mg/dL no pré-hospitalar, monitorizar 15 min após triagem ** Na hora seguinte após monitorização inicial
SpO ₂ (ar ambiente (aa))	95% > SpO ₂ < 100%	SpO ₂ < 89%	Monitorizar a SpO ₂	Se SpO ₂ < 95% monitorizar na hora seguinte após monitorização inicial
Frequência Cardíaca	60 batimentos por min (bpm) > FC < 80bpm	FC < 60bpm FC > 120bpm	Monitorizar pulso	Se FC > 100pm monitorizar na hora seguinte após monitorização inicial
Dor	Dor 0/10 (Segundo escala numérica/ faces)	Dor > 7	Escala da dor numérica	Se dor 7 monitorizar na hora seguinte após monitorização inicial

Quadro 1 - Orientações de prescrição no GHAF®

Este projeto, pressupõe a implementação de estratégias de vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, no despiste de complicações que podem comprometer a sua saúde e retardar a sua recuperação, alicerçado pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2030, onde se encontram objetivos estratégicos para a implementação, monitorização, implementação e consolidação de práticas seguras em ambientes de prestação de cuidados de saúde (DGS, 2023). O mesmo, foi apresentado ao

Enfermeiro Gestor do serviço para avaliação e eventual exposição à equipa, após aprovação, para implementação. Durante o momento de estágio não foi possível a sua implementação, todavia, perante a sua aplicabilidade futura, espera-se que, pelo menos 70% dos doentes triados com prioridade urgente, pouco urgente ou não urgente, com alterações em parâmetros fisiológicos, tenham prescrição de uma atitude não farmacológica, no GHAF®, para monitorização do mesmo, no intervalo recomendado e que pelo menos 70% das prescrições efetuadas, tenham uma avaliação associada. Perante o exposto, com a realização deste projeto pressupôs-se a promoção de uma cultura de melhoria contínua, a monitorização e melhoria da prática existente e implementação de mudanças, bem como a melhoria da segurança do doente e do profissional de saúde.

- Objetivo 2: Demonstrar a importância de agrupar o score de uma escala de alerta precoce, como critério de ativação da equipa de emergência intra-hospitalar, num Hospital do Norte do país.

A DGS em 2010 emanou a Circular Normativa nº. 15/DQS/DQCO, preconizando a criação e implementação a nível nacional, das Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), nos hospitais do SNS. Esta Circular Normativa tem como objetivo, reduzir a incidência de paragens cardiorrespiratórias (PCR) e a mortalidade hospitalar e evidencia a necessidade de construir uma estratégia de intervenção precoce, preconizando o reconhecimento e a resposta à deterioração dos doentes, nos serviços de internamento.

No hospital do norte do país, onde decorreu o momento II de estágio, existe uma EEMI e esta assegura resposta a toda a população da instituição incluindo, para além dos doentes internados, os utentes das consultas, os visitantes e os próprios profissionais de saúde. Na prática atual, a ativação da EEMI é feita através de uma chamada telefónica, tendo por base um conjunto de critérios definidos pela DGS, nomeadamente: compromisso da via aérea; paragem respiratória; bradipneia (<6 ciclos por minuto (cpm)) ou polipneia (>35cpm); PCR; FC <40 ou >141 bpm; pressão arterial sistólica < 90mmHg; diminuição de dois pontos no *score* da Escala de Coma de Glasgow; crise convulsiva prolongada ou repetida; perda súbita de consciência (DGS, 2010). A partir deste conhecimento, pretende-se desenvolver estratégias para que os profissionais de saúde sejam apoiados tanto no reconhecimento precoce da deterioração clínica dos doentes, como no apoio para lidar com a instabilidade clínica dos mesmos.

Como medida de qualidade e de segurança, a *Casper Healthcare Knowledge Service (CHKS)*, entidade acreditadora do hospital do norte do país em referência, apresenta normas diretivas, com recomendações evidentes acerca da abordagem ao doente com evento agudo, precedente de PCR, propondo a existência de protocolos para o reconhecimento e resposta precoce a doentes agudos, a definição de uma estratégia para a prevenção de eventos de PCR evitáveis dentro da instituição e, inclusive, a formação dirigida aos profissionais de saúde e restantes colaboradores, acerca de um sistema de alerta precoce, como por exemplo, a *National Early Warning Score (NEWS)* e os procedimentos a adotar perante a deterioração do quadro clínico do doente (CHKS, 2018).

Com base nas evidências relativamente à validade e fidedignidade das escalas de alerta precoce conhecidas e validadas para Portugal, a NEWS parece ser a escala com melhor desempenho, segundo a pesquisa de Freitas (2017). A NEWS foi publicada em julho de 2012 pelo *Royal College of Physicians* e, baseia-se num sistema de atribuição de pontos a cada parâmetro fisiológico definido (Luís, 2014). Os seis parâmetros fisiológicos definidos como prioritários de avaliação são (Quadro 2): a frequência respiratória (FR); SpO₂; T^º; a pressão arterial sistólica (PAs); a frequência cardíaca; e o nível de consciência (*Royal College of Physicians*, 2012).

Parâmetros fisiológicos/ score	3	2	1	0	1	2	3
FR	≤8		9-11	12-20		21-34	≥25
SpO ₂	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxigénio (O ₂) Suplementar		Sim		Não			
T ^º	≤35.0		35.1- 36.0	36.1- 38.0	38.1- 39.0	≥39.1	
PAs	≤90	91- 100	101- 110	111-219			≥220
FC	≤40		41-50	51-90	91-110	111- 130	≥131
Nível de consciência				Alerta			Estímulo Verbal Dor Sem resposta

Quadro 2 - Escala NEWS versão portuguesa (Luís, 2014)

Os dados obtidos através da aplicação desta escala são objetivos, dado que a soma dos pontos permite a obtenção de uma pontuação que traduz o grau de risco e, consequentemente, determina a frequência da monitorização, as decisões de intervenção

ou a ativação de um alerta médico. Assim, desenvolveu-se um protocolo de atuação, sustentado pelo protocolo já existente e atualizado, com o pressuposto de esquematizar os passos de ativação da EEMI, introduzindo a escala NEWS como critério de ativação da mesma. A implementação eficaz desta medida, implica um processo de mudança organizacional, da cultura e da dinâmica do hospital, portanto recomendou-se que o projeto envolvesse a equipa médica e a equipa de enfermagem, sendo a população-alvo, todos os doentes internados no hospital onde decorreu o estágio. Propôs-se que o protocolo seja aplicado sempre que estes apresentem um quadro clínico alterado relativamente ao padrão esperado, tal como instabilidade hemodinâmica, parâmetros vitais alterados, com uma periodicidade de avaliação, pelo menos uma vez por turno, devendo ser registado pelo enfermeiro, no processo clínico eletrónico e informado em transição de cuidados. Perante a tipologia de doentes internados comumente na unidade de queimados sugere-se que neste serviço, haja uma avaliação desta escala no momento da admissão. Ressalvou-se que o score NEWS não deve ser utilizado nos doentes em fim de vida com indicação de “Não Reanimação” (Luís, 2014). Para uma fácil interpretação da atitude clínica a determinar, de acordo com os diferentes resultados da escala, em conformidade com o protocolo proposto por Luís (2014), são apresentadas as respostas clínicas adequadas em consonância com os scores obtidos, que se expõem no quadro seguinte (Quadro 3).

SCORE NEWS		Frequência de monitorização clínica	Resposta clínica
0	Baixo risco	Mínimo de 12-12h	Manter monitorização de rotina com identificação do score NEWS
1-4		Mínimo de 4 a 6h	Realizar atitude terapêutica interdependente e/ou autónoma, para resolução da alteração do parâmetro fisiológico
Parâmetro Individual de score 3	Médio risco	Mínimo de 1h	Informar médico assistente
5-6			Informar evento a EEMI Escalar intervenção clínica em parceria com médico assistente ou EEMI
≥7*	Alto risco	Contínua	Contactar EEMI, através do número 222 Avaliação e atuação da EEMI Considerar transferência do doente para UQ ou para outra unidade hospitalar.

Quadro 3 – Protocolo de atuação perante os diferentes scores da NEWS (Adaptado Luís, 2014)

Esta abordagem possibilitará um controlo mais estreito dos doentes com maior risco de deterioração do estado clínico, o que permitirá detetar precocemente a instabilidade clínica e intervir com maior prontidão, melhorando o prognóstico. Para exposição do mesmo, com

intuito de implementação à posteriori no Hospital onde decorreu o estágio, realizou-se uma sessão formativa, a convite da Enfermeira Geral (Apêndice II) para os enfermeiros coordenadores da instituição e coordenadores EEMI, por indicação da mesma. Este evento formativo, permitiu dar a conhecer a temática e o protocolo proposto, aos enfermeiros coordenadores da equipa, num número mais reduzido de elementos, para uma formação mais próxima e integrativa, com intuito de reconhecer também a opinião dos mesmos em relação ao apresentado e propostas de alteração do protocolo.

- Objetivo 3: Auditar o uso da metodologia ISBAR, na transição de cuidados, pela equipa de enfermagem, numa Unidade de Queimados, do Norte de Portugal.

No hospital do norte do país, tal como preconizado pela DGS, perante a Norma n.º 001/2017, preconiza que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser uniformizada utilizando a técnica ISBAR. Na UQ, segundo indicações institucionais, a transição de cuidados ocorre pela metodologia ISBAR, inclusive têm como material de suporte uma folha organizada com os itens que a norma preconiza. Ao longo do momento de estágio foi possível desenvolver esta competência comum de enfermeiro especialista, através do treino do uso da metodologia ISBAR, durante as transições de cuidados que me foram permitidas realizar. Esta técnica padronizada da comunicação em saúde permite estruturar a informação relevante da situação clínica da pessoa, pela seguinte sequência: I – identificação, S – situação atual, B – antecedentes, A – avaliação e R – recomendações (Figueiredo et al., 2020). Deste modo, a uniformização de transmissão de cuidados inculcada por esta metodologia, aumenta a eficácia da comunicação, diminui o risco de erro, promove uma transferência atempada e eficiente e aumenta a segurança do doente (Figueiredo et al., 2020).

Enquadrada numa competência comum do EEEMC, na qual o enfermeiro deverá envolver-se na avaliação da qualidade das práticas e integrar auditorias clínicas para eventual crítica e reflexão acerca das mesmas com o intuito de implementar projetos de melhoria contínua (OE, 2019b), realizei uma auditoria ao uso da metodologia ISBAR, na transição de cuidados, pela equipa de enfermagem, na UQ do norte do país. Após reflexão com a enfermeira tutora e alguns elementos da equipa, concluiu-se que a folha de suporte em papel, atualizada em todos os turnos, com informação clínica, não permitia aos profissionais que recebiam a mesma, escrever outros itens igualmente importantes acerca do doente. Deste modo, em colaboração com os enfermeiros do serviço, esta folha foi reorganizada e exposta, com

aprovação interna da equipa. Como complemento formativo, realizou-se também um vídeo acerca da metodologia ISBAR que foi enviado por via digital, para todos os enfermeiros da equipa. À posteriori e, de modo a dar resposta ao objetivo delineado, após reflexão com a Enfermeira Geral da instituição acerca da lista de auditoria proposta pela DGS, com a conclusão que a mesma seria mais representativa se adaptada ao serviço auditado, realizei uma *checklist* de auditoria interna (Apêndice IV), que diferencia a auditoria dos procedimentos e condições do serviço, para a transição de cuidados e, os itens que a metodologia ISBAR integra. A auditoria foi realizada a um número reduzido de enfermeiros, pelo que não se permitiram reunir conclusões significativas. No entanto as mesmas foram reportadas à Enfermeira Geral e aos elementos da equipa de enfermagem da UQ, para fomentar uma melhoria contínua da transição de cuidados efetuada pelos mesmos.

2.3. *Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados*

No enquadramento deste domínio e na competência de mestre relacionada, é esperado que o enfermeiro especialista tenha capacidade de gestão dos cuidados de enfermagem a prestar, organizando a resposta da sua equipa e o relacionamento com a restante equipa multidisciplinar, bem como a potencialidade de liderar e gerir os recursos disponíveis, perante o contexto em que se insere, conjeturando a garantia da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019b; OE, 2021).

Gerir os cuidados não engloba apenas o planeamento dos cuidados a prestar à pessoa em situação crítica, mas também gerir os recursos humanos e materiais necessários para a prestação dos mesmos. Segundo a OE (2019b), compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados, influenciando o trabalho de e, em equipa, de uma forma produtiva e adequada, delegando tarefas apropriadas se necessário, com o intuito de adotar uma liderança que prima pela qualidade dos cuidados prestados ao doente.

O conhecimento sobre os comportamentos e características dos diferentes tipos de liderança do enfermeiro, permitirão ao mesmo, planear e direcionar uma gestão em saúde promissora, enfatizando a necessidade de uma relação interprofissional saudável, potenciando um melhor rendimento profissional e motivador, influenciando assim positivamente os cuidados prestados (Dias et al., 2021). Os mesmos autores identificam, numa revisão da literatura, perfis de liderança nomeados como: enfermeiro *coaching*, enfermeiro assistente, enfermeiro líder, enfermeiro transpessoal, enfermeiro gestor saudável, enfermeiro motivacional, enfermeiro opressor e enfermeiro colaborativo. Segundo Dias et al. (2021), o enfermeiro *coaching* é inovador, valoriza a comunicação eficiente e preconiza uma estratégia de

feedback mútuo; o enfermeiro assistente motiva e inspira a equipa, incentivando a reflexão e a proatividade; o enfermeiro líder caracteriza-se pelas boas relações interpessoais, baseadas na comunicação clara e efetiva entre todos, bem como pela tomada de decisão ponderada, que favoreça o ambiente organizacional e, pela gestão de conflitos e reconhecimento individual das competências de cada profissional; o enfermeiro líder transpessoal criativo e com capacidade nata para ouvir, gerir emoções e reconhecer potencialidades de cada um; o enfermeiro gestor saudável capaz de atuar em eventos conflituosos, de fortalecer vínculos afetivos e de adequar o seu autocontrolo e autoconhecimento; o enfermeiro motivacional que estimula a tomada de decisão e valoriza o desempenho profissional de cada elemento; o enfermeiro opressor habitualmente não identifica o potencial dos seus subordinados, critica e repudia a evolução pessoal ou profissional dos mesmos; e, o enfermeiro colaborativo diferenciado, confiável, respeitoso, compreensivo e cauteloso nas tomadas de decisão.

No papel de discente, durante o acompanhamento dos enfermeiros tutores e dos enfermeiros de apoio à gestão, em ambos os locais de estágio, foi desafiante, identificar o tipo de liderança adotada por cada enfermeiro gestor/apoio à gestão, visto que as características pessoais e competências profissionais de cada um, se difundem pelas particularidades dos diferentes tipos de enfermeiros líderes. Todavia, ressalva-se que a escuta ativa, a gestão de conflitos e a procura pelo melhor cuidado ao doente, prevaleceram.

No SUMC do centro do país, onde realizei o primeiro momento de estágio, a gestão do plano de trabalho para cada turno do dia, era definida, normalmente pelo enfermeiro de apoio à gestão, ou excepcionalmente, pelo enfermeiro coordenador. Durante este momento de aprendizagem, percecionou-se que a distribuição dos elementos da equipa é realizada mediante alguns princípios, nomeadamente: a rotatividade aleatória pelos diversos postos; as competências reconhecidas a cada enfermeiro (por exemplo: Formação em Triagem de Manchester, Formação de SAV, Formação em transporte de doente crítico). Na UQ, era a enfermeira gestora, que realizava no turno da manhã, a distribuição dos doentes a cada enfermeiro. No período da tarde e noite era o enfermeiro responsável de cada turno, que definia a distribuição dos enfermeiros, sendo estes responsáveis pelo bom funcionamento do serviço através da organização da prestação de cuidados, gestão da equipa e tomada de decisões mais adequadas e oportunas a cada situação.

No SUMC, a gestão de materiais e equipamentos, incluindo a gestão de stocks de material e medicação no serviço, era realizada em articulação com serviços de apoio, como o

aprovisionamento, a esterilização e a farmácia. Na gestão dos produtos farmacêuticos, encontra-se implementado o método tradicional de contabilização *in situ*, em que os pedidos se realizam duas vezes por semana no GHAF®, sendo fornecidos pelos serviços farmacêuticos em igual número de dias. Já na UQ, esta gestão de materiais e equipamentos é realizada através de igual articulação com os diversos serviços supracitados, contudo a gestão de materiais procede-se de forma particular e mensurável por cada doente, com a ajuda do software Glintt®.

Tal como preconiza Soares (2017), os enfermeiros especialistas desenvolvem competências específicas e, conseqüentemente, aumentam as suas responsabilidades, reafirmando o seu papel como elemento-chave na conceção e gestão dos cuidados de maior complexidade, incluindo a capacidade de liderança das equipas. Durante este estágio foi-me permitida a capacitação desta competência positivamente, perante diferentes contextos de atuação.

2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Ao nível desta competência comum do enfermeiro especialista e mestre, é esperado que este desenvolva o autoconhecimento e assertividade e baseie a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019b; OE, 2021). Neste contexto, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, revê-se na capacidade do autoconhecimento, no saber ser e saber estar, para além do saber fazer. A gestão de comportamentos e atitudes, perante crenças e princípios pessoais, influenciam a relação interprofissional, a relação com a pessoa e com a respetiva família. Evidentemente e, com importância equiparada, a formação é um alicerce importante na assistência de enfermagem avançada, em que cada enfermeiro se responsabiliza pela atualização contínua do seu próprio conhecimento além de ser facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências dos seus pares (OE, 2019b).

A apresentação de uma sessão formativa realizada aos enfermeiros coordenadores da UQ do norte do país, acerca da pertinência da implementação da escala NEWS como critério de ativação da EEMI, permitiu-me alicerçar os conhecimentos pessoais na evidência científica mais recente, além de ter proporcionado um ambiente de constante aprendizagem e aperfeiçoamento profissional pessoal e dos demais enfermeiros. Tais atividades possibilitaram a aquisição de competências especializadas, nomeadamente conceber respostas de adaptabilidade individual e organizacional, assim como basear a *praxis* clínica

especializada na evidência científica, com o desenvolvimento da formação em serviço para colmatar as necessidades formativas diagnosticadas. O conhecimento teórico adquirido nos diferentes momentos de estágio, a partilha de conhecimentos com a equipa, bem como os momentos de transição de cuidados, contribuíram também para o processo de desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista na área da pessoa em situação crítica, contudo, a procura contínua pela melhor evidência científica será constante.

3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Perante o enquadramento do capítulo subsequente e o regulamento n.º 429/2018, serão analisadas, as competências do EEEMCPSC, desenvolvidas ao longo do estágio.

A pessoa em situação crítica, por definição “(...) 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” (OE, 2018, p. 19362), o que requer uma prestação de cuidados acreditados e contínuos, com o intuito de dar resposta às necessidades afetadas, de manter as funções vitais básicas, de prevenir complicações e de limitar as incapacidades da pessoa cuidada, almejando a recuperação total da mesma (OE, 2018). Neste contexto, preconiza-se que o mestre e EEEMCPSC: desenvolva competências no cuidar da pessoa, família/cuidador que vivencia eventos complexos de doença crítica, ou até falência orgânica; desenvolva capacidade de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; bem como seja capaz de maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a cuidar (OE, 2018; OE, 2021).

3.1 Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

No que concerne ao cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, agrupam-se vários momentos de aprendizagem e desenvolvimento profissional, ao longo de ambos os momentos de estágio, que se descrevem neste subcapítulo.

O conhecimento acerca dos modos de atuação, intrínsecos à especificidade de um SUMC é sem dúvida imprescindível e oportuno, todavia existem intervenções transversais e similares, a qualquer local de abordagem à pessoa em situação crítica. No momento I de estágio, tive a oportunidade de observar, partilhar experiências e cuidar pessoas em situação crítica, particularmente: pessoas politraumatizadas, pessoas com doenças súbitas (entre elas: síndromes coronárias agudas, acidentes vasculares cerebrais, choque séptico, choque hemorrágico, insuficiências respiratórias graves, descompensações hidroeletrólíticas, edema

agudo do pulmão), que necessitavam de cuidados complexos e um atendimento imediato em meio hospitalar. Um dos princípios de atuação reconhecidos neste local de estágio, muito também inveterado pela minha prática profissional diária, num SUMC, principalmente numa sala de emergência, a abordagem à pessoa em situação crítica é realizada segundo a metodologia ABCDE (A - Via aérea com controlo da coluna cervical; B - Ventilação; C - Circulação com controlo da hemorragia; D - Disfunção neurológica; E - Exposição com controlo da temperatura) o que permite identificar focos de instabilidade e preconiza que seja dada uma resposta antecipatória aos mesmos, de acordo com a prioridade estabelecida, com a avaliação segundo este algoritmo (INEM, 2020). Esta resposta atempada, deverá ser dada por uma equipa multidisciplinar diferenciada e treinada, onde se integra o EEEMCPSC. Todavia, a pessoa em situação crítica não é exclusivamente avaliada na sala de emergência e nem sempre evidencia sinais e/ou sintomas de alerta, aquando do momento de triagem realizado. Deste modo, existem estratégias de vigilância e avaliação do doente crítico, que permitem identificar o risco de deterioração clínica do mesmo e, agir em conformidade, nomeadamente através de escalas de alerta precoce. O desenvolvimento desta competência específica foi também ele aprimorado ao basear a *praxis* clínica especializada na evidência científica, com a identificação de escalas de alerta precoce e a pertinência da sua aplicabilidade na pessoa em situação crítica.

Na UQ do norte do país, durante o momento de estágio, estiveram internadas pessoas com necessidade de cuidados de nível II. Subentenda-se que estes estão indicados para pessoas que requerem observação, monitorização ou intervenção específica, por falência de um único órgão ou sistema (SNS, 2016). Com necessidades de cuidados específicos, a pessoa queimada apresenta afeção de pelo menos um órgão imponente – a pele. Ao longo do estágio tive a oportunidade de presenciar, observar, contribuir e cuidar destas pessoas, também elas com envolvimento de processos complexos e vigilâncias sistematizadas e permanentes, particularmente durante as intervenções de tratamento às lesões por queimadura extensas, durante o intra e o pós-operatório a que eram sujeitos, bem como na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor. Distintamente, o controlo da dor na pessoa em situação aguda, no SUMC, foi uma preocupação perseverante e onde ocorrem situações de necessidade de analgesia em pessoas em situação crítica. Contudo na UQ, tendo em consideração que as queimaduras provocam uma das formas mais intensas de sensação nociceptiva (Esquetim, 2015), denotei que a avaliação e vigilância da dor, é uma intervenção exímia no cuidado à pessoa queimada. Na unidade não se apresentam protocolos uniformizados pré-definidos no caso de dor, no entanto, cada pessoa

tem instituída analgesia em tabela terapêutica personalizada, em caso de necessidade, segundo as suas condições clínicas. Acrescento ainda que quando se tratava de uma pessoa queimada com uma dor intolerável experienciada durante o tratamento às feridas, esta era submetida a analgesia, para um maior conforto e uma prestação de cuidados dirigidos, mais eficiente.

Envolver a família/cuidador como elemento integrante dos cuidados prestados, é um cuidado comum dos profissionais de saúde. A transmissão de informação à família/cuidador e a comunicação interpessoal, acerca da evolução do estado clínico do seu familiar, é perentória e, inclusive no SUMC é permitida a visita, em tempo oportuno, da pessoa em situação crítica, mesmo na sala de emergência, bem como o acompanhamento do mesmo, em caso de pessoas vulneráveis, em outras áreas não clínicas. De acordo com a Lei n.º 33/2009, todo os doentes admitidos num SU do SNS têm direito a um acompanhante, sendo este direito cessado em caso de intervenções cirúrgicas ou outros exames ou tratamentos, pela possibilidade de prejuízo da eficácia do mesmo, tal como quando a presença do acompanhante possa comprometer as condições e requisitos técnicos do funcionamento do serviço (Lei n.º 33/2009, 2009).

Em análise deste contexto, enquadrada na competência mencionada, verificámos que, enquadrado com a lei citada, o Hospital onde desenvolvi o momento I de estágio, integrou o direito de acompanhamento no SU, no regulamento interno da instituição, de uma forma percetiva, com a descrição de condicionantes e critérios de aplicação do mesmo. No âmbito da campanha “Segurança para todos 2022”, o Hospital do centro do país, desenvolveu um protocolo interno – “Proteção do doente vulnerável”, com critérios definidos, que permite a presença de um acompanhante permanente, do doente vulnerável (salvo em situações que coloquem em risco o normal funcionamento do serviço) (SNS, 2022). Foi definido como doente vulnerável, aquele que integra os seguintes critérios: doentes com mais de 80 anos; doentes em coma de qualquer etiologia; doentes com incapacidade física ou mental, temporária ou permanente; outras situações especialmente vulneráveis (vítimas de violência doméstica ou de maus-tratos, grávidas com necessidade de atendimento na urgência geral, toxicod dependentes, doente psiquiátrico em fase aguda) (SNS, 2022). De modo a diferenciar a identificação do doente vulnerável no serviço, este é identificado através de uma pulseira de cor roxa. Esta estratégia permite gerir os ambientes não clínicos e clínicos do SU, não comprometendo a prestação de cuidados, bem como não menosprezar a lei nacional do direito do acompanhamento do doente – Lei nº 15/2014. Este documento, procede à

consolidação dos direitos e deveres dos doentes dos serviços de saúde, substantificando a Lei de Bases n.º 48/90, salvaguardando as especificidades do SNS. Durante o momento I de estágio, verificou-se entendimento por parte da população e uma gestão favorável no cumprimento deste protocolo. Ainda assim, tendo em consideração que algumas das áreas clínicas, como por exemplo a área de atendimento ao doente do foro médico, de prioridade muito urgente, são amplas e indivisíveis, com permanentes procedimentos clínicos a decorrer, pelo que os acompanhantes não podem permanecer continuamente nestes espaços, há uma articulação com o serviço informativo e a equipa de enfermagem da área clínica onde a pessoa se encontra e é permitida a visita de um acompanhante, em momentos oportunos, que não comprometam o normal funcionamento do serviço. Além disso é dada disponibilidade perentória para informar, o familiar de referência, acerca do estado clínico do seu familiar, caso este o permita. Na UQ, do norte do país, durante o momento II de estágio, as visitas aos doentes internados ocorriam de uma forma organizada, com uma duração de trinta minutos, tal como preconizado num corredor, externo à área de prestação de cuidados, onde era possível a comunicação via áudio para o interior do quarto e o contacto visual através de um vidro amplo, com a devida privacidade, visto que as visitas presenciais são desaconselhadas aos doentes queimados (ACSS, 2019b). Toda a gestão da envolvência da família, inclusive a sua inclusão como elemento integrante do cuidado prestado ao familiar, potenciará o sucesso do processo de recuperação do mesmo, mantendo o vínculo afetivo e social tão importante na humanização dos cuidados (Neves et al., 2018).

3.2 Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

Tal como afirma Godinho (2018), no passado associavam-se a catástrofes, eventos de fundamento natural, todavia, com a evolução da tecnologia e da intervenção humana, este paradigma transformou-se e, atualmente, surgem catástrofes tecnológicas e incidentes relacionadas com o comportamento humano. Neste contexto, a atuação dos profissionais de saúde e das respetivas instituições, poderá estar suprimida de uma resposta adequada e eficiente em situação de catástrofe, pelo que é elementar o planeamento, a formação e o treino dos mesmos (Godinho, 2018). Para melhor enquadramento desta competência, importa, antes de mais, definição dos conceitos major: emergência, exceção e catástrofe. Emergência é uma situação que advém da agressão sofrida por uma pessoa, que compromete ou ameaça a integridade de um ou mais órgãos vitais e poderá causar perda da sua saúde abruptamente (Lei n.º 27/2006). Situação de exceção define-se pelo desequilíbrio

entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Lei n.º 27/2006). Catástrofe é entendida como a ocorrência de um evento grave, possível causador de elevados danos materiais e, eventualmente, vítimas, comprometendo as condições de vida e condições socioeconómicas de uma determinada área ou até de todo o território nacional (Lei n.º 27/2006).

O sucesso da atuação dos profissionais de saúde estará condicionado pela preparação, planeamento, treino e respetiva formação contínua, para que se capacitem de conhecimento e competências necessárias para darem a resposta mais adequada e eficaz, perante um evento desta proporção (Labrague et al., 2018), profissionais estes onde se integram os EEEMCPSC, que pelas suas qualificações e formação especializada desenvolvem competências e raciocínio crítico, inclusive em contexto prático, nos estágios realizados em serviços de Cuidados Intensivos e de Urgência, imprescindíveis e elementares na resposta dos cuidados complexos e imprevisíveis, essenciais na pandemia e em qualquer outra situação de exceção, experienciada.

Tendo em consideração o carácter imprevisível destes acontecimentos, cada instituição de saúde deverá apresentar e incentivar os seus profissionais a rever e a atualizar o Plano de Emergência Externo (PEE) (a cada dois anos) e o Plano de Emergência Interno (PEI) (anualmente) (Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPS), 2015). A esclarecer que o PEE corresponde ao planeamento da atuação em situação de crise, refletidos perante os riscos reconhecidos na área de resposta da unidade de saúde e o PEI diz respeito ao plano sistematizado dos procedimentos a adotar em caso de evento emergente na instituição (DGS, 2010).

Como enfermeira de um SUMC e futura EEEMCPSC, com o intuito de desenvolver esta competência específica, sustentada pela aprendizagem e conhecimentos adquiridos na UC: Situações de emergência, exceção e catástrofe, procurei conhecer os planos institucionais de atuação, através da leitura do plano de emergência interno da instituição, com conversas de partilha com a tutora acerca da temática, inclusive solicitei a apresentação do armário de catástrofe disponível no serviço para apoio na atuação em caso de uma situação de exceção ou de catástrofe. Refleti também com a enfermeira tutora e outros profissionais de saúde presentes, acerca da logística associada à triagem realizada nestas situações. Quando o número de vítimas excede a capacidade de resposta das equipas de assistência, a triagem de prioridades é uma etapa de distinta importância na abordagem e gestão de qualquer situação

equiparada. Aqui, a tomada de decisão particular do enfermeiro especialista, a sua formação especializada e o raciocínio crítico desenvolvido, serão primordiais para colaborar, numa situação de catástrofe, atuando em conformidade com os princípios do método de avaliação primária da Triagem START (*Simple Triage, and Rapid Treatment*) e de avaliação secundária Triagem TRTS (*Triage Revised Trauma Score*). Na triagem primária é realizada a avaliação das vítimas, atribuindo-lhes a prioridade (vermelho, amarelo, verde ou preto) de atendimento, à porta do SU, em tempo alvo de 15 segundos (Grupo Português de Triagem, 2010; INEM, 2012). Na triagem secundária é utilizado o fluxograma de avaliação secundária, com avaliação de três parâmetros fisiológicos: a frequência respiratória, o estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. Esta serve para, de forma rápida, realizar a reavaliação de um grande número de vítimas, a decorrer já na área de encaminhamento após avaliação primária (Grupo Português de Triagem, 2010; INEM, 2012).

A diretiva da DGS para os Planos de Emergência em Unidades de Saúde (DGS, 2010), os critérios e as normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil, presente da Resolução nº 30/2015 da Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPC, 2015), não mencionam a colaboração e envolvimento dos hospitais privados. Ainda assim, o Hospital onde realizei estágio na UQ possui um plano hospitalar atualizado, com formação contínua, anual e obrigatória para todos os profissionais, com o intuito de dar resposta a situações com múltiplas vítimas e/ou catástrofe, sempre que solicitados pelas entidades competentes, bem como para dar resposta a situações decorrentes de emergências internas, em articulação com o Plano de Segurança Interno. Enquadrado no desenvolvimento de um dos objetivos específicos do momento II (Demonstrar a importância de agrupar o score de uma escala de alerta precoce, como critério de ativação da equipa de emergência intra-hospitalar), foi possível consultar o Plano de Emergência Interna do mesmo Hospital. Esta pesquisa mais aprofundada possibilitou o esclarecimento mais claro e detalhado sobre as funções de cada entidade e de cada elemento da equipa.

Durante os momentos de estágio, a prática do cuidado à pessoa em situação crítica, coadjuvada pela prática laboral diária num serviço de urgência, nomeadamente na sala de emergência, no posto de triagem, inclusive na realização de transferências inter e intra-hospitalar, proporcionou uma preparação essencial e facilitadora do processo de aprendizagem, do desenvolvimento e da consolidação destas competências do EEEMCPSC.

3.3 Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção 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

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma problemática transversal de saúde pública à escala global, definidas por qualquer infeção que um doente possa ter adquirido, consequente da prestação de cuidados de saúde, num meio hospitalar ou equiparável (*European Centre for Disease Prevention and Control, 2021*). As IACS comprometem a qualidade e segurança dos cuidados prestados (DGS, 2017b) e, a tendencial apreensão com estes desafios de saúde pública levou à conceção de programas de saúde, em Portugal, dedicados especificamente a esta área. Sendo que as IACS contribuem para o aumento do tempo de internamento, taxas de mortalidade e morbilidade e, consequentemente, gastos em saúde (DGS, 2017b), continua a ser elementar garantir a melhoria dos múltiplos indicadores de saúde preconizados no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), bem como basear a prática perante os objetivos emanados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2030 (DGS, 2023).

Dada a suscetibilidade e fragilidade da PSC, este problema torna-se num foco de maior atenção, pela necessidade de intervenções invasivas que se associam a um maior “(...) risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida (...)” (OE, 2018. p.19364). Em concordância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEEMCPSC, este deve intervir na procura permanente da excelência no exercício profissional (OE, 2018). Esta atuação na prevenção, passa pela elaboração e aplicação de programas de prevenção das IACS baseados na DGS, assim como do seu cumprimento e incentivo das recomendações e boas práticas.

Os EEEMC elos de ligação com o Grupo de Coordenação Local da PPCIRA de ambos os estágios, tal como preconiza o PNSD, fomentaram um cuidado contínuo, informado e auditado, perante as Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI), bem como as Precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT), quer aos elementos da equipa, quer aos estudantes presentes. Inclusive presenciei e acompanhei em ambos os locais de estágio,

uma auditoria da prática de Higienização das mãos. Motivada por este incentivo foi minha prática comum pesquisar e consultar a documentação supracitada, inclusive o material de apoio facultado na UC Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde Além da análise, baseei a prática na evidência científica, em cada contexto, nomeadamente perante os feixes de intervenção patenteados pela DGS: Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma n.º 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022); Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (Norma n.º 020/2015); Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (Norma n.º 021/2015, atualizada a 17/11/2022); Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (CVC) (norma nº 022/2015, atualizada a 29/08/2022).

A atuação na sala de emergência, do SUMC do centro do país, onde decorreu o momento I de estágio, permitiu assistir na realização de procedimentos complexos, como a colocação de CVC. A permanência destes doentes na sala de emergência era de um tempo reduzido, no entanto, os cuidados do controlo de infeção iniciam-se inclusive com o momento de aplicação dos dispositivos médicos e com os cuidados associados. Reconhece-se que a equipa multidisciplinar, além do uso dos EPI's adequados, ponderava a colocação do CVC, previamente ao procedimento, avaliava o número de vias e o local de inserção adequado, realizava a técnica segundo a norma em vigor da DGS. Os profissionais que manuseavam o cateter realizavam a higienização das mãos prévia apropriada, desinfetavam as conexões com clorhexidina a 2% em álcool, bem como realizavam o tratamento ao local de inserção do CVC, utilizando técnica assética (DGS, 2022a).

Neste serviço, também se procede à colocação de cateteres vesicais, num grande número de pessoas assistidas, pelo que os cuidados a adotar na aplicação e manuseio do mesmo, também foram ponderados na minha prática clínica, respeitando as orientações normativas do Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Era avaliada a necessidade efetiva do cateterismo vesical, cumprida a técnica assética durante a realização do procedimento, e a técnica limpa aquando do seu manuseio, garantindo a permanência do saco coletor, abaixo do nível da bexiga, bem como a realização da higienização do meato urinário, no momento dos cuidados de higiene parciais prestados durante os turnos (DGS, 2022b).

No SUMC, existem postos de solução antissética de base alcoólica e pontos de lavagem das mãos, em locais estratégicos, para permitir e incentivar a desinfeção das mãos nos cinco

momentos preconizados, tal patenteado na Norma da Direção-Geral da Saúde de Higiene das Mãos (Norma n.º 007/2019, 2019) e pelo Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos do Hospital. O material de uso único é utilizado exclusivamente na pessoa a cuidar e, todo aquele que poderá ser reutilizado, recebe o encaminhamento necessário para o serviço de esterilização, de modo a receber o tratamento de desinfeção e acondicionamento adequado, para voltar a ser utilizado. Verificou-se que o uso dos equipamentos de proteção preconizados para cada procedimento de risco infeccioso foi cumprido, nomeadamente a adoção das PBVT, todavia cuidados como a desinfeção de superfícies, o manuseamento de resíduos e o controlo ambiental (inclusive a troca de cortinas), foram identificadas como oportunidades a melhorar neste serviço. Importa mencionar que este apontamento foi transmitido aos elementos de ligação da PPCIRA da equipa, de modo a ocorrer uma atualização, divulgação e formação dos protocolos existente, neste âmbito.

Na UQ, do norte do país, tendo em consideração a suscetibilidade das pessoas queimadas, além da sua permanência em quartos individualizados durante o internamento, com um controlo de temperatura e de humidade, em cada turno, o uso de Equipamentos Proteção Individuais (EPI's) é perentório e os cuidados com as áreas corporais queimadas são rigorosos. Durante o estágio foi possível prestar cuidados a pessoas com lesões por queimaduras, havendo inicialmente uma preparação de todo o material necessário, sobre uma mesa limpa, com campo esterilizado. Neste local de estágio, também foi possível rastrear e atuar em conformidade, com os cuidados devidos, doentes com colonização ou infeção por *Staphylococcus aureus resistente à Meticilina* (MRSA), com o objetivo de prevenir e controlar a colonização e infeção por MRSA nos hospitais (DGS, 2015c), tal como preconiza a DGS. Os rastreios de MRSA são efetuados como preconizado e a higiene corporal é realizada com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após diagnóstico.

A acrescentar, que em ambos os locais de estágio, houve contato com doentes imunodeprimidos, suscetíveis a doenças potencialmente perigosas. No SUMC, o isolamento necessário era cumprido num quarto individual sempre que disponível, visto ser único no serviço, porém quando se encontrava disponível era preocupação da equipa multidisciplinar mobilizar recursos para que o isolamento protetor não ficasse comprometido. Já na UQ, tendo em consideração que todos os doentes internados, possuíam um quarto individual, pela sua vulnerabilidade acrescida, estas medidas tornavam-se mais fácil de adotar.

Tendo em conta o exposto anteriormente, creio que consegui atingir as competências comuns do enfermeiro especialista, as específicas do EEEMCPSC, assim como as de mestre.

4. Considerações finais

Perante a evolução científica e tecnológica do mundo atual, urge uma necessidade perseverante de especialização dos recursos humanos, no âmbito da saúde, inclusive dos enfermeiros. A qualificação destes, reflete-se na eficiência, na efetividade (OE, 2018), no aumento dos índices de satisfação pessoal dos profissionais, na melhoria crescente dos indicadores de saúde e, conseqüentemente, na elevada qualidade dos cuidados prestados (Leonardsen et al., 2022).

No decorrer dos momentos de estágio, houve a preocupação constante em prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade, com o objetivo de alcançar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista no âmbito da especialidade de enfermagem à pessoa em situação crítica. O percurso desenvolveu-se numa prática baseada na evidência científica, com o intuito de sustentar uma tomada de decisão consolidada e fundamentada, de modo a alcançar os objetivos delineados, bem como a adquirir bases sustentáveis para uma atuação diferenciada como futura enfermeira especialista. A experiência vivenciada em urgência e em emergência, diariamente, potenciou e facilitou a capacidade de identificação de eventos agudos de instabilidade e otimização da intervenção na prevenção dos mesmos, a destreza no manuseamento técnico necessários nos diferentes tipos de procedimentos invasivos e complexos, a comunicação eficaz, o controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos através do cumprimento rigoroso dos procedimentos estabelecidos nesta matéria, possibilitaram uma prestação de cuidados especializados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de falência orgânica ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais. Durante estes momentos de aprendizagem houveram constrangimentos e complexidades inerentes ao contexto, nomeadamente: a adaptação, de novo, ao papel de discente em contexto hospitalar, a dificuldade em conciliar o estágio com a atividade profissional, condicionada pela acumulação de turnos em simultâneo e, ainda o desenvolvimento de conhecimento intelectual e conceptual, todavia considera-se que foram ultrapassados com sucesso, tendo inclusive, potenciado a resiliência e o autoconhecimento sobre a gestão e a motivação necessárias para encarar os desafios constantes da profissão.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Perceção dos Enfermeiros Especialistas Médico-Cirúrgica sobre o ruído
na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica

1. Resumo

A diversidade de fontes de ruído, numa sala de emergência, reflete a complexidade do ambiente hospitalar e do cuidar da pessoa em situação crítica. O constante som de fundo elevado pode criar um ambiente stressante, dificultar a concentração e prejudicar a capacidade dos profissionais realizarem as suas intervenções com eficácia. A gestão eficaz do ruído no ambiente do serviço de urgência é vital para criar condições propícias à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e para proporcionar um ambiente de trabalho mais saudável para os profissionais de saúde.

Objetivo: Conhecer a percepção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre o efeito do ruído na sala de emergência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Material e Métodos: Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. A recolha de dados foi efetuada com recurso a um *focus group*, através de uma amostra por conveniência, tendo como participantes enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, a exercerem funções pelo menos há 5 anos, em sala de emergência. A entrevista semiestruturada realizou-se por videoconferência, com posterior transcrição e análise de conteúdo segundo Bardin, com categorização à posteriori. O estudo mereceu parecer favorável da comissão de ética.

Resultados: Da análise dos dados, obtidos a partir do *focus group* evidenciam-se sete categorias, baseadas na Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre o efeito do ruído na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, detalhadamente: fatores promotores de ruído; consequência do ruído para os profissionais; consequência do ruído na prestação de cuidados; vantagens da utilização de dispositivos de análise de decibéis, na sala de emergência; importância do *team leader* e *debriefing*.

Conclusão: Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Médico Cirúrgica identificam existir um ruído excessivo na sala de emergência, provocado por várias fontes de ruído, algumas delas potenciadas pela complexidade inerente aos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Admitem que o ruído excessivo é nocivo para os profissionais e que influencia a prestação de cuidados dirigidos, reconhecendo que existem estratégias que podem ajudar a moderar o mesmo, nomeadamente através do *team leader* e da mudança comportamental dos profissionais.

Palavras chave: Ruído, Sala de Emergência, Enfermeiro

2. Abstract

The diversity of noise sources in an emergency room reflects the complexity of the hospital environment and of the critical patient care. Constant loud background noise can create a stressful environment, making it difficult to concentrate and impair the ability of professionals to carry out their interventions effectively. Effective noise management in the emergency department's environment is vital for optimizing the care provided to critical patients and promoting a healthier work environment for healthcare professionals.

Objetives: To find out the perception of nurses specialized in medical-surgical nursing about the effect of noise in the emergency room on the care provided to critical patients.

Material and Methods: A descriptive and exploratory study of a qualitative nature. Data was collected using a focus group, through a convenience sample, with the participation of nurses specializing in medical-surgical nursing, who had been working in the emergency room for at least 5 years. The semi-structured interview took place by videoconference, with subsequent transcription and content analysis according to Bardin, with subsequent categorization. The study received a favorable opinion from the ethics committee.

Results: From the analysis of the data obtained from the focus group, seven categories emerged, based on the Perspective of Nurses Specializing in Medical-Surgical Nursing on the effect of noise on the care provided to critical patients in detail: factors that promote noise; consequences of noise for professionals; consequence of noise in the provision of care; advantages of using decibel analysis devices in the emergency room; importance of the team leader and debriefing.

Conclusion: The Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing identified excessive noise in the emergency room, caused by various sources of noise, some of which are enhanced by the complexity inherent to care provided to critical. They admit that excessive noise is harmful to professionals and that it influences the provision of targeted care, recognizing that there are strategies that can help moderate it, namely through team leaders and behavioral changes among professionals.

Key words: Noise, Emergency Room, Nurse

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Desde a existência do ser humano, que a pluralidade no mundo adquiriu significados específicos e, a diversidade sonora que o envolve desempenha um papel essencial em todas as atividades humanas, inclusive as aplicações acústicas são encontradas em todos os atributos da sociedade. Ao longo deste capítulo será diferenciado o conceito de som e ruído, a presença e a sua influência nos serviços de saúde e nos profissionais.

3.1 Som e o Ruído

O som define-se numa vibração de partículas de ar que se dissemina como uma onda sonora através da atmosfera (Comissão-Europeia, 2009) e, compreende propriedades físicas como a amplitude (A), o comprimento de onda (λ), a frequência (f) e o período (T) (Rodrigues et al., 2022). A amplitude é representada pela medida da magnitude positiva ou negativa da oscilação da onda sonora, sendo que quanto maior amplitude, mais forte será o som emitido. O comprimento de onda corresponde ao intervalo mínimo de repetição do padrão de vibração, sendo que o período é o tempo que essa mesma, leva para se repetir. A frequência correspondente ao número de vibrações por unidade de tempo, expressa-se em hertz (Hz), e os sons poderão diferenciar-se entre graves ou agudos (Rodrigues et.al, 2022).

O ruído é instável e mutável, varia ao longo do tempo e é importante considerar que o mesmo pode ser interpretado objetivamente, com medições mensuráveis, bem como quanto às experiências subjetivas de cada ser individual, o que significa que o impacto do ruído pode ser diferente para cada sujeito (Pedrosa, 2021). A sua conceção descritiva baseia-se particularmente, nas características físicas do mesmo, definindo-se o ruído como qualquer variação da pressão atmosférica que o ouvido pode detetar, dependente do meio de propagação das ondas sonoras (Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2011). A definição do ruído com base na frequência e amplitude é determinante para compreender as suas características. A frequência, classifica os sons em graves (20 a 355 Hz), médios (355 a 1410 Hz) e agudos (1410 a 20000 Hz) (Santos, 2018). Essa diferenciação é importante, pois diferentes frequências podem ter impactos distintos no conforto e na percepção humana. Quanto à amplitude, o Nível de Pressão Sonora (NPS), como é definido pela Administração de Segurança e Saúde Ocupacional (OSHA, 2011) representa a diferença entre a pressão do som ambiente instantâneo e a pressão atmosférica. Este é estimado numa escala logarítmica, em decibéis (dB), que quantifica a intensidade do som ouvido, em

condições normais de audição, de $20\mu\text{Pa}$ e de $10\text{-}12\text{ watt/m}^2$ como referência, considerando-se como limite de audibilidade, o correspondente a 0dB (Santos, 2018; Sousa, 2021).

Contrariamente aos processadores de som, que captam os níveis de pressão sonora na sua plenitude, o ouvido humano não tem a mesma capacidade, sendo que interpreta e estima o som em consonância com a frequência com que este é emitido (Carvalho, 2022). De modo a adaptar a sensibilidade dos equipamentos ao som rececionado pelo ouvido humano, são aplicados filtros de ponderação que corrigem as frequências dos valores analisados (Carvalho,2022). A configuração das medições aplicadas representam-se por filtros de ponderação A, B, C e D. A curva de ponderação A é habitualmente a escala selecionada para as medições quantitativas do som, expressa em dB(A) , visto que se assemelha à percepção das frequências ouvidas pelos humanos. A curva B e C, destinam-se à mensuração de frequências de média e elevada potência, respetivamente, no entanto, atualmente são pouco usadas. A curva D associa-se aos ruídos provenientes de aeronaves. (Carvalho, 2022).

3.2 O Ruído e os Serviços de Saúde

As unidades de saúde são organizações munidas de um imenso potencial de recursos humanos e recursos técnicos/tecnológicos, que garantem a excelência dos cuidados prestados à população. A interação destes meios, legitima parte do ruído presente no ambiente hospitalar. De acordo com a Agência Europeia do Ambiente (2016), cerca de 65% dos cidadãos europeus estão expostos a níveis de ruído elevados (Níveis Equivalentes de Pressão Sonora (Leq) de 24h superiores a 55 dB) e cerca de 9,7 milhões de pessoas estão expostas a níveis de ruído inaceitáveis (Leq de 24h superiores a 75 dB)”. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1999, emanou recomendações específicas acerca dos níveis de ruídos nos hospitais e os mesmos equipararem-se a níveis sonoros contínuos equivalentes (LAeq) de 40 dB(A) no período diurno e 35 dB(A) no período noturnos. Na literatura verificam-se, consistentemente, estudos que relatam níveis de ruído muito acima das diretrizes advertidas, variando de 45 a 90 dB, com picos de até 120 dB (Adams et al., 2023; Emar, et al., 2022; Fatovich, 2020).

A envolvência dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, inclusive, numa sala de emergência, é uma atividade complexa, geradora de um elevado nível de ruído (ACSS, 2019a). A exposição a este ruído, potenciado pela quantidade e dinâmica dos profissionais e diversidade de equipamentos fundamentais para a eficácia da assistência ao cuidado à pessoa em situação crítica, podem afetar quer os elementos da equipa na sua individualidade, quer a pessoa cuidada.

A enfermeira pioneira da enfermagem moderna, Florence Nightingale, já em 1854, após a sua participação na Guerra da Cimeira, destacou a importância do meio ambiente no contexto da saúde. A autora da Teoria Ambientalista, admitia que o meio ambiente não apenas poderia ser o foco do problema de saúde, mas também um fator de mediação que influencia a intensidade e a resolução do problema, inclusive enfatizava a otimização do ambiente como uma forma de promover a cura e o bem-estar dos doentes (Borson et al., 2018).

Este princípio é reiterado pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, na qual se define conforto como experiência holística a ser vivenciada por rever necessidades de alívio, tranquilidade ou transcendência, mais do que a ausência de dor, quer num contexto físico (associado a sinais corporais), psicoespiritual (no que diz respeito à autoconsciência da pessoa), ambiental (inclusivo a luminosidade, o ruído, a temperatura, condições estruturais) e/ou sociocultural (relações interpessoais) (Kolcaba, 2021). Para uma percepção específica, Lima et al. (2016) descreve alívio como a satisfação de uma necessidade particular do doente de uma forma imediata; tranquilidade como sendo o estado de contentamento duradouro, após a satisfação de necessidades específicas e, a transcendência como a superação dos problemas e dores sentidas, sendo tido como o nível de mais elevado conforto sentido pelo indivíduo.

O ambiente inerente ao cuidado à pessoa em situação crítica é, na maioria das vezes, uma experiência negativa, revendo-se num compromisso precipitadamente das quatro dimensões do conforto. Recorrentemente, os doentes relatam sentimento de angústia, por permanecerem num ambiente superlotado, desconfortável, sem privacidade e com ruído excessivo (Ponte et al., 2019; Sonis & White, 2020). Além da dependência física da pessoa cuidada, associada aos procedimentos complexos e desconfortáveis a que está sujeita, a presença de níveis de pressão sonora elevados é enunciada como um dos pressupostos mais referenciados no contexto ambiental, que contribui para o desconforto da pessoa em situação crítica (Ponte et al., 2019; Sonis & White, 2020). Subentende-se que a necessidade de cuidados de saúde, instigue um desequilíbrio para o indivíduo, além da sua condição de doença.

Os profissionais de saúde que intervêm nos serviços de urgência e emergência, são considerados mais vulneráveis para o desenvolvimento de doenças profissionais, inclusive doenças mentais, justificado pelo stress e condições de trabalho inerentes às suas funções (Silva et al., 2019). A Teoria do Conforto atenta também ao conforto do profissional,

contestando que o mesmo, está diretamente relacionado com a sua satisfação e com o comprometimento com a instituição, prestando cuidados de uma forma mais eficiente quando se sente confortável no seu local de trabalho (Kolcaba et al, 2006). O aumento do conforto do profissional que presta cuidados à pessoa em situação crítica, traduz-se na melhoria da promoção da saúde, no aumento da satisfação da pessoa, na melhoria das políticas e práticas da instituição e diminuição da morbidade e mortalidade (Peixoto, 2021).

Em suma, os pressupostos da teoria do conforto defendem que as pessoas na sua individualidade, têm necessidade de conforto e que esta é uma necessidade básica a vivenciar de uma forma holística. Perante tal circunstância, é função do enfermeiro procurar a homeostasia, planejar e instituir intervenções de enfermagem, que visem promover o conforto do doente e o seu próprio conforto. Considerando este princípio e revalidando o dano provocado pela exposição ruidosa no ambiente hospitalar, a redução do ruído deverá ser foco de intervenção do enfermeiro (Pal et al., 2022).

A diversidade de fontes de ruído é bastante abrangente e reflete a complexidade do ambiente hospitalar, especialmente nos serviços de urgência. Desde alarmes e equipamentos médicos, até atividades humanas, como conversas, risos, a aglomeração de pessoas, a tosse, o choro, incluindo o ruído provocado por dispositivos eletrónicos, nomeadamente, ventiladores, monitores, a campainha interna, bombas perfusoras, ar condicionado, carros de transporte, equipamentos de limpeza, tubos de vácuo, computadores, telefones, alarmes, e até o encerramento de portas abruptamente, potenciam a presença de níveis excessivos de ruído no serviço (Castellon, et al., 2022; Delmas et al., 2020; Fatovich, 2020; Filus et al., 2018; Loupa et al., 2019).

A revolução tecnológica, especialmente na área da saúde, desempenha um papel crucial na otimização da prestação de cuidados e na redução da taxa de mortalidade, no entanto, é importante reconhecer que essa transformação tecnológica também traduz uma considerável fonte de ruído.

Os alarmes, concebidos para alertar sobre eventos críticos, tornaram-se uma fonte omnipresente de ruído nos hospitais. Embora esses alarmes desempenhem um papel crucial na segurança do doente, a reprodução de várias fontes de alarmes pode gerar consequências indesejadas para o bem-estar tanto dos doentes, como dos profissionais (Ruskin et al., 2019). A fadiga do alarme é um fenómeno que designa a dessensibilização por parte dos profissionais de saúde, em relação aos alarmes importantes, enunciados pelos equipamentos

de monitorização ativa de doentes (The Joint Commission, 2021), o que poderá provocar uma resposta clínica tardia ou até inexistente aos mesmos (Jämsä et al., 2021).

O ruído constante, presente num serviço de atendimento à pessoa em situação crítica, pode criar um ambiente stressante, dificultando a concentração e prejudicando a capacidade de os profissionais realizarem as suas intervenções com eficácia. Um estudo desenvolvido por Fillus, et al. (2018), identificou vários efeitos críticos do ruído, detalhadamente: cansaço, reconhecido por 79.05% da população inquirida (n= 38); stress; ansiedade; irritabilidade; nervosismo; perturbação do sono; cefaleia; zumbido; perda auditiva; dificuldade no desempenho de tarefas. Outros autores referem ainda que, perante elevado ruído hospitalar constante, os enfermeiros aumentam o risco de desenvolverem hipertensão arterial (Bolm-Audorff et al., 2020). O ruído prejudica o pensamento e a tomada de decisão rápida, principalmente quando se desempenham tarefas complexas, exige uma maior capacidade de atenção, inclusive poderá potenciar o risco de dano da acuidade auditiva dos profissionais (Castellón, et al., 2023; Delmas et al., 2020; Fatovich, 2020; Tinoco, 2020). A dificuldade na comunicação eficaz é uma consequência importante do ruído excessivo, pois pode resultar em equívocos, erros e uma diminuição geral na qualidade do trabalho (Fatovich, 2020). A presença de níveis elevados de ruído de fundo, como os encontrados em ambientes hospitalares, pode inclusive, prejudicar a comunicação, especialmente quando se trata de frases complexas, em particular se a comunicação for numa segunda língua, com um sotaque associado ou até se houver perda auditiva do ouvinte (Emar et al., 2022). A comunicação comprometida está associada a um aumento da ocorrência de erros, inclusive poderão decorrer implicações cruciais na confidencialidade das informações clínicas transmitidas (Emar et al., 2022; Oleksy & Schlesinger, 2019; Pal et al., 2022).

As descobertas que destacam o impacto negativo dos níveis de ruído, nas salas de emergência, sublinham a importância crítica de gerir e controlar os níveis elevados de ruído. Como mencionado por Adams et al. (2024) os efeitos adversos do ruído não se limitam apenas aos doentes, também afetam negativamente os profissionais de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) o “ruído é um dos problemas de saúde ocupacional mais difundidos por todo o mundo (..)” (OMS, 2001). Com o intuito de regular as normativas mínimas de segurança e saúde, perante a exposição ocupacional ao ruído e os riscos eminentes para os trabalhadores, o Parlamento Europeu e do Conselho, emanou o Decreto-Lei nº 182/2006. Este documento, esclarece valores limite de exposição pessoal diária (LEX,8h) de 87 dB(A) e valores limite do

nível de pressão sonora de pico (L_{Cpico}) de 140db(C) (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). Todavia, é importante salvaguardar que o mesmo, apenas referencia condições de higiene e segurança no trabalho, na generalidade da prática laboral, sem especificar condições criteriosas para os profissionais de saúde e eventuais riscos para as pessoas em unidades de saúde. Concomitantemente com o supracitado, autores relatam que o ruído interfere com o desempenho eficaz das atividades, poderá afetar a satisfação profissional de cada um e, potenciar o risco de *burnout* (Oleksy e Schlesinger, 2019; Pal et al, 2022). Compreende-se inclusivamente que, os efeitos do burnout relacionados com o ruído, além de comprometerem a eficiência da prestação de cuidados, pela equipa multidisciplinar, afetam também o contexto pessoal de cada profissional, aumentando a irritabilidade, provocando alterações de humor, bem como a dificuldade em completar tarefas fora do contexto laboral (Oleksy & Schlesinger, 2019; Pal et al., 2022; Tinoco, 2020).

A gestão eficaz do ruído no ambiente do SU e, inclusive, da sala de emergência, é vital para criar condições propícias ao tratamento eficaz dos doentes e para proporcionar um ambiente de trabalho mais saudável para os profissionais de saúde. Isso inclui a identificação de fontes de ruído, a implementação de estratégias para reduzir o ruído excessivo e o desenvolvimento de protocolos que visem minimizar o impacto do ruído na saúde e no bem-estar de todos (Adams et al., 2023; Oleksy & Schlesinger, 2019; Pal et al., 2022).

Com o intuito de mitigar os efeitos adversos relacionados com os elevados níveis de ruído, vários autores enumeram estratégias de melhoria como: incentivo à moderação do tom de voz utilizado durante as conversas; criação de ambientes próprios para discussão clínica entre os profissionais, com o distanciamento oportuno das unidades dos doentes; disponibilidade eficiente para dar resposta aos alarmes, controlo cuidado da abertura e encerramento de portas e gavetas; identificação e manutenção precoce de equipamentos citados como fontes de ruídos; alterações arquitetónicas (Adams et al., 2024; Filus et al., 2018; Oleksy & Schlesinger, 2019; Pal et al., 2022) e; implementação de alertas visuais de ruído (por exemplo: dispositivos “SoundEar®”) (Adams et al., 2024; Outrey et al., 2021). O reajuste adequado dos alarmes dos equipamentos, ao doente monitorizado e ao ambiente em que está envolvido, também poderá ser uma estratégia de redução de ruído eficiente, diminuindo a ambiguidade e a fadiga causada, aumentando inclusive, a produtividade e a segurança do doente (Oleksy & Schlesinger, 2019; Pal et al, 2022).

4. Finalidade e Objetivos

Neste capítulo irá ser apresentada a finalidade do estudo de investigação, assim como os objetivos do mesmo.

Perante a complexidade do cuidado à pessoa em situação crítica, compreendemos que devem ser adotadas todas as medidas possíveis para um cuidado eficiente, equacionando todos os fatores promotores para tal. Durante a prática laboral diária da investigadora, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, na sala de emergência, perceberam-se momentos em que o ruído influenciava essa mesma prestação, aumentando o risco de segurança do doente.

As questões de investigação são perguntas específicas que os investigadores pretendem responder, para solucionarem o problema de investigação identificado (Polit & Beck, 2019). Tendo em conta o exposto, surge a temática deste estudo, nomeadamente conhecer a percepção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre o efeito do ruído na sala de emergência na prestação de cuidados à PSC. Assim, foi definida como questão de investigação: Qual a percepção dos EEMC sobre o efeito do ruído na sala de emergência na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica?

A definição dos objetivos é crucial, visto que permite enaltecer qual a finalidade que se pretende alcançar com a elaboração do estudo (Polit & Beck, 2019). Em consonância com a questão de investigação supracitada, o objetivo principal deste estudo é: Conhecer a percepção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre o efeito do ruído na sala de emergência na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

5. Metodologia

Com o intuito de obter conhecimento acerca de uma matéria específica, é oportuno e necessário seguir determinados procedimentos, com um determinado método para alcançar os resultados preconizados. A metodologia de investigação designa as fases, os modelos de trabalho, os procedimentos a adotar para a aquisição e organização do conhecimento, de modo a desenvolver o processo de descoberta científica acerca dessa mesma temática delineada (Vilelas, 2020).

Ao longo deste capítulo preconiza-se que seja perceptível a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo de investigação, expondo o tipo de estudo, a população participante, o contexto, o instrumento de recolha dos dados e o método de tratamento dos mesmos.

5.1. *Desenho do estudo*

Para dar resposta à questão de investigação - Qual a percepção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre o efeito do ruído na sala de emergência na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica - realizou-se um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. Utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo de Bardin, de forma a identificar e categorizar a percepção dos EEMC sobre o efeito do ruído na sala de emergência na prestação de cuidados à PSC.

A investigação qualitativa é uma metodologia de estudo, que aborda a perspetiva dos indivíduos em relação ao mundo e a sua interpretação do mesmo, como se se tratasse do relato descritivo da correlação entre a subjetividade da pessoa e o vínculo indissociável com o mundo objetivo (Vilelas, 2020).

Num estudo de investigação, o investigador deverá apresentar o objetivo geral de uma forma clara e precisa, esclarecendo a essência do planeamento da temática em estudo e o conceito exposto no título do projeto de investigação (Vilelas, 2020). Decorrente da questão de partida, foi definido o objetivo geral para este estudo: Conhecer a percepção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre o efeito do ruído na sala de emergência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Para Fortin (2009), população designa-se por um conjunto de indivíduos que se integram nos critérios de seleção definidos pelo investigador e que é representativo da generalidade pretendida. A população deste estudo foi constituída por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica a exercer funções em serviços de urgência há pelo menos 5 anos, com experiência de prática em sala de emergência. Benner et al. (2009) enquadram a vasta experiência e o conhecimento como predicados do enfermeiro perito, onde o julgamento clínico intuitivo se alinha no cuidado holístico ao doente/família. A definição do critério supracitado encontra-se em linha com a teoria de Patrícia Benner e com Regulamento Geral das Áreas de Competência acrescida, no seu artigo 4º. Os participantes deste estudo foram selecionados por conveniência e convidados através de correio eletrónico, considerando que uma amostra por conveniência é aquela em que os elementos são escolhidos com base na disponibilidade e acessibilidade, em vez de seguir um método sistemático de seleção (Vilelas, 2020).

De forma a procurar atingir o objetivo, foi realizado um *focus group*, via *Microsoft Teams*, orientado através de uma entrevista semiestruturada, com nove participantes, que cumpriram os critérios de seleção referidos.

Contextualizando, um *focus group* pode ser definido como um método de investigação, no qual são reunidos os participantes selecionados para amostra do estudo, num mesmo local (presencial ou digital) e num determinado intervalo de tempo, com o intuito de obter dados acerca do tema previamente identificado, através do diálogo e da interação entre ele (Vilelas, 2020). As entrevistas semiestruturadas, são um formato de entrevista que combina perguntas abertas e fechadas. Isso significa que o entrevistador tem um conjunto de perguntas predefinidas, sob um guião delineado previamente, que o permite obter informações detalhadas sobre as experiências, opiniões e perspetivas do entrevistado sobre o tema em questão (Vilelas, 2020). À entrevista realizada para a recolha de dados deste estudo de investigação, precedeu o planeamento de um guião (Apêndice III), com a organização detalhada dos blocos temáticos e o tempo de duração elencado à abordagem de cada um, nomeadamente: Legitimação do *focus group* e motivação dos participantes (15 minutos (min)), a abordagem da temática (70min) e a finalização da entrevista, com a agradecimento aos participantes (5min). A realização de entrevistas do *focus group* online, evidenciou-se ainda mais no período pós-pandemia da doença por coronavírus, em 2019 (COVID-19), pois houve necessidade de desenvolver estratégias de colheita de dados para interligar adaptações e novos recursos, que permitissem a continuidade de processos de

investigação, apesar da pandemia (Lobe et al., 2020; Schmidt et al., 2020). Além da praticidade reconhecida com este método, existem outros fatores que potenciam a utilização do mesmo, nomeadamente: maior abrangência geográfica, com inclusão de participantes, independentemente da sua localização, gestão de recursos financeiros envolvidos e diminuição significativa de tempo necessária para a recolha de dados, inclusivamente a participação poderá ser mais ativa, tendo em consideração que os participantes não se encontram face a face com o investigador, nem em locais públicos, possivelmente constrangedores (Gray et al., 2020; Junior & Mesquita, 2022; Upadhyay & Lipkovich, 2020). Em concordância, tendo em consideração o avanço tecnológico e as diversas ferramentas virtuais disponíveis, o *focus group* online é uma propensão para o futuro (Souza, 2020).

No que concerne à duração da entrevista, denota-se uma diferenciação entre as recomendações para as entrevistas presenciais e as entrevistas online. Tendo em consideração as condicionantes de preparação e até deslocação para a realização de uma entrevista presencial, pode reconhecer-se que o tempo a dispensar para a concretização de um *focus group* online será comparativamente inferior (Junior & Mesquita, 2022). Uma entrevista presencial poderá durar entre 60 a 180 minutos e uma online deverá durar entre 60 a 90 minutos (Torres, 2023). Inclusive é de salientar que a duração desta metodologia deverá ser contida, visto que o uso destas novas tecnologias pode provocar fadiga aos intervenientes e influenciar a sua participação (Gray et al., 2020). O *focus group* realizado pela investigadora deste estudo, foi concretizado via *Microsoft Teams*, de forma síncrona, com interação simultânea, com uma duração de quarenta e cinco minutos, tendo sido solicitada a autorização aos nove participantes para a gravação de vídeo e áudio da mesma, de forma a possibilitar a posterior transcrição, para simplificar a análise de conteúdo, segundo Bardin, com categorização à posteriori.

O número de participantes de um *focus group* é variável, no entanto deverá ser pequeno o suficiente para permitir a participação de todos na exposição das suas opiniões, em resposta ao solicitado, e oportunamente grande para que se possa obter uma diversidade global das ideias da população-alvo (Vilelas, 2020). Enquadrado nesta justificativa, o autor conclui que no mínimo deverão existir quatro participantes e no máximo doze, diminuindo assim um número reduzido de conceitos e a reflexão dos mesmos, bem como a dispersão de ideias e a dificuldade da participação ativa de todos os elementos envolvidos (Vilelas, 2020). Oliveira et al. (2020) corrobora afirmando que um *focus group* deverá ser composto entre seis e doze intervenientes. Fundamentado pelas afirmações enunciadas pelos vários autores estudados,

foram convidados quinze participantes, para a realização desta entrevista mas apenas nove mostraram disponibilidade para a data agendada.

Tal como supracitado, optou-se por realizar a análise de dados através da análise de conteúdo segundo Laurence Bardin. Esta consiste num conjunto de técnicas de análise das conversas relatadas pelos participantes, durante a entrevista, pretendendo dispor o conteúdo de uma forma objetiva e sistemática, em indicadores quantitativos ou qualitativos, representativos das variáveis inferidas das mensagens (Bardin, 2022). A análise de conteúdo segundo Bardin organiza-se em três fases elementares: a pré-análise, onde se reúnem os documentos, formulam-se as hipóteses e definem-se os objetivos; a exploração do material, com a categorização ou codificação dos dados, definidas a priori ou a posteriori e; o tratamento dos resultados, com as inferências e interpretação das mesmas (Bardin, 2022). A fase da pré-análise preconiza a conceção do corpus da pesquisa, pela subordinação a determinadas regras, com a pretensão de absorver o conteúdo do assunto em estudo (regra da exaustividade), reunindo uma amostra representativa da população (regra da representatividade), realizando uma colheita de dados igual perante sujeitos enquadrados em critérios de seleção equiparáveis (regra da homogeneidade), com a seleção adequada de documentos que respondam aos objetivos delineados (regra da pertinência) e a nomeação de apenas uma categoria a cada elemento enunciado (regra da exclusividade) (Bardin, 2022). A segunda etapa, denominada como a exploração do material, corresponde à atribuição de códigos, à divisão ou enumeração de unidades selecionadas, amostras relacionadas e categorias definidas, com a codificação e categorização dos dados obtidos (Bardin, 2022). Esta categorização poderá ocorrer a priori ou a posteriori. As categorias a priori são organizadas em conformidade com as referências teóricas prévias e os objetivos previamente delineados, o que concede a síntese das categorias a posteriori, que emergem da categorização gradual dos dados expostos pelos participantes (Rodrigues, 2019). A última fase do tratamento dos resultados, consiste na organização dos resultados obtidos, a interpretação detalhada e a conclusão da análise dos mesmos, perante os objetivos delineados (Rodrigues, 2019).

5.2. *Considerações éticas*

Para a realização do estudo de investigação foi solicitado o pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo-se obtido parecer positivo (Anexo I).

Como supracitado, os participantes foram convidados a participar no estudo de uma forma voluntária, consciente e informada, perante o princípio básico da autonomia. O convite foi

formalmente dirigido, via correio eletrónico, após uma conversa de abordagem deliberada, onde constava o contexto, os objetivos e todas as informações sobre o estudo em questão. Enviou-se a todos os participantes um documento de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo II) de forma a garantir que todos os procedimentos éticos eram cumpridos e solicitou-se a devolução pela mesma via os documentos individuais, assinados pelos participantes. Os participantes foram codificados através de letras e algarismos de modo a não ser possível a sua identificação no estudo, sendo esta apenas do conhecimento do investigador principal.

Os dados resultantes do *focus group* serão de uso exclusivo do investigador principal e, foram utilizados exclusivamente para a realização deste estudo de investigação. O estudo não acarretou custos para os participantes e a participação foi de carácter totalmente voluntário. Os investigadores não tiveram qualquer conflito de interesse, com o desenvolvimento deste trabalho.

6. Resultados / Discussão de Resultados

A apresentação dos resultados consiste na descrição dos dados reunidos, neste caso em concreto a partir do *focus group* realizado, enquanto que a discussão dos mesmos, corresponde à sua interpretação, com respetivo significado, contextualizado pelos objetivos delineados e suportado pela pesquisa da literatura realizada. Importa referir que na pesquisa dessa literatura atual acerca da temática, encontraram-se poucos artigos que abordassem a influência do ruído, em sala de emergência, a maioria dos estudos são referentes a contextos de serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos.

Neste capítulo expõem-se as categorias que emergiram dos resultados obtidos, em consonância com as subcategorias e as unidades de registo identificadas, bem como o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação dos mesmos, baseada na perspetiva dos EEMC sobre o efeito do ruído na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Da análise do conteúdo da entrevista do *focus group* surgiram as seguintes categorias: fatores promotores de ruído; consequência do ruído para os profissionais; consequência do ruído na prestação de cuidados; vantagens da utilização de dispositivos de análise de decibéis, na sala de emergência; importância do *team leader* e *debriefing*.

Categoria: Fatores promotores de ruído

As subcategorias relacionadas à categoria principal fatores promotores de ruído reportadas pelos EEMC foram: Profissionais; Equipamentos; Familiares; Conversas paralelas e Condição de saúde do doente, que se apresentam na seguinte tabela (Tabela 1).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Fatores promotores de ruído	Profissionais	P1: “Sobretudo profissionais (...)”
		P2: “(...) acho que é sobretudo, às vezes, o excesso de profissionais (...)”
		P3: “(...) de facto é a presença de muitos profissionais (...)”
		P4: “Também quando entram, seja o técnico de ECG, seja o técnico de imagiologia, bombeiros, enfermeiro da triagem(...)”
		P5: “(...) o excesso de profissionais (...)”
		P6: “(...) há um excesso de profissionais (...)”
		P7: “(...) o excesso de profissionais (...)”
		P8: “Acho que o maior ruído vem sempre por parte dos profissionais, (...)”
	Equipamentos	P2: “(...) o barulho dos equipamentos.”
		P3: “De facto, os aparelhos. (...) ventiladores invasivos e não invasivos, monitores de parâmetros vitais, (...) bombas e seringas infusoras, desde os autotestes dos monitores. (...) telefone, o ar condicionado, (...) computadores.”
		P5: “(...) são os equipamentos (...)”
		P6: “(...) o ruído dos instrumentos e dos equipamentos (...)”
		P7: “(...) realmente os equipamentos (...)”
		P8: “(...) E tudo o resto, equipamentos, claro que sim, que causam ruído.”

Tabela 1 – Fatores promotores de ruído

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Fatores promotores de ruído	Familiares	P4: “Por exemplo, familiares que nós as vezes permitimos a entrada (...)”
	Conversas paralelas	P4: “ (...) as conversas paralelas que nós temos (...)”
		P5: “(...) das conversas paralelas também que já foram aqui ditas (...)”
	Condição de saúde do doente	P4: “ (...) e até a própria condição de saúde do doente.” P3: “ O próprio ruído relacionado com a condição de saúde dos utentes, seja por questões de dor, por estarem com verborreia associados a quadros de desorientação, são de facto fontes de ruído.” P6: “(...) bem como em situações de trauma em que o doente seja mais agitado.” P8: “O próprio doente ou os vários doentes, muitas vezes não está só um na sala, também são fator de maior ruído.”

Tabela 1 –Fatores promotores de ruído

No que diz respeito à categoria “Fatores Promotores de Ruído”, identificaram-se as seguintes subcategorias: profissionais, equipamentos, familiares, conversas paralelas, condição de saúde do doente. Os participantes enfatizam como principal fator promotor de ruído, os profissionais presentes na sala de emergência, referências estas que se coadunam com o descrito na literatura, sendo o ruído gerado pelas pessoas da própria equipa, enunciado como um dos principais fatores promotores de ruído (Adams et al., 2024; Fatovich, 2020; Filus et al., 2018; Loupa et al., 2019). Outro dos fatores serão os equipamentos e estes são enumerados na sua globalidade, ou pormenorizados pelos participantes. Também Filus et al. (2018) identifica o ruído provocado pelos equipamentos, como responsável por uma percentagem significativa dos decibéis presentes na sala de emergência, nomeadamente, numa amostra de 38 participantes, 60.53% afirmam-no. Inclusive, destacam desses os ventiladores, os monitores, as campainhas, bombas infusoras, macas de transporte, telefone, ar condicionado e computadores (Fatovich, 2020; Filus et al., 2018), bem como alarmes, encerramento abrupto de armários, portas e, até as tampas de estruturas metálicas existentes na área clínica (Fatovich, 2020; Filus et al., 2018; Loupa et al., 2019). Os familiares, as conversas paralelas e condição de saúde do doente são também enunciados pelos participantes como fator promotor de ruído e segundo Filus et al. (2018) também o doente e o aglomerado de pessoas na sala são promotores de ruído, tal como as conversas entre as mesmas (Adams et al., 2024; Fatovich, 2020).

Categoria: Consequência do ruído para os profissionais

As subcategorias relacionadas à categoria principal consequência do ruído para os profissionais mencionadas pelos participantes foram: erros na prestação de cuidados; falha na comunicação; concentração; stress; irritabilidade; ansiedade; cefaleia e insónia, discriminadas na próxima tabela (tabela 2).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Consequências do ruído para os profissionais	Falha na comunicação	P9: “Acho que pode interferir na comunicação. Há uma falha de comunicação que pode conduzir ao risco (...)” P3: “(...) estes erros de comunicação têm intercorrências (...)”
	Concentração	P3: (...) também em nós, no sentido de termos de ter um esforço extra para estarmos concentrados e para conseguirmos perceber a mensagem final.” P4: “(...) o erro é muito provável porque efetivamente nos distraímos facilmente. (...)”
	Stress	P3: “Também acho que contribui para um cansaço mais agravado, mais stress(...)” P4: “(...) ser uma causa de irritação, stress (...)”
	Irritabilidade	P3: “Também acho que contribui para (...) irritabilidade (...)” P4: “(...) ser uma causa de irritação(...)”
	Ansiedade	P3: “Também acho que contribui para (...) ansiedade (...)”
	Cefaleia	P3: “Também acho que contribui para (...) cefaleia (...)” P7: “(...) sim claro que vai afetar (...), cefaleias (...)” P4: “(...) ser uma causa (...) dores de cabeça (...)”
	Insónia	P7: “(...) sim claro que vai afetar depois o nosso bem estar de repouso, de insónias (...)”

Tabela 2: Consequência do ruído para os profissionais

Ao questionar os participantes acerca do excesso de ruído na sala de emergência, onde desenvolvem as suas funções, obtiveram-se seis afirmações perentórias, equiparando-se aos enunciados da literatura analisada, que consideram a sala de emergência e o serviço de urgência, como ambientes ruidosos, que excedem as recomendações normativas (ACSS, 2019a; Adams et al., 2024; Emar, 2022; Fatovich, 2020; Tinoco, 2020). Perante esta informação, enquadra-se a segunda categoria principal identificada, “consequências do ruído para os profissionais”, fragmentada nas seguintes subcategorias: erros na prestação de cuidados; falha na comunicação; concentração; stress; irritabilidade; ansiedade; cefaleia e insónia, discriminadas na próxima tabela (tabela 2).

Existem diversas condicionantes que moldam a tolerância e a percepção do ruído, nomeadamente a natureza do ruído, a intensidade, o tempo de exposição, a idade e até mesma a suscetibilidade individual de cada um (Pedrosa, 2021; Santos & Almeida, 2016; Soto-Castellón et al., 2023). Como destacado pela OMS (2021), os níveis de pressão sonora em meio hospitalar, de um modo geral encontram-se acima dos valores advertidos e, a exposição por longos períodos, poderá potenciar um quadro de alterações fisiológicas, psíquicas e comportamentais associadas à atividade laboral, entre elas: sintomas físicos, perturbações na comunicação, diminuição da sensibilidade auditiva do profissional, stress, exaustão emocional, alterações do padrão do sono, reduz a capacidade de alerta e precede um aumento significativo do risco de incidentes, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (Delmas et al., 2020; Fatovich, 2020; Filus et al., 2018; Park et al., 2017; Pedrosa, 2021; Soto-Castellón et al., 2023; Tinoco, 2020). Em consonância com o referido pelos participantes deste estudo, vários autores identificam cefaleia, odinofagia, fadiga, insónia, dores musculares e até doenças cardiovasculares como sintomatologia reiterada em profissionais expostos a um elevado nível de pressão sonora frequentemente (Barzani & Dal Yilmaz, 2022; McDermid et al., 2020; Van Kempen et al., 2018). Em ambientes ruidosos a comunicação verbal fica comprometida, condicionada pela dificuldade em se ouvir a mensagem transmitida, com clareza e exatidão, bem como, pelo facto de, tal como referido por participantes deste estudo, ocorrer a necessidade de aumentar o tom de voz para sobrepor os níveis de ruído existentes, associada em vários momentos a irritabilidade e ansiedade por esse mesmo fator (McDermid et al., 2020; Pedrosa, 2021). Esta comunicação ineficaz dificulta a transmissão e percepção de informação entre os profissionais, o que potencia também o erro e exige uma maior concentração para a realização de intervenções complexas (Fatovich, 2020; Filus et al., 2018; McDermid et al., 2020; Park et al., 2017). A diminuição da sensibilidade ou até mesmo da acuidade auditiva do profissional está correlacionada com um mecanismo biológico, onde ocorre dano ou degeneração nos órgãos

sensoriais, através da destruição das células ciliadas da cóclea (ouvido interno). Inclusive, um estudo recente reconhece que a exposição a elevados níveis de pressão sonora causam uma alta liberação de zinco no espaço extra e intracelular, o que provoca malignidade celular e interfere na relação entre as mesmas (Bizup et al., 2024). Segundo a OMS (2023), o stress é definido por uma preocupação ou tensão mental provocada por uma experiência desagradável, que poderá condicionar a ação de uma forma adequada física e mentalmente. Em termos fisiológicos sabe-se que o organismo humano reage a elevados níveis de ruído, do mesmo modo que reage ao stress, através da estimulação da hipófise e do sistema nervoso simpático, aumentando a liberação de noradrenalina, do cortisol e da adrenalina (Santos & Almeida, 2016). No entanto, existe uma condicionante subjetiva que poderá modelar a relação entre o ruído e o stress, que é a sensibilidade individual face ao mesmo, sendo que, por norma, quem tem uma sensibilidade aumentada ao ruído, tem uma maior probabilidade de alerta e tendência para percecioná-lo como perturbador e influenciador da sua ação emocionalmente (Park et al., 2017; Yaghoubi et al., 2020). Em linha com estes autores, conclui-se que a relação entre o stress e o ruído, intensificam a exaustão emocional, reduz a capacidade de alerta do profissional, interfere na produtividade e precede um aumento significativo do risco de incidentes, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (Barzani & Dal Yilmaz, 2022; McDermid et al., 2020).

Categoria: Consequência do ruído na prestação de cuidados

As subcategorias relacionadas à categoria principal fatores consequências do ruído para os profissionais mencionadas pelos participantes foram: identificação tardia da instabilidade clínica/fadiga do alarme; insegurança e pouca colaboração da pessoa em situação crítica e erros na prestação de cuidados efetiva, expostas na tabela subsequente (tabela 3).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Consequência do ruído na prestação de cuidados	identificação tardia da instabilidade clínica/fadiga do alarme	P7: “(...) o erro será o maior risco e transmitirmos uma sensação de pouca organização e pouco domínio da sua situação perante o doente (...)” P2: “(...) os profissionais distraídos muitas vezes não estão atentos a alguns sinais de que o doente está a transmitir e que poderiam antecipar algumas situações (...)” P4: “(...) e falo por exemplo da parte dos alarmes de várias máquinas que sejam, no meu caso, me distraem da parte de eu menosprezar este alarme (...)”
	insegurança e pouca colaboração da pessoa em situação crítica	P4: “(...) o excesso de ruído afeta o doente que está deitado naquela maca (...) tudo os distrai e não colaboram nada com aquilo que os profissionais podem ir exigir do doente para que ele melhore.”
	erros na prestação de cuidados efetiva	P3: “(...) poderão resultar em erros na prestação de cuidados, no engano de uma dosagem, de um fármaco, nome idêntico, etc.(...)” P5: “(...) o atraso no tratamento do doente crítico (...)”

Tabela 3 - Consequência do ruído na prestação de cuidados

Com a análise dos resultados, na sequência da quarta questão dirigida no *focus group*, identificou-se outra categoria principal, “consequência do ruído na prestação de cuidados”, sendo reconhecidas as seguintes subcategorias: identificação tardia da instabilidade clínica/fadiga do alarme; insegurança e pouca colaboração da pessoa em situação crítica e erros na prestação de cuidados efetiva, expostas na tabela prévia (tabela 3).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica corresponde a cuidados diferenciados a uma pessoa com afeção de uma ou mais funções vitais, prevenindo complicações e potenciando a recuperação total da pessoa (OE, 2018). Segundo o Regulamento n.º 429/2018, estes cuidados impõem uma análise contínua e sistemática de sinais e sintomas, alguns deles mensuráveis, da pessoa em concreto, com a pretensão de identificar precocemente complicações e atuar em conformidade de uma forma orientada e eficiente (OE, 2018). Numa sala de emergência, dispomos de um conjunto de equipamentos, monitores e ventiladores que auxiliam o cuidado dirigido à pessoa em situação crítica, todavia associados a esta evolução tecnológica, há a propensão para existir um maior número de ocorrência de alarmes, tendo em consideração a exatável instabilidade da pessoa cuidada e a sensibilidade, pouco personalizada, dos alarmes à mesma, sendo indissociável um maior nível de pressão sonora existente na sala, condicionado inclusive pelos níveis de volume e os limites de disparo, generosamente inclusivos e generalistas, uniformizados nos equipamentos (Oleksy & Schlesinger, 2019). A necessidade de monitorização contínua poderá instigar a presença de múltiplos alarmes, alguns deles inesperados e pouco representativos da condição clínica da pessoa monitorizada. Vários autores corroboram este facto, elucidando que em média 72 a 99% dos alarmes clínicos são reconhecidos como falsos alarmes (Bach et al., 2018), potenciados pela alta sensibilidade e baixa especificidade dos monitores, o que exige dos profissionais uma resposta aos mesmos, recorrentemente (Shaoru et al., 2023). Perante a exposição incessante a este ruído, os profissionais desenvolvem uma dessensibilização ao som de alerta dos equipamentos, advindo um comportamento pouco vigil em relação ao verdadeiro significado desse alarme, dando origem a um fenómeno reconhecido com “fadiga do alarme” (Shaoru et al., 2023). De modo a colmatar uma das fontes de ruído mais presentes, no ambiente hospitalar, cabe aos profissionais de saúde adotarem estratégias de interação segura com os equipamentos e gerir o limiar dos valores personalizados e ajustados a cada pessoa, garantindo uma validade explícita, com um alto valor preditivo positivo (Bach et al., 2018; Chromik et al., 2022; Oleksy & Schlesinger, 2019; Shaoru et al., 2023). Este ajuste dos alarmes reduz significativamente a

sobrecarga sensorial a que a equipa e a pessoa em situação crítica fica exposta, credibilizando eventos de prioridade alta notificados pelo equipamento, inclusive diminui a ambiguidade e permitirá uma avaliação e priorização de intervenções necessárias, com um tempo de resposta às mesmas mais eficiente, contribuindo para a melhoria da segurança à pessoa cuidada e para o aumento da produtividade (Bach et al., 2018; Nyarko et al., 2023; Oleksy & Schlesinger, 2019; Pal et al., 2022; Scott et al., 2019). Porém, a tomada de decisão de reajuste dos parâmetros padronizados, causa ansiedade aos profissionais, pelo risco de limitar erradamente os valores de alerta e colocar em risco a vida da pessoa em situação crítica (Pal et al., 2022), tornando assim um evento cíclico, em que a ambiguidade do alarme leva à dessensibilização, confusão, distração e até possível identificação tardia da instabilidade clínica presente (Delmas et al., 2020; Storm & Chen, 2021; Tinoco, 2020). Neste contexto e, fundamentando a subcategoria “insegurança e pouca colaboração da pessoa em situação crítica” identificada pelos enunciados dos participantes, a pessoa cuidada também está exposta a este ambiente complexo, com as conversas dos profissionais de saúde e os alarmes persistentes e ruidosos, que lhe induz uma ansiedade e consequentemente um estado de stress (Outeiro, 2023). Esse stress poderá coadunar-se com uma resposta de adesão pouco colaborativa aos cuidados de saúde, inclusive pelos estímulos de distração constantes, pelas alterações fisiológicas (entre elas, o aumento da frequência cardíaca) que este provoca, já supracitadas anteriormente, pela irritabilidade e possível comportamento de agitação psicomotora resultante e até, pela dificuldade de comunicação compreensível e consequente relação terapêutica com os profissionais, influenciando assim os cuidados prestados à pessoa em situação crítica (McDermid et al., 2020; Oleksy & Schlesinger, 2019; Storm & Chen, 2021).

Na categoria principal identificada anteriormente “consequências do ruído para os profissionais”, também se destacou uma subcategoria nomeada “erros na prestação de cuidados”, o que nos faz concluir que o ruído é de facto um fator influenciador da prática de enfermagem direta ou indiretamente. Correlacionando esta informação e tendo em consideração a importância da comunicação clara e perceptível entre os profissionais de saúde, a inteligibilidade da fala é uma particularidade muito relevante, em ambiente hospitalar (Bliefnick et al., 2019). A comunicação comprometida, as interrupções recorrentes, as distrações e a dificuldade de concentração, inerente aos cuidados à pessoa em situação crítica, estão associados a um aumento de ocorrências de incidentes, inclusive poderão decorrer implicações cruciais na confidencialidade das informações clínicas, um aumento de erros na execução de intervenções, particularmente na administração de

fármacos, em contexto de sala de emergência (Emar et al., 2022; Oleksy & Schlesinger, 2019; Pal et al., 2022). Em linha com o descrito, o P9 também relata: “tem a ver com o risco de erro, até em termos de terapêutica, por exemplo, na realidade de sala de emergência do nosso hospital, penso que seja transversal a todas as salas de emergência, a prescrição é muito feita por indicação verbal (...) na realidade quando há ruído excessivo, às vezes pode haver dificuldade em perceber qual é o fármaco e qual é que não é”. Numa *scoping review* apresentada por Maurício et al. (2019) vários são os fatores promotores de erros de medicação, nomeadamente: cansaço, distração, falta de atenção, stress, falhas/ausência de comunicação entre pares, falhas de prescrição, interrupções, estímulos ambientais auditivos e visuais, bem como a gravidade da pessoa cuidada. Neste prisma, numa sala de emergência, onde se prestam cuidados complexos, a pessoas em situação crítica, com ruído ambiental intrínseco, o risco de incidentes na prestação de cuidados efetiva fica amplamente elevado e a segurança do doente comprometida.

Categoria: Dispositivos de alerta visual de ruído

As subcategorias relacionadas à categoria principal dispositivos de alerta visual de ruído identificadas pelos participantes foram: presença de dispositivos de alerta visual de ruído e vantagens da utilização de dispositivos de alerta visual de ruído, apresentadas na tabela a posteriori (tabela 4).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
	Presença de dispositivos de alerta visual de ruído	P2: “Não na nossa sala de emergência não temos esses dispositivos (...)” P1: “(...) não temos nenhuma ferramenta que nos dê um dado objetivo(...)” P3: “(...) não dispomos de nenhum dispositivo (...)” P4: “(...) não conheço tal dispositivo(...)”
Dispositivos de alerta visual de ruído	Vantagens dos dispositivos de alerta visual de ruído	P1: “(...) uma ferramenta que nos validaria que estaremos a exagerar e que teríamos de moderar por aquele ruído que estava lá em excesso.” P3: “(...) considero que seria extremamente pertinente, até pela questão que já foi mencionada, que é de haver de facto essa consciência e de haver uma percepção de todos os profissionais de que é o nível de ruído que existe e como é que podemos, de alguma forma diminuí-lo ou minimizá-lo.” P6: “(...) acho que era extremamente pertinente (...)” P4: “consequíamos monitorizar isso durante um tempo para depois analisarmos (...) no sentido de mudarmos comportamentos (...)”

Tabela 4 - Dispositivos de alerta visual de ruído

No seguimento da análise dos dados recolhidos no *focus group*, identificou-se outra categoria principal denominada “dispositivos de alerta visual de ruído”, numa sala de emergência, agrupada em duas subcategorias: “presença de dispositivos de alerta visual de ruído” e “vantagens dos dispositivos de alerta visual de ruído” (Tabela 4).

Os participantes quando interrogados acerca do conhecimento de dispositivos para avaliação de níveis de ruído e alerta visual em consonância com o nível identificado, responderam que não conheciam nenhuma ferramenta com tal finalidade, mas que reconheciam vantagem em tê-la na sala de emergência. Perante a identificação do problema de excesso de ruído comum nas salas de emergência e em meio hospitalar, será relevante adotarem-se medidas para uma gestão oportuna dos níveis de pressão sonora evidentes. Estas estratégias passam por mediar as conversas dos profissionais, criar ambientes próprios para discussão clínica entre os profissionais, gestão oportuna de alarmes e resposta perentória aos mesmos, controlo cuidado do manuseio de equipamentos (Adams et al., 2024; Filus et al., 2018; Pal et al., 2020; Oleksy & Schlesinger, 2019) e; implementação de alertas visuais de ruído, como por exemplo: dispositivos “*SoundEar*®” (Adams et al., 2024; Outrey et al., 2021).

Durante a pesquisa realizada acerca da temática, verificou-se que dispositivos de alerta visual do ruído, como o *SoundEar*®, são predominantemente utilizados em serviços de cuidados intensivos e cuidados neonatais, admitindo que, tendo em consideração a tipologia de doentes internados (doentes críticos) e o malefício do ruído para os mesmos, as instituições reconhecem a necessidade da implementação de estratégias específicas de gestão de ruído, para melhorar os cuidados de saúde prestados. Reconhecendo que a tipologia de doentes assistidos em contexto de sala de emergência, são também eles críticos, com a necessidade de vigilância, monitorização contínua e decisões clínicas imediatas, presentes numa sala identificada como um dos locais mais ruidosos do ambiente hospitalar (ACSS, 2019a), com a imprevisibilidade e a vulnerabilidade associada, a implementação de dispositivos de alerta visual do ruído poderá potenciar a mudança comportamental dos profissionais e melhorar assim os níveis de pressão sonora habituais (Adams et al., 2024; Outrey et al., 2021; Plummer et al., 2019).

Resumidamente e, a título exemplificativo de um dispositivo de alerta visual do ruído, o *SoundEar*® apresenta-se configurado para expor a cor verde, laranja ou vermelha, em conformidade com os níveis de ruído detetados, de fácil manuseio e não requer monitorização acrescida pela equipa. Se o ruído presente na sala for inferior a 60dB exhibe a

cor verde, laranja se os níveis estiverem entre 60dB-70dB e vermelho se acima de 70dB (SoundEar A/S, 2017).

Num estudo desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos, a implementação de um dispositivo de alerta visual possibilitou a redução significativa dos níveis de ruído detetados (Plummer et al., 2019) no serviço. Segundo os mesmos, esta estratégia objetiva e visível, potenciou a mudança de comportamentos, entre eles, a moderação do tom de voz dos profissionais, identificada como uma das principais fontes promotoras de ruído (Plummer et al., 2019). Admitindo que as conversas entre os profissionais de saúde, em contexto de sala de emergência, entre outras, são também a principal fonte de ruído, a implementação de dispositivos equiparados ao *SoundEar*[®], e a sensibilização educacional para o problema estudado, poder-se-á justificar como um forte aliado para a coerência entre a prestação de cuidados e o controlo do ruído (Aparício & Panin, 2020; Plummer et al., 2019). Importa mencionar que a análise da indicação do dispositivo deverá ser ponderada perante as diferentes situações, pois na prestação de cuidados, por exemplo, à pessoa em paragem cardiorrespiratória ou a uma pessoa politraumatizada pode associar-se um nível de pressão sonora mais elevado, pela envolvimento dos cuidados aos mesmos (Plummer et al., 2019).

Categoria: Team Leader

Categoria	Unidade de Registo
<i>Team Leader</i>	<p>P8: “(...) o papel do <i>team leader</i> ser mais efetivo (...) para além de coordenar os cuidados às pessoas em situação crítica, coordenar sobretudo a equipa de profissionais e saber definir quem é que deve estar e quem é que não deve estar e quem não deve estar, tem de sair da sala. E, só por aí, parte do ruído desaparece logo.”</p> <p>P9: “(...) o papel do <i>team leader</i> deveria ser evidenciado para evitar este tipo de circunstâncias (...)”</p> <p>P2: “(...) passa muito pela organização e por quem assume a função de <i>team leader</i> (...)”</p>

Tabela 5 - Team Leader

Na análise dos dados recolhidos identificou-se também uma outra categoria principal, de relevância “team leader”. Ao longo da entrevista, em vários momentos, os participantes identificaram a importância do team leader como figura essencial para a gestão do ruído, na sala de emergência, tal como se apresenta na seguinte tabela (tabela 5).

Em contexto de sala de emergência, na prestação de cuidados complexos à pessoa em situação crítica, perante uma equipa multidisciplinar é fundamental que subsista um *team leader*, de modo a reconhecer o evento clínico e a delegar funções aos elementos presentes, gerindo inclusive os comportamentos adotados por cada um (Rosenman et al., 2016). Num estudo realizado por Bagorriha (2020), o autor reconhece como características de um *team leader*: a capacidade de comunicação assertiva e clara, postura correta e imparcial, gestão adequada no meio inserido, coadunando-se com a organização da sala, a aptidão de autocontrolo e gestão de stress. Em linha com o descrito, a entidade reguladora do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), identifica que um líder integrado numa equipa de suporte avançado de vida (SAV) deverá, entre outras, dar indicações precisas a cada membro da equipa, assegurar que as intervenções delegadas estão a ser desempenhadas com segurança para os profissionais e para a pessoa em situação crítica (INEM, 2023). Tendo em consideração que a atuação da equipa, neste contexto específico, poderá estar circunscrita por vários fatores, nomeadamente o ruído, o stress, a impressibilidade, é essencial que todos os elementos cumpram as indicações do *team leader*, potenciando uma prestação de cuidados segura e eficiente.

Categoria: *Debriefing*

Categoria	Unidade de Registo
<i>Debriefing</i>	<p>P8: “(...) após cada situação de cuidados ao doente crítico, fazer um <i>debriefing</i> e esse pode ser um dos pontos da equipa que esteve na sala, naquela situação, refletir e pensar-se naquela situação ou no ruído que foi provocado, se foi exagero (...)”</p> <p>P9: “(...) o <i>debriefing</i> é realizado em situações de paragem cardiorrespiratória, mas não discordo em nada daquilo que foi dito e gostaria também, adotando este mecanismo e este instrumento, fazer o <i>debriefing</i> sobre o mesmo, noutras situações.”</p>

Tabela 6 - *Debriefing*

De idêntica relevância, os participantes do *focus group* em análise, relataram ainda a estratégia de *debriefing* como uma das etapas fundamentais após a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, através de expressões patentes na tabela seguinte (tabela 6).

No enquadramento deste conceito, o *debriefing* elucida a prática da partilha e análise reflexiva que deverá ocorrer entre os elementos presentes na prestação de cuidados individuais à pessoa em situação crítica acerca do desempenho e da envolvência do evento, com o intuito de aprimorar as competências de cada um (Greif et al., 2021). Na pesquisa realizada identifica-se que a realização do *debriefing* permite a reflexão acerca do autodesenvolvimento e autoanálise, inclusive a análise de parâmetros mensuráveis específicos, a avaliação da eficiência e do sucesso da prestação de cuidados em concreto, bem como a análise do ambiente e segurança do profissional e da pessoa em situação crítica (Arriaga et al., 2020; Dubé et al., 2019). Esta abordagem de reflexão acerca de envolvência dos profissionais em eventos críticos geradores de stress, condicionado inclusive pelo ruído presente, permite aos mesmos partilhar emoções, reduzir o seu nível de ansiedade, reconhecer e ser reconhecido pelos pares, no desempenho as suas funções, melhorando assim a prática clínica da equipa e consequentemente aperfeiçoar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (Allen et al., 2018; Arriaga et al., 2020; Dubé et al., 2019).

7. Conclusão

O cuidado à pessoa em situação crítica, numa sala de emergência, está associado a uma panóplia de intervenções complexas, realizadas por profissionais qualificados, apoiados por equipamentos na vanguarda da tecnologia, cujo objetivo é dar resposta às necessidades afetadas, manter as funções vitais básicas, prevenir complicações e limitar as incapacidades da pessoa, ambicionando a recuperação total da mesma. Este cuidado exigente é promotor da presença de níveis de pressão sonora elevados, no ambiente hospitalar, potenciador de erros e comprometedores da segurança da pessoa e do profissional. Na sequência desta constatação, desenvolveu-se este estudo de investigação, com o intuito de perceber a perspetiva dos EEMC sobre o efeito do ruído na prestação de cuidados à PSC, numa sala de emergência e sensibilizá-los para a mudança de comportamentos a adotar, promovendo a sua saúde e a segurança do doente.

Com a análise dos resultados obtidos, através do *focus group* realizado por videoconferência, a nove EEMC, que exercem funções em salas de emergência a nível nacional e ilhas do país, emergiram sete categorias principais: fatores promotores de ruído; consequências do ruído para os profissionais; consequência do ruído na prestação de cuidados; vantagens da utilização de dispositivos de análise de decibéis, na sala de emergência; importância do *team leader* e *debriefing*. No que diz respeito aos fatores promotores de ruído, à semelhança da literatura estudada, destacam-se as conversas e o excesso de profissionais existentes na sala, os equipamentos, na sua generalidade e a condição clínica da pessoa a cuidar. Os participantes reconhecem a presença de ruído excessivo na sala onde exercem funções e relatam que o nível elevado de pressão sonora acarreta consequências para os profissionais, identificando-se a segunda categoria, fragmentada em subcategorias relevantes, nomeadamente: erros na prestação de cuidados; falha na comunicação; concentração; stress; irritabilidade; ansiedade; cefaleia e insónia. Estes resultados coadunam-se com o estado da arte, que identifica o ruído como potenciador de alterações fisiológicas, psíquicas e comportamentais associadas à atividade laboral. Condiciona a comunicação verbal, clara e precisa, influenciada pela difícil perceptibilidade da mensagem, havendo necessidade de aumentar o tom de voz para sobrepor os níveis de ruído existentes, reduz a capacidade de alerta e precede um aumento significativo do risco de incidentes, exigindo inclusive, uma maior concentração para a realização de intervenções. Diretamente correlacionado com o cuidado à PSC, os equipamentos auxiliam o cuidado dirigido à pessoa em situação crítica,

todavia associados a esta evolução tecnológica, há a propensão para existir um maior número de ocorrência de alarmes, tendo em consideração a exetável instabilidade da pessoa cuidada e a sensibilidade, pouco personalizada, dos alarmes à mesma, sendo indissociável um maior nível de pressão sonora existente na sala, inclusive, os participantes relatam que a identificação tardia da instabilidade clínica/fadiga do alarme, a insegurança, a pouca colaboração da pessoa em situação crítica e os erros, são as consequências do ruído mais evidentes na prestação de cuidados efetiva. Perante a exposição incessante ao ruído dos alarmes, os profissionais desenvolvem uma dessensibilização ao som de alerta dos equipamentos, advindo um comportamento pouco vigil em relação ao verdadeiro significado do mesmo, dando origem a um fenómeno reconhecido com “fadiga do alarme”. A interação segura com os equipamentos e o ajuste personalizado dos alarmes à pessoa cuidada, garante uma validade preditiva positiva, diminui a ambiguidade e permite uma avaliação e priorização de intervenções necessárias, com um tempo de resposta às mesmas mais eficiente, contribuindo para a melhoria da segurança à pessoa cuidada e para o aumento da produtividade. Fatores como o cansaço, a distração, as falhas/ausência de comunicação entre pares, as constantes interrupções de raciocínio e o stress, são enunciados como os fatores promotores dos erros de medicação ocorridos. Na envolvência desta perspetiva, numa sala de emergência, onde se prestam cuidados complexos, a pessoas em situação crítica, com ruído ambiental intrínseco, o risco de incidentes na prestação de cuidados efetiva fica amplamente elevado e a segurança do doente comprometida. A presença de dispositivos de alerta visual de ruído, numa sala de emergência, expressa como uma estratégia vantajosa a implementar potenciará a sensibilização educacional para o problema estudado, justificando-se como um forte aliado, associado ao *debriefing* e à atuação do *team leader*, para a coerência entre a prestação de cuidados e o controlo do ruído necessário.

O número reduzido de participantes, característico dos estudos qualitativos, é uma limitação do estudo apresentado, pois condiciona a possibilidade de generalizar os resultados obtidos, podendo a perspetiva dos participantes deste *focus group* não ser a mesma dos restantes EEEMC, inclusive a subjetividade inerente à análise dos resultados, poderá ter influenciado as conclusões obtidas. No entanto, apesar das limitações mencionadas, este estudo de investigação permitiu identificar um problema, reconhecer a perspetiva de intervenientes envolvidos na prestação de cuidado à pessoa em crítica acerca do mesmo, identificar as fontes de ruído, a influência do mesmo quando se apresentam níveis de pressão sonora excessivos e enumerar estratégias a adotar para a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente. Importa referir inclusivamente que EEEMC, participantes deste estudo,

afirmaram que a análise reflexiva acerca do ruído seria um item de ponderação aquando da realização da prática comum do *debriefing* e que, em tempo útil, tencionavam adquirir um dispositivo de alerta visual para a sua sala de emergência, de modo a incentivar a mudança de comportamentos dos profissionais envolventes nos cuidados à pessoa em situação crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O culminar deste projeto, espelha o desenvolvimento de competências da investigadora principal, no domínio da responsabilidade profissional, no domínio da ética e implicações éticas e deontológicas, no domínio da gestão dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade inerentes ao enfermeiro especialista. Reflete também a resiliência, o pensamento crítico-reflexivo, a autodeterminação e a procura pelo desenvolvimento pessoal de aprendizagens profissionais da investigadora, com o intuito de dar resposta aos objetivos delineados, pautados pela prática baseada na evidência e promoção da melhoria contínua da prática de enfermagem, dirigida à pessoa em situação crítica, com a complexidade e a multidimensionalidade da sua condição clínica.

Ambos os locais de estágio, potenciaram diferentes oportunidades de aprendizagem, promoveram a aquisição de um vasto conhecimento específico no cuidado à pessoa em situação crítica, fomentaram a partilha de experiências pessoais e profissionais no seio das equipas multidisciplinares, sempre recetivas e integradoras e, possibilitaram a busca da perícia por parte da investigadora principal, na área de especialização de enfermagem à PSC.

A componente de investigação, instigada pela constante necessidade de atualização e desenvolvimento da investigação na área de enfermagem, permitiu o desenvolvimento de competências na pesquisa de bibliográfica fidedigna, bem como na realização de estudos qualitativos e posteriori divulgação científica das conclusões reiteradas, com o intuito de alcançar os objetivos delineados, bem como adquirir bases sustentáveis para uma atuação diferenciada, como futura enfermeira especialista. O incentivo à mudança de comportamentos e à adoção de estratégias de promoção de cuidados seguros e de qualidade, nomeadamente através da gestão do ruído, reflete a importância dada pela investigadora principal, aos cuidados complexos prestados à pessoa em situação crítica e a potencialidade de intervenção dos EEEMC nos mesmos, pretendendo assim incitar a investigação avançada na área da influência do ruído quer nos profissionais, nos doentes e na prestação de cuidados efetiva, em salas de emergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style (7th ed.). APA.
- ACSS (2015). Recomendações Técnicas 11/ 2015 - Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- ACSS (2019a). Recomendações Técnicas 14/ 2019 - Recomendações Técnicas para Salas de Emergência. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- ACSS (2019b). Recomendações Técnicas 13/ 2019 - Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Unidades-de-Queimados_2019.pdf
- Adams, C., Walsan, R., McDonnell, R., & Schembri, A. (2024). As loud as a construction site: Noise levels in the emergency department. *Australasian Emergency Care*, 27(1), 26–29. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.07.004>
- Agência Europeia do Ambiente (2016). *Conclusões por problema ambiental*. Agência Europeia do Ambiente. Consultado a 2 fevereiro 2024. <https://www.eea.europa.eu/pt/publications/92-9167-087-1/page014.html>
- Allen, J. A., Reiter-Palmon, R., Crowe, J., & Scott, C. (2018). Debriefs: Teams learning from doing in context. *American Psychologist*, 73(4), 504–516. <https://doi.org/10.1037/amp0000246>
- Aparício, C., & Panin, F. (2020). Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: A literature review. *British Journal of Nursing*, 29(13), 770–776. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.13.770>
- Arriaga, A. F., Szyld, D., & Pian-Smith, M. C. M. (2020). Real-Time Debriefing After Critical Events. *Anesthesiology Clinics*, 38(4), 801–820. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.08.003>
- Bardin L., (2022). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Benner, P., Tanner Christine & Chelsa, C. (2001). *Expertise in Nursing Practice Caring, Clinical Judgment & Ethics*. (2ª Edição). Springer Publishing Company, LLC.
- Bolm-Audorff, U., Hegewald, J., Pretzsch, A., Freiberg, A., Nienhaus, A., & Seidler, A. (2020). Occupational Noise and Hypertension Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6281.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17176281>
- Borson, L., Cardoso, M. & Gonzaga, M. (2018). A teoria ambientalista de Florence Nightingale. *Revista Saúde em Foco* (10). https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/12/0105_A-TEORIA-AMBIENTALISTA-DE-FLORENCE-NIGHTINGALE.pdf
- Casper Healthcare Knowledge Service (2018). Normas Gerais do CHKS para Organizações de Cuidados de Saúde - Programa de Acreditação para Organizações de Cuidados de Saúde (1).
- Carvalho, A. (2022). *Acústica Ambiental e de Edifícios*. 8(19). FEUP
- Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010 - Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Direção Geral de Saúde.
- Comissão Nacional de Protecção Civil-Ministério da Administração Interna (2015). Resolução n.º 30. Diário da República II série, n.º88 (2015-05-07) (11179 - 11181) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao/30-2015-67163565>
- Costa, F. F., Prudente, G. M., Borba, A. C. G., de, S. D., Castilho, T. C., & Sampaio, R. A. (2021). A eficácia da aplicação do protocolo de Manchester na classificação de risco em unidades de pronto atendimento: uma revisão sistemática [The effectiveness of the application of the Manchester protocol in risk classification in emergency care units: a systematic review. *Revista Saúde Multidisciplinar*, 9(1) p.78-82. <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/211/155>
- Crossetti, M. D. G. O., & Silva, C. G. D. (2019). Produção científica na enfermagem contribuindo com a inovação e translação do conhecimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20190245. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190245>
- Cunha, C., Macedo, A., & Vieira, I. (2017). Nursing students' perceptions of training processes in clinical supervision contexts. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(12), 65–74. <https://doi.org/10.12707/RIV16072>
- Despacho n.º 9639/2018 de 15 outubro (2018). Determina que os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) adotem o número 2222 na rede telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, até ao dia 31 de março de 2019. Diário da República II Série, n.º 198/2018 (2018-10-15) (27533 – 27533)
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência

- (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Diário da República II Série (2014-08-11) (20673 – 20678)
- Dias, B. V. B., Oliveria, C., Cachefo, M., Penachione, R. A., & Thomaz, C. A. (2021). O perfil de liderança do enfermeiro perante a equipe de saúde hospitalar [The nurse's leadership profile in relation to the hospital health team]. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, 3(4), p. 68 - 80. <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/2036/1759>
- Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2015a). Norma 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/04/2015. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Norma_018_2014.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma nº 024/2012, atualizada a 02/12/2015. Abordagem Organizacional do Tratamento de Queimaduras. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/abordagem-organizacional-no-tratamento-de-queimaduras.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desaudef.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2019). Norma Clínica: 007/2019 de 16 outubro 2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direção Geral Da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022a). Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. *Direção Geral Da Saúde*, 26

- Direção-Geral da Saúde (2022b) Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção Geral Da Saúde, 18
- Direção-Geral da Saúde (2023). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2030. Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023. Diário da República 1ª Série, nº 93 (16-08-2023) (72-126). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>
- Dubé, M. M., Reid, J., Kaba, A., Cheng, A., Eppich, W., Grant, V., & Stone, K. (2019). PEARLS for Systems Integration: A Modified PEARLS Framework for Debriefing Systems-Focused Simulations. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 14(5), 333–342. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000381>
- Emar, M., Smith, E. & Coats. T. (2022). Background noise in an Emergency Department: An observational study from staff and patient perspectives. *MedRxiv*, 2022.05.20.22275148. <https://doi.org/10.1101/2022.05.20.2227514>
- Esquetim, I. (2015). O cuidado com a pessoa queimada: a dor que persiste [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20268/1/203016823.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. Directory of online resources for prevention and control of antimicrobial resistance and healthcare-associated infections (2021). Consultado a 20 fevereiro 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-online-resourcesprevention-and-control-antimicrobial-resistance-amr>
- Fernandes, S., Branco, M., & Rodrigues, P. (2019). The critically ill person submitted to non-invasive ventilation in an emergency department. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(No 22), 13–22. <https://doi.org/10.12707/RIV19027>
- Ferreira Sobrinho Junior, J., & Araújo Da Silva Mesquita, N. (2022). Grupo focal presencial e on-line: Abordando questões conexas e disruptivas. *Sensos-e, Vol. 9 N.o 2*, 47-57 Páginas. <https://doi.org/10.34630/SENSOSE.V9I2.4480>
- Filus, W. A., Sampaio, J. M. R., Albizu, E. J., Marques, J. M., & Lacerda, A. B. M. D. (2018). Percepção de equipes de trabalho sobre o ruído em pronto-socorro. *Audiology - Communication Research*, 23(0). <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2014>
- Figueiredo, A. R., Potra, T., & Lucas, P. R. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping [Nursing care transition: ISBAR in promoting patient safety – scoping review]. *Ámbitos Revista*

- Internacional de Comunicación* (49, p. 32-48). <https://doi.org/DOI:https://dx.doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação*. (5ª Edição). Lusociência.
- Freitas, C. (2017). A vigilância da deterioração clínica da pessoa em situação crítica na enfermaria: intervenção especializada do enfermeiro [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/21119>
- Godinho, P. (2018). Catástrofe ou emergência multivítimas: desenvolvimento de competência para uma intervenção especializada de enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/27910>
- Gray, L., Wong-Wylie, G., Rempel, G., & Cook, K. (2020). Expanding Qualitative Research Interviewing Strategies: Zoom Video Communications. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Grupo Português de Triagem.(2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual do formador* (2.ª ed). Amadora.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). Manual Suporte Avançado de Vida 2020. (Versão 2, 1ª edição). Departamento de Formação em Emergência Médica
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situação de Exceção. (1.ª versão). Departamento de Formação em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Jämsä, J. O., Uutela, K. H., Tapper, A., & Lehtonen, L. (2021). Clinical alarms and alarm fatigue in a University Hospital Emergency Department—A retrospective data analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 65(7), 979–985. <https://doi.org/10.1111/aas.13824>
- Kolcaba, K., Tilton, C., Drouin, C (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *JONA: The Journal of Nursing Administration, Massachusetts* 36(11), 538-544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>
- Kolcaba, K. (2021). Frequently Asked Questions on Theoretical Comfort. The Comfort Line. Consultado a 23 março 2024 de <https://www.thecomfortline.com/faq>
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., Obeidat, A. A., Leocadio, M. C., Cayaban, A. R., & Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness

- among nurses: A systematic review of literature. *International Nursing Review*, 65(1), 41–53. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Lei n.º 25/2012 de 16 de julho (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Diário da República I Série, n.º 136 (2012-07-16) (1-8) <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308>
- Lei n.º 33/2009 de 14 de julho (2009). Reconhece e garante o direito de acompanhamento a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série, n.º 134/2009 (2009-07-14) (4467) <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/07/13400/0446704467.pdf>
- Leonardsen, A., Gulbrandsen, T., Wasenius, C., & Fossen, L. T. (2022). Nursing perspectives and strategies in patients with respiratory insufficiency. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 27–35. <https://doi.org/10.1111/nicc.12555>
- Lima, J. V. F., Guedes, M. V. C., Silva, L. D. F. D., Freitas, M. C. D., & Fialho, A. V. D. M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: Análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>
- Lobe, B., Morgan, D., & Hoffman, K. A. (2020). Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 160940692093787. <https://doi.org/10.1177/1609406920937875>
- Luís, L. (2014). Tradução e Validação dos Sistemas de Pontuação de Alerta Precoce "Views" e "News" em Portugal [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/4230>
- Neves, L., Gondim, A. A., Soares, S. C. M. R., Coelho, D. P., & Pinheiro, J. A. M. (2018). The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit. *Escola Anna Nery*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0304>
- Oleksy, A. J., & Schlesinger, J. J. (2019). What's all that noise—Improving the hospital soundscape. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 33(4), 557–562. <https://doi.org/10.1007/s10877-018-0215-3>
- Oliveira, G., Cunha, A., Cordeiro, E. & Saad, N. (2020). Grupo Focal: uma técnica de coleta de dados numa investigação qualitativa? *Cadernos da Fucamp*, 11 (33), 1-13.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico do Enfermeiro (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (Alterado e republicado pela lei nº 156/2015 de 16 de setembro) (1-112).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas. Diário da República, II Série, n.º 200 (2017-10-17) (23638-23640).

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/10/200000000/2363823640.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista 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 e na

área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370) <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 743/2019 - Revisão do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª Série, n.º 184 (25-09-2019) (128-155) <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, série II, n.º 26 (2016-06-02) (4744-4750). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2021). Regulamento n.º 705/2021 - Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. Diário da República, Série II, n.º 144/2021 (2021-07-27) (122–129) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>

Organização Mundial de Saúde (1999). Guidelines for community noise. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>

Organização Mundial de Saúde (2001). *Occupational exposure to noise: Evaluation, prevention and control*. (V.64). Berenice Goelzer.

Organização Mundial da Saúde (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to

- improve quality of care]. Organização Mundial da Saúde Genebra. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- OSHA. (2011). Noise Section of the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Consultado a 12 janeiro de 2024 de http://osha.europa.eu/pt/topics/noise/index_html
- Outrey, J., Pretalli, J.-B., Pujol, S., Brembilla, A., Desmettre, T., Lambert, C., Labourey, J.-M., Mauny, F., & Khoury, A. (2021). Impact of a visual indicator on the noise level in an emergency medical dispatch centre—A pilot study. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00415-5>
- Pal, J., Taywade, M., Pal, R., & Sethi, D. (2022). *Noise Pollution in Intensive Care Unit: A Hidden Enemy affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers*. 24(114).
- Pedrosa, M. (2021). Impacto do ruído na qualidade de vida e motivação dos enfermeiros do serviço de urgência [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76817>
- Plummer, N. R., Herbert, A., Blundell, J. E., Howarth, R., Baldwin, J., & Laha, S. (2019). *SoundEar* noise warning devices cause a sustained reduction in ambient noise in adult critical care. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(2), 106–110. <https://doi.org/10.1177/1751143718767773>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (9.ª Edição). Artmed.
- Rodrigues, M. (2019). *Análise de conteúdo em pesquisas qualitativas na área de educação matemática*. Editora CRV. DOI: <https://doi.org/10.24824/978854443232.7>
- Rodrigues, C., Santos, C., Miguelote, L. & Santos, P. (2022). *Rumo à Física – 11º Ano*. Areal Editores.
- Royal College of Physicians (2012). *National Early Warning Score (NEWS) - Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Report of a working party.
- Ruskin, K.O, Bliss, J. (2019). Fadiga de alarme e segurança do paciente. *Boletim da APSF*, 34 (1), 3-5.
- Santos, A (2018). Perceções sobre o ruído e desempenho de tarefas do quotidiano laboral [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/8515>
- Sapra, A., Malik, A., Bhandari, P. (2023). Vital Sign Assesment. *StatPerals*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/>

- Schmidt, B., Palazzi, A., & Piccinini, C. A. (2020). Entrevistas online: Potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(4), 960. <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i4.4877>
- Silva, F., Andrade, B., Ponte, K., Ferreira, V., Silva S., Gonçalves, K. (2019). Predisposição para síndrome de burnout na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. *Enfermagem em Foco* 10(1), 40-45. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1600>
- SNS (2016). Avaliação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- SNS (2021). Relatório Anual sobre Acesso a Cuidados de Saúde. <https://www.chbv.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio-anual-sobre-Acesso-a-Cuidados-de-saude-2021.pdf>
- SNS (2022, fevereiro 23). CHBV | Segurança para todos 2022. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/02/23/chbv-seguranca-para-todos-2022/>
- Soares, A. (2017). Conceções dos Enfermeiros Especialistas - Contributos para a qualidade [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18940/1/Mestrado%20Ana%20Soares.pdf>
- Sonis, J. D., & White, B. A. (2020). Optimizing Patient Experience in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 38(3), 705–713. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.04.008>
- SoundEar A/S (2017). Manual. https://soundear.com/wp-content/uploads/2017/08/SoundEar3_manual.pdf
- Sousa, E. (2021). O que são decibéis? (Ou como os ruídos afetam a nossa saúde). Archdaily. Consultado a 30 janeiro 2024. <https://www.archdaily.com.br/br /939559/o-que-sao-decibeis-e-como-eles-influenciam-naarquitectura-e-nossa-vida>
- Souza, L. K. D. (2020). Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *PSI UNISC*, 4(1), 52–66. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>
- The Joint Commission (2021). National Patient Safety Goals® Effective January 2022 for the Hospital Program. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2022/npsg_chapter_hap_jan2022.pdf
- Tinoco, N. (2020). Relatório de Estágio – Desenvolvimento de Competências para uma Prática de Enfermagem Avançada na Pessoa em Situação Crítica. Instituto Politécnico de

Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7989/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Nuno%20Tinoco.pdf>

Torres, R. (2023). *Teoria e Prática de Moderação de Focus Group*. Lisbon International Press.

Upadhyay, U. D., & Lipkovich, H. (2020). Using online technologies to improve diversity and inclusion in cognitive interviews with young people. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01024-9>

Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do conhecimento*. (3ª Edição). Edições Sílabo.

ANEXOS

ANEXO I: PARECER DA COMISSÃO ÉTICA



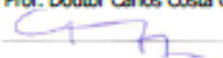
**APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

Parecer n.º 024/2024	Código: 2024.037	Data: 19 de abril de 2024
-----------------------------	-------------------------	----------------------------------

Título do estudo de investigação: A percepção dos EEMC sobre o efeito do ruído na SE na prestação de cuidados à PSC	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem Resposta humana ao processo de saúde/doença – Linha de Investigação 1.	
Investigador responsável: Raquel Sofia Ribeiro Alves: (orientador Mário Branco)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>

Resumo do Parecer/Recomendações:	
<p>Está salvaguardado a confidencialidade da informação recolhida e a garantia do anonimato e privacidade do participante. Contudo, chama-se a atenção do focus group poder ferir e não garantir o anonimato – daí da necessidade de o investigador solicitar o exercício de confidencialidade a todos os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a finalidade do focus group - Antes de realizar um grupo focal, deve informar os participantes sobre o objetivo da investigação, como os dados serão coletados, armazenados e usados, e quais são os potenciais riscos e benefícios de sua participação; obter seu consentimento informado, verbalmente ou por escrito. • Nomes fictícios e códigos: Durante a reunião de grupo, deve-se evitar usar os nomes reais dos participantes e, em vez disso, atribuir-lhes nomes fictícios ou códigos que não estejam vinculados às suas identidades; instruir os participantes a não revelar nenhuma informação de identificação sobre si mesmos ou outros, como seus nomes, endereços, números de telefone ou endereços de e-mail, de forma proteger o anonimato dos participantes e reduzir o risco de expor seus dados pessoais a terceiros. • Criptografar e proteger os dados: criptografar e proteger os dados coletados, como gravações de áudio, transcrições, anotações ou relatórios; deve limitar o acesso aos dados apenas àqueles que precisam deles para fins de pesquisa e excluir ou destruir os dados; • Respeitar os direitos de privacidade: Durante todo o processo de investigação deve respeitar os direitos de privacidade dos participantes do grupo focal e e cumprir os princípios éticos e integridade científica, em conformidade código de conduta e integridade científica da ESSNorteCVP e Código Europeu. Não pode e não deve compartilhar, publicar os dados sem o consentimento dos participantes, ou usá-los para quaisquer outros fins que não os declarados no projeto de investigação; • Responsabilidade dos participantes e investigadores: garantir a confidencialidade dos participantes e investigadores do grupo focal. Criar uma cultura de confidencialidade e fazer assinar acordo formal ou informal de confidencialidade e responsabilizá-los por quaisquer violações ou violações. 	
CONCLUSÃO	
Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.	
Pelo que se submete à consideração superior.	
Data: 19 de abril de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:

Q104-3



**ANEXO II: MODELO Q190 – CONSENTIMENTO INFORMADO,
LIVRE E ESCLARECIDO**



Confidencialidade e anonimato: Será garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Os participantes serão codificados através de letras e algarismos não sendo possível a sua identificação no estudo, sendo apenas do conhecimento do investigador principal. Os investigadores não têm qualquer conflito de interesse, com o desenvolvimento deste trabalho.

Assinatura do investigador: Raquel Sofia Ribeiro Alves

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ___/___/___

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE**



APÊNDICES

**APÊNDICE I: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA “ESTRATÉGIA
DE VIGILÂNCIA DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS
IDENTIFICADOS COMO ALTERADOS, NO POSTO DE TRIAGEM”**



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica -
Área de especialização de enfermagem em pessoa em situação crítica

**ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS
IDENTIFICADOS COMO ALTERADOS, NO POSTO DE TRIAGEM**

Discente: Raquel Sofia Ribeiro Alves nº 3787

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Oliveira de Azeméis, novembro 2022



**ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS
IDENTIFICADOS COMO ALTERADOS, NO POSTO DE TRIAGEM**

Trabalho apresentado no âmbito do Curso 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de especialização de enfermagem em pessoa em situação crítica, 3º Semestre, para a exposição no local estágio II – Serviço Urgência Geral - CHBV.

Orientador: Professor Mestre Luís Sousa
Tutora: Enfª. Graça Tavares

Oliveira de Azeméis
novembro, 2022

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS	4
LISTA DE IMAGENS E TABELAS	5
INTRODUÇÃO	6
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	7
1. PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	7
1.1 TEMPERATURA CORPORAL.....	8
1.2 FREQUÊNCIA CARDÍACA.....	9
1.3 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	9
1.4 SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÉNIO.....	10
1.5 GLICEMIA CAPILAR.....	10
1.6 DOR.....	10
PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO	11
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	11
3. DIMENSÃO DO PROBLEMA.....	12
4. OBJETIVO.....	12
5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DE TAREFAS.....	12
6. APLICABILIDADE.....	14
7. VERIFICAR RESULTADOS/GANHOS EM SAÚDE.....	17
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

Aa – Ar ambiente
BMT – Blood measurement test
Bpm – Batimentos por minuto
Cº - Graus Celsius
CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CHBV – Centro Hospitalar Baixo Vouga
DGS – Direção Geral de Saúde
EBSCO - EBSCO Information Services
ESSNCVPOA – Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
OE – Ordem dos Enfermeiros
p. – página
Nº - número
Tº - temperatura
SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

LISTA DE IMAGENS E TABELAS

Ilustração 1 - Apresentação do programa GHAF no doente selecionado..... 14
 Ilustração 2 - Apresentação do programa GHAF no separador das prescrições não farmacológicas..... 14
 Ilustração 3 - Apresentação do programa GHAF após prescrição da intervenção selecionada... 15
 Ilustração 4 - Apresentação do programa GHAF para selecionar hora a monitorizar o parâmetro selecionado..... 15
 Ilustração 5 - Apresentação do programa GHAF para criar lembrete na hora a selecionar 16
 Ilustração 6 - Apresentação do programa GHAF após lembrete gravado, na intervenção selecionada 16
 Tabela 1- Orientações de prescrição 17

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, durante o Estágio II, a decorrer no Serviço de Urgência Geral, do [REDACTED] de 3 outubro a 12 dezembro, surge como um objetivo específico, a realização de um trabalho descritivo e a sua exposição à equipa, sobre a estratégia de prevenção de eventos críticos, através da vigilância específica de determinados parâmetros fisiológicos identificados, como alterados, no posto de triagem.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (N.º 140/2019), os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026) tem como objetivos estratégicos “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” e “Monitorizar a implementação de práticas seguras”.

A pessoa em deterioração clínica está naturalmente em situação crítica, uma vez que tem a sua vida “ameaçada por falência ou risco de falência multiorgânica e cuja sobrevivência depende de meios tecnológicos avançados de vigilância, monitorização e tratamento” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018b, p.2).

Deste modo, este trabalho destina-se a desenvolver e sedimentar conhecimentos científicos, com posterior exposição à equipa de enfermagem do serviço, relacionado com a importância da vigilância dos sinais vitais no doente admitido no serviço de urgência.

Para tal, foi utilizada uma metodologia científica e reflexiva, fundamentada em pesquisas bibliográficas e cibernéticas, incluindo pesquisa na plataforma EBSCO, entre 1 e 30 de novembro 2022.

Estrutura-se com uma introdução, um enquadramento conceptual, onde constam os sinais vitais, os intervalos de padrões normativos aceites e as consequências das suas alterações e um enquadramento prático, que consiste num protótipo de projeto de melhoria contínua a implementar no serviço, terminando com uma conclusão do trabalho.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. PARÂMETROS FISIOLÓGICOS

Segundo o Regulamento nº429/2018 a pessoa em situação crítica é definida como “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”.

O enfermeiro sendo o profissional que mais tempo passa com o doente, dentro da equipa multidisciplinar, é o que assume uma maior importância na prevenção e deteção de eventos causadores de danos. O enfermeiro especialista é responsável pela prestação de cuidados altamente qualificados, mantendo as funções vitais em paralelo com a prevenção de complicações (Monteiro, 2020).

A mensuração objetiva de funções fisiológicas essenciais, obtidas através de equipamentos simples e não invasivos, quando analisada perante valores de referência estabelecidos, permite identificar informações acerca do estado geral do doente e, alertar os profissionais de saúde para a presença de alterações significativas de uma patologia subjacente e a severidade do estado clínico da pessoa (Cardoso, 2022).

A segurança do doente é uma preocupação fundamental em qualquer organização de saúde, e a deteção precoce de qualquer deterioração clínica é de suma importância, quer no doente que esteja alocado à sala de emergência, ou a qualquer outra área de atendimento (Sapra et al, 2022).

Deste modo, parece intuitivo que quanto mais frequente for a monitorização dos sinais vitais, mais rapidamente será detetado o risco de deterioração clínica do doente. No entanto, nem sempre esta medição e estes registos, acontecem na frequência devida, podendo dever-se, entre outras razões, a: excesso de confiança na experiência clínica de cada profissional, o não reconhecimento da importância dos sinais vitais na atribuição da severidade da doença aguda ou até carga excessiva de trabalho (Sapra et al, 2022).

7

1.1 TEMPERATURA CORPORAL

A temperatura corporal (T^oC) é calor interno do corpo, relacionado com o metabolismo corporal (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), 2018). Na prática clínica, a temperatura timpânica (Hymocz et al., 2021) e a axilar (Direção Geral de Saúde (DGS), 2017) mostraram ser os métodos mais recomendáveis pela sua acessibilidade, fiabilidade e segurança.

Com o intuito de uma perceção esclarecida e informada acerca de termos comuns, apresentam-se as seguintes definições, segundo CIPE[®].

Hipotermia, segundo a CIPE[®] (2018, p.72) é:

“Termostatulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas, por razões terapêuticas.”

Febre, segundo CIPE[®] (2018, p.64) é:

“Termostatulação comprometida: elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termostático do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e cheio e com ressaltos, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor.”

Hipertermia, segundo CIPE[®] (2018, p. 71) é:

“Termostatulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, acompanhada de aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor, ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais, por razões terapêuticas.”

Para valores inferiores a 35^o Celsius (C^o), define-se hipotermia (Lott et al, 2021), todavia não há consenso para um valor de hipertermia. Contudo, mais importante que estabelecer esse limiar é distingui-la de um contexto de febre, definindo-a para valores $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (DGS, 2017).

8

1.2 FREQUÊNCIA CARDÍACA

A frequência cardíaca (FC) em repouso, consiste no número de batimentos cardíacos por minuto, medido habitualmente com recurso à esfigmomanometria ou à fotopletismografia, o conhecido "oxímetro de pulso" (Kee et al, 2020). No adulto, considera-se o intervalo normal entre 60-80 batimentos por minuto (bpm). Valores superiores a 100 bpm constituem a situação de taquicardia e inferiores a 60 bpm, de bradicardia (Zhou, 2016). Os parâmetros para avaliação do pulso incluem sua frequência, ritmo, intensidade.

1.3 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

A frequência respiratória (FR) é o número de ciclos respiratórios por minuto (CIPE*, 2018). A taxa de respiração normal é de cerca de 12 a 20 respirações por minuto em um adulto médio (Sapra et al, 2022).

Uma monitorização completa, preconiza uma avaliação da frequência, da profundidade e do padrão respiratório. As variações da frequência são denominadas de taquipneia e bradipneia, caracterizadas por valores superiores e inferiores dos padrões normativos, respetivamente.

A taquipneia, é qualificada com FR superiores a 20 ciclos por minuto, que poderá ocorrer em condições fisiológicas, como exercício físico, alterações emocionais ou gravidez, bem como em condições patológicas como dor, sépsis, obstrução da via aérea, inalação de substâncias tóxicas, entre outras (Sapra et al, 2022).

No que diz respeito ao termo bradipneia, este nomeia-se por uma respiração inferior a 12 repetições por minuto, que pode ser constatada por um agravamento de qualquer condição respiratória subjacente, que consequentemente leva à insuficiência respiratória ou até por um uso indevido de depressores do sistema nervoso central, como o álcool, narcóticos, benzodiazepinas ou distúrbios metabólicos (Sapra et al, 2022).

A ausência de ciclos respiratórios, por um intervalo superior a 15 segundos, com cessação de aporte completo de fluxo de ar aos pulmões, nomeadamente em paragens cardiotoraxiais, obstruções das vias aéreas e overdose de narcóticos e benzodiazepinas, designa-se por apneia (Sapra et al, 2022).

1.4 SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÉNIO

A saturação periférica de oxigénio (SpO2) corresponde à percentagem de moléculas de hemoglobina agregadas a moléculas de oxigénio, que poderá ser mensurada através de um oxímetro. Consiste num método de monitorização não invasivo, de fácil aplicabilidade e económico, que combina princípios de espectrofotometria e pletismografia.

A aplicação principal preconiza a deteção de um estado de hipoxia, pelo risco de gravidade indica. Hipoxia, segundo a CIPE* (2018, p. 71) é "redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstricção periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental".

Perante um doente, sem patologia respiratória crónica, recomendam um valor de SpO2 >95%, com um mínimo de 89%, sendo que um nível inferior ao recomendado, requer um aporte de oxigénio suplementar e uma avaliação médica muito urgente (Wilson, 2013).

1.5 GLICEMIA CAPILAR

Segundo Sousa et al. (2016), a vigilância da glicemia capilar é crucial para prevenir complicações decorrentes da diabetes, com o principal intuito de evitar, principalmente, hipoglicemias potencialmente perigosas. Para a maior parte das pessoas que têm diabetes, os valores alvo de glicemia são os seguintes:

- jejum: menos de 115 mg/dL;
- 2h após as refeições: menos de 160 mg/dL.

Nenhum doente deverá apresentar valores de glicemia inferiores a 70mg/dL, identificado como hipoglicemia, em nenhum período do dia.

1.6 DOR

A dor, independentemente da sua localização anatómica, é uma experiência displicente, com impacto ao nível sensorial e emocional, deste modo deve ser compreendida num modelo biopsicossocial, atendendo que, para a sua quantificação, não existem marcadores biológicos. Tratar rapidamente o sofrimento dos doentes é uma questão ética, além de ser uma questão de humanização da assistência (Gomes & Macedo, 2020).

PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Pretende-se neste capítulo, expor de forma organizada e esquematizada, um projeto de melhoria contínua, para eventual utilização por parte da equipa do serviço, onde decorre o estágio.

1. INTRODUÇÃO

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026) tem como objetivos estratégicos “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” e “Monitorizar a implementação de práticas seguras”.

Nas áreas estratégicas identificadas no referido Plano, salienta-se o aumento da cultura de segurança do ambiente interno e o aumento da segurança da comunicação. Neste campo de ação, o enfermeiro possui um conjunto de competências gerais e especializadas que lhe impõe o dever de intervir no domínio da melhoria contínua da qualidade, promovendo a segurança da pessoa (OE, 2018a).

2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Ao longo dos tempos, existe uma crescente consciencialização da importância do enfermeiro na vigilância da pessoa em situação crítica (Soar et al., 2015). No cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, o reconhecimento atempado de situações de deterioração clínica é o foco da intervenção do enfermeiro, com o intuito de identificar, prestar e gerir cuidados específicos, contribuindo assim para a segurança da pessoa e para os ganhos em saúde (Freitas, 2017).

No serviço de urgência geral, do [REDACTED] perante a triagem do doente, segundo a Triagem de Manchester, preconiza-se que exista a avaliação de determinados parâmetros fisiológicos, que influenciam a atuação e a priorização da avaliação do mesmo. Perante esta avaliação, é responsabilidade do enfermeiro manter a vigilância destes parâmetros e identificar alterações significativas, que possam necessitar de intervenções complexas e urgentes.

11

3. DIMENSÃO DO PROBLEMA

Para que se assegurem cuidados de qualidade aos doentes que permanecem nos serviços de urgência, com segurança para o doente e para os profissionais de saúde, urge a necessidade de se desenvolverem estratégias de vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, no despiste de complicações que podem comprometer a sua saúde e retardar a sua recuperação.

As guidelines do European Resuscitation Council (Soar et al., 2021) sugerem uma abordagem para a prevenção da paragem cardiorrespiratória que incide na cadeia de prevenção, na formação/educação da equipa, na monitorização e no reconhecimento da deterioração clínica e, num sistema que permita pedir ajuda e obter uma resposta eficaz.

Os autores supracitados, descrevem que de modo a detetar precocemente a deterioração clínica, todos os doentes deverão ter um plano de vigilância de parâmetros vitais, incluindo a frequência com que devem ser monitorizados.

4. OBJETIVO

Para a concretização deste projeto de melhoria contínua, poderão definir-se os seguintes objetivos:

- Vigilância de parâmetros fisiológicos, identificados como alterados no momento da triagem ao doente com prioridade atribuída de urgente, pouco urgente, ou não urgente;
- Prescrição de intervenção não farmacológica, no programa de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), pelo enfermeiro da triagem, quando identifica parâmetro fisiológico alterado e a prioridade atribuída ao doente é urgente, pouco urgente, ou não urgente.

5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DE TAREFAS

Perante o problema identificado o projeto terá as seguintes etapas:

- Definição de padrões normativos dos parâmetros fisiológicos avaliados;
- Definição dos parâmetros fisiológicos a reavaliar e o intervalo de reavaliação preconizado;
- Implementação do projeto;
- Planeamento de formação à equipa;
- Elaboração de checklist para auditorias;

12

- Divulgação dos resultados do projeto.

Dimensão em estudo: Efetividade e adequação técnico-científica

Unidades de estudo: Doentes do serviço de urgência geral do [REDACTED]

Utilizadores: Equipa de Enfermagem a exercer funções no Serviço de Urgência

Tempo: a definir

Tipo de dados: processo

Tipo de avaliação: Avaliação interna interpares

Crítérios de avaliação: Crítérios explícitos (checklist auditoria)

Colheita dos dados:

- Sob a responsabilidade do gestor do projeto;
- A colheita de dados tem por base verificar se é efetuada a prescrição das intervenções não farmacológicas, no GHAF, após identificação de alterações em parâmetros fisiológicos.

Relação temporal:

- Avaliação - Concorrente (ao longo de todo o período definido)
- Retrospectiva (os resultados serão estudados após a análise de processos).

Definição da população e seleção da amostra: Doentes triados com prioridade urgente, pouco urgente ou não urgente, com alterações em parâmetros fisiológicos, identificados na triagem.

Medidas corretivas possíveis de ser usadas:

- Formação em serviço;
- Motivação da Equipa de Enfermagem para a implementação do projeto;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Divulgação dos resultados das auditorias realizadas;
- Implementação de medidas corretivas.

6. APLICABILIDADE

No posto de triagem, avaliam-se os sinais vitais e diversos parâmetros, em conformidade com os fluxogramas e os discriminadores selecionados. Estes consistem na avaliação da temperatura, da pulsação, da saturação de oxigénio, da dor, da glicemia capilar e do nível de consciência.

Perante tal, verificam-se em diversas circunstâncias, alterações destes parâmetros. De modo a garantir uma vigilância consistente dos mesmos, deverá ser prescrita uma atitude não farmacológica no GHAF, da forma apresentada de seguida.

No ficheiro do GHAF individual do doente, deverá aceder ao item das "Prescrições não farmacológicas".



Imagem 1 - Apresentação do programa GHAF no doente selecionado

A posteriori, surgirá a listagem das atitudes não farmacológicas, onde deverá ser escolhido o parâmetro fisiológico a prescrever, incluindo a frequência de monitorização do mesmo.

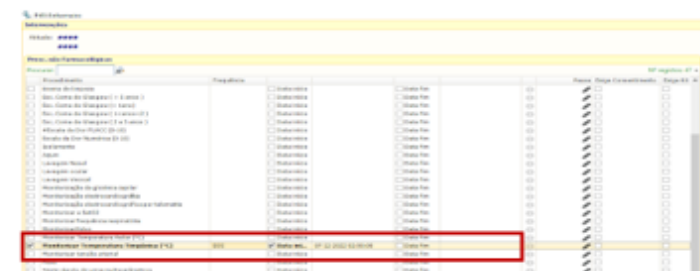


Imagem 2 - Apresentação do programa GHAF no separador das prescrições não farmacológicas

PERCEÇÃO DOS EEMC SOBRE O RUÍDO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PSC

Deste modo, a apresentação da prescrição surgirá tal como a imagem ilustrativa, exibida abaixo.

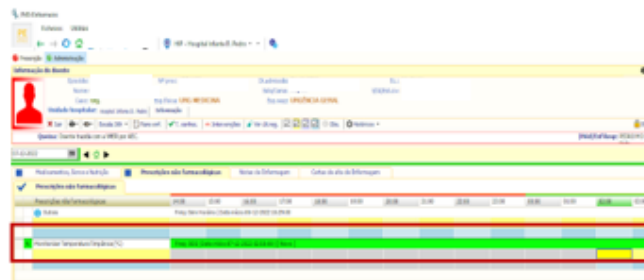


Imagem 1 - Apresentação do programa G-IMP após prescrição da intervenção selecionada

Para definir a hora de reavaliação do parâmetro deverá ser criado um lembrete sobre a hora pretendida.

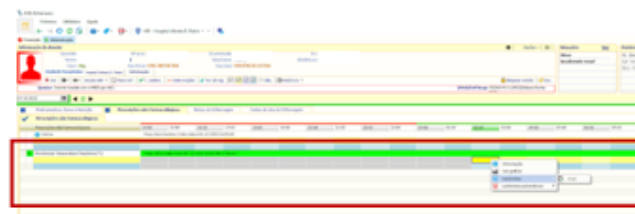


Imagem 2 - Apresentação do programa G-IMP para selecionar hora a monitorar o parâmetro selecionado

15

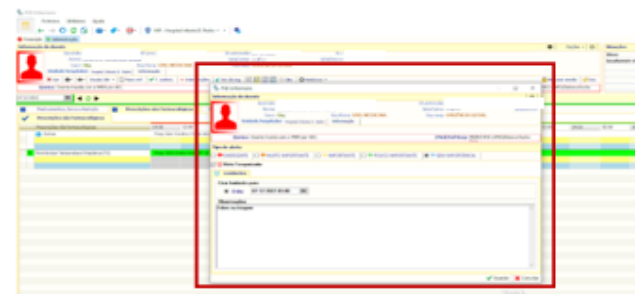


Imagem 3 - Apresentação do programa G-IMP para criar lembrete na hora a selecionar

A imagem sob exibida, demonstra a apresentação final da intervenção prescrita.



Imagem 4 - Apresentação do programa G-IMP após lembrete gravado, na intervenção selecionada

16

Tal prescrição deverá ocorrer perante os seguintes parâmetros, em doentes de prioridade urgente, pouco urgente, não urgente:

Parâmetro Fisiológico avaliado na triagem	Limites normativos	Limites alerta cuidada	Atitude não farmacológica	Hora prevista de vigiância
Temperatura corporal	35°C > Tª < 38°C	Tª não mensurável Tª > 39°C	Monitorizar temperatura corporal	Se Tª > 38°C monitorizar na hora seguinte após monitorização inicial
Glicemia capilar	70mg/dL > BMT < 160 mg/dL	BMT < 50mg/dL* BMT > 200mg/dL**	Monitorizar glicemia capilar	* Se BMT < 70mg/dL no pré-hospitalar, monitorizar 15 min após triagem ** Na hora seguinte após monitorização inicial
Saturação de Oxigénio (Sa)	95% > SpO2 < 100%	SpO2 < 85%	Monitorizar a SatO2	Se SpO2 < 95% monitorizar na hora seguinte após monitorização inicial
Frequência Cardíaca	60bpm > FC < 80bpm	FC < 60bpm FC > 120bpm	Monitorizar pulso	Se FC > 100bpm monitorizar na hora seguinte após monitorização inicial
Dor	Dor 0/10 (Segundo escala numérica/ faces)	Dor > 7	Escala da dor numérica	Se dor 7 monitorizar na hora seguinte após monitorização inicial

Tabela 1- Orientações de prescrição

7. VERIFICAR RESULTADOS/GANHOS EM SAÚDE

No final do projeto espera-se que:

- Pelo menos 70% dos doentes, triados com prioridade urgente, pouco urgente ou não urgente, com alterações em parâmetros fisiológicos, tenham tido prescrição de uma atitude não farmacológica, no GHAF, para monitorização do mesmo, no intervalo recomendado;
- Pelo menos 70% das prescrições efetuadas, tenham uma avaliação associada.

A avaliação dos resultados será efetuada através de:

- Auditoria interna, com aplicação de uma grelha de verificação de critérios;
- A equipa auditora é constituída pelo enfermeiro gestor do projeto;
- O gestor do projeto efetua o tratamento de dados segundo os indicadores previstos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implementação deste projeto espera-se contribuir para:

- Promoção de uma cultura de melhoria contínua;
- Monitorização e melhoria da prática existente;
- Identificação das más práticas e implementação de mudanças;
- Segurança do doente e do profissional de saúde.

CONCLUSÃO

A sobrevivência de um doente em situação crítica dependerá de meios complexos de vigilância, monitorização e terapêutica, pelo risco ou falência de uma ou mais funções vitais que possa apresentar.

A abordagem de enfermagem a este doente, através da prestação de cuidados qualificados de forma contínua, permite a manutenção das funções básicas de vida, previne complicações e limita incapacidades, visando a recuperação total do doente.

Com a apresentação desta matéria à equipa de enfermagem do serviço, ambiciona-se que os seus elementos estejam sensibilizados e informados acerca da importância da vigilância dos sinais vitais no doente admitido no serviço de urgência, consolidando assim práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, tal como preconiza o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cardoso, C. G. (2022). *A importância do conhecimento dos sinais vitais nos Cuidados de Saúde Primários*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.] https://eg.uc.pt/bitstream/10316/102379/1/Tese_versa%CC%83o_final.pdf.

Despacho nº 9390/2021 do Ministério da saúde (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

DGS. Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica [Internet]. 2017 [citado a 1 de fevereiro de 2022] Disponível em: <http://nacs.pt/wpcontent/uploads/2017/10/PAI-febre-pediatria.pdf>.

Freitas, C. M. (2017). *A vigilância da deterioração clínica da pessoa em situação crítica na enfermaria: intervenção especializada do enfermeiro*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.] https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21119/1/relataria%20de%20est%C3%A1gio_Catarina%20Freitas_n.%C2%BA6738.pdf.

Garcia, T., Galvão, M. C., Nóbrega, M. M., & Cubas, M. R (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE * Versão 2019-2020 (1)*. Artmed. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/livro-com-a-cipe-2-dispon%C3%ADvel-em-pdf-na-%C3%A1rea-reservada-do-site/>.

Gomes, A. M, Macedo, A. P. (2020). *Intervention of the out-of-hospital emergency nurse in pain management to the person in a critical situation. International Journal of Science and Research*. Vol. 9 (10). p.262-271. <https://www.ijsr.net/archive/v9i10/SR201005110424.pdf>

Loots, F.J., Smulders, D., Giesen P., Hanstaken, R.M. & Smits M. (2021). *Vital signs of the systemic inflammatory response syndrome in adult patients with acute infections presenting in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. European Journal of General Practice*. Vol. 27 (1), p. 83-89. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13814788.2021.1917544?needAccess=true&role=button>.

Ordem dos Enfermeiros. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Diário da República, 2.a série 19362–19364 (2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Diário da República, 2.a série 4744-4750 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Kebe M, Gadhouf R, Mohammad B, Saadulabou M, Salah H, Al-Qudus M (2020). Human Vital Signs Detection Methods and Potential Using Radars: A Review. *Sensors*. Vol.20 (5), p.1-38. <https://www.mdpi.com/1424-8220/20/5/1454>

Sapra, A. Malik, A., Bhandari P. (2022). Vital Sign Assessment. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/>.


Sousa, Z., Neves C., Carvalho, D. (2016). Monitorização do controlo glicémico. *Revista Portuguesa de Diabetes*. Vol. 11 (1). P.33-37. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-11-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2016-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%AAs-33-37.pdf>.

Soar, J., Nolan, J. P., Böttner, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Cadzow, P., Deakin, C. D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*. Vol. 95. (3) p.100-147. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26477701/>.

Zhang D, Shen X, Qi X. (2016). Resting heart rate and all-cause and cardiovascular mortality in the general population: a meta-analysis. *CMAJ*. Vol. 188 (3). P. E53-E63. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150535>.

APÊNDICE II: PLANO DE SESSÃO FORMATIVA NEWS - UQ

PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

		PLANO DE SESSÃO FORMATIVA		
Data: 01 março 2023	Duração: 45 min	Sessão: 1/1	Local: 	
Formadora: Mestranda Raquel Alves				
Público-alvo: Enfermeiros do 				
Pré-requisitos: Enfermeiro da instituição				
Objetivos:				
Gerais	1. Desenvolver competência de Enfermeiro Especialista, do domínio da melhoria contínua da qualidade.			
Específicos	1. Apresentar aos enfermeiros do uma estratégia de intervenção precoce, no reconhecimento e na resposta à deterioração dos doentes, nos serviços de internamento; 2. Apresentar escala de alerta precoce NEWS e a sua importância; 3. Expor um protocolo de atuação para a monitorização da deterioração do quadro clínico do doente e quais as intervenções clínicas a cumprir.			

PLANO DE SESSÃO

Objetivos	Conteúdo	Estratégia	Recursos	Avaliação	Tempo
-----------	----------	------------	----------	-----------	-------

Introdução

Identificar os objetivos da sessão	Enumerar objetivos supracitados	Breve Exposição	Recursos multimédia (portátil, projetor multimédia, tela projeção)	Avaliação formativa: observação	2min
Expor critérios definidos para ativação da EEMI	Enumerar critérios de ativação da EEMI, definidos pela DGS, segundo a norma nº15, em 2010.	Exposição de conteúdos			2min

PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

Objetivos	Conteúdo	Estratégia	Recursos	Avaliação	Tempo
-----------	----------	------------	----------	-----------	-------

Introdução

Apresentar recomendações da CHKS, acerca da abordagem ao doente em situação crítica/deterioração clínica, precedente de PCR	Exibir recomendações da CHKS: norma 10.13; norma 25.24; norma 11.10.	Exposição de conteúdos	Recursos multimédia (portátil, projetor multimédia, tela projeção)	Avaliação formativa: observação	2min
---	--	------------------------	---	---------------------------------	------

Desenvolvimento

Apresentar escala NEWS	Definição da escala NEWS; Apresentação de parâmetros fisiológicos avaliados na escala; Comparar parâmetros fisiológicos propostos pela DGS vs NEWS; Identificação dos diferentes scores de nível de risco clínico; Apresentar exemplo de aplicação da escala NEWS.	Exposição de conteúdos	Recursos multimédia (portátil, projetor multimédia, tela projeção)	Avaliação formativa: observação	15min
Apresentar proposta de protocolo de atuação	Definir quem aplica a escala; a quem aplicar; quando e com que periodicidade a aplicar; e onde realizar o registo da avaliação.	Exposição de conteúdos	Recursos multimédia (portátil, projetor multimédia, tela projeção)	Avaliação formativa: observação	15min

PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

Objetivos	Conteúdo	Estratégia	Recursos	Avaliação	Tempo
<i>Conclusão</i>					
Sintetizar a sessão e os seus objetivos	Objetivos Específicos: Apresentar aos enfermeiros do Hospital da Prelada, uma estratégia de intervenção precoce, no reconhecimento e na resposta à deterioração dos doentes, nos serviços de internamento; Apresentar escala de alerta precoce NEWS e a sua importância; Expor um protocolo de atuação para a monitorização da deterioração do quadro clínico do doente e quais as intervenções clínicas a cumprir.	Síntese integradora Diálogo refletivo	Recursos multimédia (portátil, projetor multimédia, tela projeção)	Avaliação formativa: observação	3min
Sensibilizar para importância da deteção precoce da deterioração clínica do doente					
Avaliar a formação	Parâmetros diversos: desempenho da formadora; horário; local; pertinência do tema	Preenchimento escrito de questionário	Fotocópias	Respostas com critério crítico-constructivo	5min

APÊNDICE III: GUIÃO *FOCUS GROUP*

GUIÃO FOCUS GROUP

Tema: "A percepção dos EEMC sobre o efeito do ruído na SE na prestação de cuidados à PSC"

Data: 23 fevereiro 2024

Hora: 16 horas

Duração: 90-120min

Via: Online - plataforma Teams

Objetivo principal:

- Avaliar a percepção dos enfermeiros especialista em enfermagem médico-cirúrgica, sobre o efeito do ruído na SE na prestação de cuidados à PSC.

Blocos temáticos

A. Legitimação do focus group e motivação dos participantes (15min)

1. Motivar os participantes

- Informar acerca do estudo de investigação a desenvolver, qual a metodologia e a finalidade do mesmo;
- Realçar importância da colaboração dos participantes e do seu contributo para a otimização os resultados do estudo.

2. Legitimar o focus group

- Confirmar receção dos consentimentos informados, pelos participantes;
- Confirmar receção dos consentimentos informados, após o seu preenchimento;
- Revalidar as questões éticas relativamente à confidencialidade dos dados e anonimato, dos participantes;
- Informar que em qualquer altura poderão cessar a sua participação sem qualquer penalização ou necessidade de justificação;
- Solicitar autorização da gravação áudio e vídeo, da entrevista;
- Informar acerca da disponibilidade de acesso aos dados e aos resultados, se o solicitarem.

3. Caracterizar os participantes do estudo

- Solicitar dados sobre: Idade; Género; Habilitações académicas; Experiência profissional; Anos de serviço em sala de Emergência

B. Abordagem da temática (70min)

- 1. Avaliar a percepção dos enfermeiros especialista em enfermagem médico-cirúrgica, sobre o efeito do ruído na SE na prestação de cuidados à PSC.

1. Quais são as fontes de ruído que identificam, na SE?
2. Habitualmente, reconhecem existir ruído excessivo na SE, onde exercem funções?

3. No vosso entendimento, quais são as consequências do ruído, para o profissional?
4. E quais as são consequências do ruído, na prestação de cuidados à PSC?
5. Conhecem dispositivos para avaliação do nível do ruído? Existem na vossa sala de emergência? Reconhecem vantagens na sua utilização?


C. Finalização da entrevista

1. Formalizar o agradecimento aos participantes (5min)

Registo final das condições dos focus groups

Condições do focus group	
Dia e hora	
Condições do local (ruído, espaço público)	
Estado dos entrevistados (pressa ou não)	
Primeiro contacto com os entrevistados	
Empatia criada com o entrevistador	
Observação geral da entrevista	

APÊNDICE IV: CHECKLIST AUDITORIA ISBAR

	Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde Lista de Verificação – Auditoria de Serviço
Data:	Serviço:

Critério		S	N	NA	
1. Procedimentos					
1.1 A transição de cuidados obedece a uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, sendo normalizada utilizando a metodologia ISBAR.					
1.2 Os profissionais de saúde conhecem a norma hospitalar.					
1.3 Estão presentes todos os profissionais essenciais para a transmissão da informação.					
1.4 É disponibilizado tempo suficiente para permitir a passagem de informação importante e permitir que os profissionais saiam na hora certa, cumprindo as suas obrigações.					
1.5 Não existem interrupções na passagem de informação.					
1.6 O local respeita a confidencialidade da informação.					
1.7 O local permite a vigilância dos doentes durante a passagem de informação.					
1.8 Os elementos presentes no momento da auditoria, receberam formação sobre a metodologia ISBAR (Sim >50%)					
2. Observação da transmissão de informação					
		P1	P2	P3	P4
I – Identificação	2.1 Nome completo, data de nascimento, nacionalidade				
	2.2 Serviço de origem (até 72h após-admissão)				
	2.3 Identificação da pessoa significativa (até 72h após-admissão)				
	2.4 Identificar profissional de saúde emissor/recetor				
S – Situação atual	2.5 Data e hora de admissão (até 72h após-admissão)				
	2.6 Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados				
B – Antecedentes / Anamnese <small>*até 72h pós-admissão)</small>	2.7 Antecedentes clínicos				
	2.8 Diretivas antecipadas de vontade				
	2.9 Alergias				
	2.10 Hábitos relevantes				
	2.11 Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma				
	2.12 Técnicas invasivas realizadas				
	2.13 Identificação da situação social e capacidade de cuidados				
A - Avaliação	2.14 Necessidade de aporte suplementar O2				
	2.15 Presença de CVC/ CVP				
	2.16 Balanço Hídrico/Diurese				
	2.17 Identificação de tratamento de ferida/queimadura				

1

Legenda: S (Sim); N (Não); NA (Não aplicável); P(Enfermeiro)

PERCEÇÃO DOS EEMC SOBRE O RUÍDO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PSC

2. Observação da transmissão de informação		P1	P2	P3	P4
A - Avaliação	2.18 Presença ou risco de colonização/ IACS e PBVT's				
	2.19 Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída				
R - Recomendações	2.20 Identificação do plano de continuidade de cuidados				
	2.21 Informação sobre pedido de colaboração de especialidades				
	2.22 Identificação de necessidade de cuidador informal				

O enf.º auditor: _____

Legenda: S (Sim); N (Não); NA (Não aplicável); P(Enfermeiro)