

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO  
CUIDADO DO DOENTE CRÍTICO, ÀS  
COMPETÊNCIAS DE MESTRE NO CUIDADO AO  
DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO**

**Jenny Pinto**

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica.**

**Funchal,  
2019**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO  
CUIDADO DO DOENTE CRÍTICO, ÀS  
COMPETÊNCIAS DE MESTRE NO CUIDADO AO  
DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO:**

**Jenny Pinto**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Pestana**

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica.**

**Funchal,  
2019**



“O conhecimento e a experiência caminham de mãos dadas para a verdadeira compreensão de todos os acontecimentos do Universo”.

Duarte Gouveia



## **AGRADECIMENTOS**

Um agradecimento em particular à instituição na qual trabalho por disponibilizar a minha prática para a aquisição de competências.

A toda a equipa de docentes da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny pela disponibilidade, cooperação, e entusiasmo no sentido pedagógico e em particular a professora Cristina Bárbara por todo o acompanhamento, orientação e apoio realizado ao longo de todo o percurso.

A toda a equipa de HO/UN por disponibilizar a prática e a investigação na enfermagem.

Aos meus amigos, António, Caróline, Isabel, Joana, Fátima e Tânia que me acompanharam de perto ou de longe motivando-me nas alturas de maior cansaço, transmitindo-me energia e entusiasmo.

Aos meus pais e irmão José que me acompanharam nos diversos momentos auxiliando o crescimento pessoal e profissional, e pelo incentivo para me tornar uma melhor pessoa e profissional.

e a ti Duarte Gouveia pela compreensão nos momentos de menor disponibilidade, por estares ao meu lado e por me compreenderes na minha jornada.

Por todos aqueles que me inspiram diariamente e me fazem querer viver e acreditar num mundo melhor.

A todos um muito obrigado por fazerem parte da minha jornada!



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da realização do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem-Médico-Cirúrgica. Através do relatório pretendo demonstrar a edificação das competências de Mestre ao longo de um percurso de formação e prática enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Neste relatório é feita uma análise e reflexão de um processo de crescimento contínuo e orientado onde evidenciarei a evolução do meu conhecimento e experiência na área. Assim, tendo por base as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Médico-Cirúrgica descrevo o percurso de desenvolvimento e consolidação das competências de Mestre no cuidado ao doente crítico, dando particular ênfase ao doente Hemato-Oncológico, reconhecendo-o como doente crítico com necessidade de cuidados especializados, mais especificamente o doente com Síndrome de Lise Tumoral, realçando a intervenção do enfermeiro na detecção da população de risco, prevenção de complicações e monitorização. Desta forma, tendo em conta as minhas competências de especialista, e com o desenvolvimento das competências de mestre, proponho-me contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem a estes doentes.

Ao longo do relatório evidencia-se uma análise reflexiva, fundamentando-se na mais recente evidência científica e nos referenciais da profissão de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Síndrome de Lise Tumoral; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências; Qualidade;

## ABSTRACT

This report originated after the completion of my 2nd Master's Course in Medical Surgery Nursing.

Via this report I intend to demonstrate the abilities of a Master along the period of qualification and practice as a nurse specialising in Medical-Surgery Nursing. In this analytical report a reflexion of my evolutionary knowledge and experience in this Area will be demonstrated .

So having as a base the competency of Specialist Nurse in the field of Medical-Surgery Nursing I will describe the course of development and consolidation of the abilities of the Master in the care of a critical patient, emphasizing the Hemato-Oncological patient, as this is a critical patient needing specialised care, and in particular the patient with Lise Tumors, emphasizing the need of nursing specialised in the detection of the population at risk, prevention of complications, and monitoring of the situation. In this manner and taking into consideration the development of my master specialist competencies, I intend to obtain the result of quality and security of caring for patients.

Within this report, a reflective analysis will be evident, founding itself in the most recent scientific results and with actual references represented in the nursing profession, represented in the report is the growth process with the object of achieving a Master classification.

**Key Words:** Lise Tumorial Syndrome; Medical.Surgical Nursing; Abilities/Competencies; Quality

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACE: Atendimento Cardiovascular de Emergência  
ASCO: American Society of Clinical Oncology  
CID: Coagulação Intravascular Disseminada  
CVC: Cateter Venoso Central  
CVP: Cateter Venoso Periférico  
DECH: Doença Enxerto contra Hospedeiro  
DGS: Direção-Geral de Saúde  
EEMC: Especialidade de Enfermagem em Médico-cirúrgica  
EMC: Especialidade Médico-cirúrgica  
EV: Endovenosa  
HLA: Antígenos Leucocitários Humanos  
HO: Hemato-Oncologia  
IACS: Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde  
ICN : International Council of Nurses  
LPA: Leucemia Promielocítica Aguda  
OMS: Organização Mundial de Saúde  
PAS : Pressão Arterial Sistémica  
PCR: Paragem Cardiorrespiratória  
PIS: Projeto de Intervenção em Serviço  
TCH: Transplante Células Hematopoiéticas  
TCTH: Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas  
RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar  
REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
SC: Subcutânea  
SLT: Síndrome de Lise Tumoral  
SMD: Síndrome Mielodisplásicas  
SMP: Síndromes mieloproliferativas  
SPCI: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
VS: versus



## ÍNDICE

|                                                                                                                                               |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                        | <b>13</b>  |
| <b>1. DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE NO CUIDADO AO DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO .....</b> | <b>15</b>  |
| <b>1.1. Enquadramento teórico .....</b>                                                                                                       | <b>15</b>  |
| <b>1.2. Rumo às competências de Mestre.....</b>                                                                                               | <b>24</b>  |
| 1.2.1. Conhecimento e capacidade de compreensão .....                                                                                         | 27         |
| 1.2.2. Aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão .....                                                                           | 40         |
| 1.2.3. Realização de julgamento/tomada de decisões .....                                                                                      | 56         |
| 1.2.4. Comunicação .....                                                                                                                      | 68         |
| 1.2.5. Competências de auto-aprendizagem.....                                                                                                 | 80         |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>                                                                                                                         | <b>100</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>                                                                                                        | <b>103</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                                            | <b>I</b>   |
| <b>ANEXO A- FACTORES DE RISCO PARA A SLT. ....</b>                                                                                            | <b>III</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>                                                                                                                        | <b>V</b>   |
| <b>APÊNDICE A- PLANEAMENTO DO PROJETO DE AUTO-FORMAÇÃO/INTERVENÇÃO .....</b>                                                                  | <b>VII</b> |
| <b>ANEXO B- POSTER.....</b>                                                                                                                   | <b>IX</b>  |
| <b>APÊNDICE C- GRÁFICOS REPRESENTATIVOS DAS CATEGORIAS/INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NAS FICHAS DE DIAGNÓSTICO/ RESULTADO.....</b>               | <b>X</b>   |



## **INTRODUÇÃO**

Na prática de cuidados é fundamental a formação contínua em enfermagem promovendo o desenvolvimento de novas competências executáveis na prática. “A competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho” (Silva & Silva, 2008, p104).

A formação contínua permite a análise sobre a prática e a aplicação das aquisições feitas durante o desenvolvimento de competências. É este processo que torna possível a tomada de decisão ética fundamental para cuidados de excelência (Ordem dos enfermeiros, 2005).

Tendo em conta as minhas competências actuais como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e reconhecendo a enfermagem como uma profissão em constante evolução e actualização, achei pertinente a realização do Mestrado na mesma área, pois facultar-me-a mais ferramentas que me permitirão a aquisição de competências complementares que contribuirão para o meu crescimento profissional e pessoal.

Actualmente, como enfermeira especialista a exercer funções na Unidade de Neutropénia, constato a necessidade de uma abordagem do doente Hemato-Oncológico como doente crítico pois, estes apresentam frequentemente instabilidade hemodinâmica quer seja pela sua patologia ou tratamentos incutidos com possibilidade de os colocar em risco e necessitando de cuidados específicos.

Noutro sentido, existem diversas complicações que podem surgir neste tipo de doentes potenciando o surgimento de Urgências Hemato-Oncológicas que requerem uma intervenção antecipatória preventiva, ou face ao seu surgimento, uma intervenção que minimize as suas consequências, requerendo competências altamente diferenciadas na sua identificação e controlo. Assim, consciente da importância desta abordagem, e tendo constatado que nem sempre é dada a devida atenção ao problema, seja por inexperiência e/ou falta de conhecimento, pretendo intervir no problema detectado de uma forma construtiva e reflexiva visando a sua resolução e a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, dando assim resposta aquelas que são as competências do enfermeiro especialista e que se pretendem no enfermeiro mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim, Este relatório enquadra-se no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESESJC sob supervisão e orientação da Professora Doutora Cristina Pestana, e têm como objetivo: Descrever o percurso da construção de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Evidenciar o papel de enfermeiro Especialista/Mestre no cuidado ao doente Hemato-Oncológico em especial na prevenção, diagnóstico e controlo do Síndrome de lise tumoral; Apresentar e discutir o relatório para obtenção do grau de Mestre.

A metodologia utilizada será descritiva e reflexiva de forma a evidenciar o percurso pessoal, profissional e académico que permitiu a aquisição de competências de enfermagem especializadas e de Mestre no cuidar da pessoa em situação crítica, fundamentada na mais recente evidência científica e nas referências da profissão.

O relatório está organizado em quatro capítulos, sendo o primeiro capítulo constituído por dois subcapítulos relativos a identidade de enfermagem, os diversos conceitos de competência, as referências da profissão de enfermagem e padrões de qualidade no segundo subcapítulo é apresentado o percurso realizado desde a aquisição de competências especializadas às de mestre em enfermagem. O segundo capítulo é referente a Conclusão e o terceiro às Referências Bibliográficas.

Para a formatação e referenciação de fontes o presente trabalho foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico e elaborado de acordo com as Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

## **1. DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE NO CUIDADO AO DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO**

O desenvolvimento das competências do enfermeiro inicia-se desde o momento em que se realiza o curso de licenciatura através da construção de conhecimentos teóricos, fundamentados na evidência científica em conjunto com a prática e reflexão sobre a mesma nos diversos ensinamentos clínicos que contemplam a formação de base. Após este momento, e já na prática clínica, dá-se continuamente o desenvolvimento de competências que se diversificam de acordo com os fatores individuais, as experiências e a formação realizada por cada um. Assim, o processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado ao doente crítico até às competências de mestre no cuidado ao doente hemato-oncológico é um processo que tem vindo a ser elaborado e construído ao longo do tempo.

Tendo em conta a complexidade deste processo evolutivo, o presente relatório encontra-se dividido em diversos sub-capítulos. No primeiro faz-se um enquadramento teórico que servirá como referência a todo o relatório. Assim, neste descrevo a identidade de enfermagem, os diversos conceitos de competência, as referências da profissão de enfermagem e padrões de qualidade; no segundo subcapítulo é apresentado o percurso realizado desde a aquisição de competências especializadas às de mestre em enfermagem.

### **1.1. Enquadramento teórico**

Desde Florence Nightingale que a prática de enfermagem é fundamentada num conjunto de princípios científicos e humanos centrados no cuidar a pessoa. O desenvolvimento destes fundamentos até a atualidade passou por diversos modelos e teorias conceituais de enfermagem em conjunto com os diferentes paradigmas que foram emergindo de acordo com a natureza dos cuidados de enfermagem (Rua, 2011).

Os diversos Modelos Teóricos de Enfermagem presentes no desenvolvimento da profissão promoveram um maior suporte na nossa prática, embora, como descreve Silveira, citado por Aparício (2011), “a organização da prática dos cuidados nem sempre assenta, mesmo nos nossos dias, num determinado modelo, quer este seja mais voltado para o tratar ou para o cuidar” (p.14). Neste sentido, em 2016, Chamberlain et al, citado por Ribeiro,

Martins e Tronchin descrevem que os modelos de enfermagem fornecem “as bases para a prática de cuidados seguros, de alta qualidade e centrados no cliente (...) sendo a relação estabelecida entre o profissional e o cliente o elemento-chave para o êxito” (p.130).

Foram inúmeros os processos cognitivos implicados no desenvolvimento do processo de enfermagem, dos modelos referentes ao cuidar de enfermagem descritos na literatura e na criação de linguagem comum de taxonomias, tais como: Classificação dos Fenómenos de Enfermagem (Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem, NANDA); Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE); entre outras, cujo objetivo principal era promover os cuidados de enfermagem (Carvalho & Kusumota, 2009).

Os vários modelos surgiram das diversas disciplinas (antropologia, ciências de educação, sociologia, psicologia, entre outras) e de acordo com a adaptação sócio-cultural do presente. Collière (2003) acrescenta que a consciência das influências culturais nos cuidados praticados promovem a evolução nas instituições de saúde.

A progressão da enfermagem fez-se através da evolução sociocultural e tecnológica (Rua, 2011). Abreu citado por Rua (2011), descreve que “o desenvolvimento de competências insere-se num processo amplo de socialização profissional o qual, por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários” (p.25).

Os modelos conceptuais direcionam a prática do enfermeiro disponibilizando uma descrição de conceitos fundamentais para à prática assim como se constituem guias orientadores da formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Estes evidenciam os princípios fundamentais da formação dos enfermeiros, os fenómenos importantes para a investigação em enfermagem, as atividades a serem planeadas e os *outcomes* para a gestão dos cuidados (Silva, 2002).

Na enfermagem, assim como nas outras disciplinas, há conceitos convencionais e recentes que formam os alicerces da prática, manifestando “um papel importante no pensar e fazer enfermagem”. É de acordo com o conhecimento destes conceitos que se apresenta a profissão.

De acordo com os autores, Teodosio, Enders, Lira, Padilha, Breda (2017), é fundamental a

análise de conceitos para o desenvolvimento do conhecimento científico de uma profissão por seu significado como arte do pensamento crítico. Sua aquiescência na enfermagem poderá contribuir para a construção e/ou reconstrução de estruturas de conhecimento científico próprias da profissão (p. 1594).

Outra das referências fundamentais para a Enfermagem é proposta pela Ordem dos Enfermeiros. Esta propõe um conjunto de “padrões” de forma a uniformizar ideias e critérios relacionados a metaparadigmas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Os modelos conceituais, as concepções e a identidade profissional são compreensões importantes para a profissão permitindo a realização de desenvolvimento de competências. A competência é uma habilidade exigida aos profissionais que exercem funções numa área específica.

Rua (2011) descreve que, para compreender o significado de competência é também necessário entender os seguintes aspectos: significado de identidade profissional, analisar o conceito e a sua relação na enfermagem. De acordo com Perrenoud citado por Rua (2011), a “identidade e competências têm relações *dialécticas* e alimentam-se reciprocamente. Por isso é que não é possível desenvolver competências (...) senão a partir de uma aspiração à autonomia, solidária de uma identidade” (p.24).

A identidade profissional resulta de processos sociais em consequência das estruturas sociais e suas interações, sendo que “a construção identitária não ocorre apenas devido à pertença de um indivíduo a um grupo: é o percurso de vida do indivíduo que permite moldar a sua identidade” (p.25). A identidade profissional dos enfermeiros tem sofrido alterações assim como o desenvolvimento da profissão, de acordo com os contextos culturais em que se encontra (Rua, 2011).

A identidade profissional é importante para a progressão da profissão de enfermagem e de enfermeiros assim como contribui para as metamorfoses diárias na atuação dos enfermeiros, constatando-se fundamental nos limites de atuação, revisão e estruturação do processo de trabalho dos enfermeiros (Teodosio, Enders, Lira, Padilha & Breda, 2017).

Ainda os mesmos autores reforçam que a construção da autonomia profissional de enfermeiros prende-se à identidade profissional por ser esta constituída de características próprias inerentes à profissão, e possibilitar as relações interprofissionais com a equipe de saúde e o reconhecimento social. O incremento do ensino superior e o avanço da pesquisa científica centrada nas mudanças da prática têm sido fundamentais nesse processo de edificação da autonomia profissional. Esta, por sua vez, se apresenta como um elemento importante para aumentar a autoestima e a imagem de enfermeiros (p.1592).

A enfermagem atualmente é compreendida como uma ciência e uma arte, sendo a arte de cuidar relacionada aos cuidados técnicos, científicos, éticos e humanos, com base

na relação interpessoal. O alicerce dos cuidados são a pessoa num todo holístico, não podendo ser desagregada em partes separadas.

Serrano, Costa e Costa (2011) referem a importância de três pilares para o desenvolvimento da enfermagem, estes são: a competência, o exercício profissional e o contexto. Assim, de acordo com o contexto os enfermeiros são alvos de processos de mudança permitindo o desenvolvimento de competências. Rua (2011), acrescenta que a evolução da própria sociedade solicita padrões de qualidade de cuidados de enfermagem de alto grau técnico, científico e ético para que as necessidades e expectativas nos cuidados de saúde sejam satisfeitas.

O conceito de competência é descrito por Fleury e Fleury (2001) como

conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. Em outras palavras, a competência é percebida como estoque de recursos, que o indivíduo detém. Embora o foco de análise seja o indivíduo, a maioria dos autores americanos sinalizam a importância de se alinharem as competências às necessidades estabelecidas pelos cargos, ou posições existentes nas organizações (p.185).

Alarcão citado por Rua (2011) descreve que competência é um conjunto de saberes, aptidões, atitudes, propósitos, intenções e motivos demonstrados na atuação sob determinados contextos. Manifesta-se pela conjugação dos referidos anteriormente através da ação e o ambiente, determinando a prática profissional.

Pires citado por Rua (2011), descreve que as competências fazem parte do processo de desenvolvimento do adulto uma vez que estas são obtidas, desenvolvidas e atualizadas durante os diversos momentos de aprendizagem que decorrem sob vários contextos e que permitem a estruturação da identidade profissional e pessoal.

Benner (2001) descreve três aspectos que provocam a mudança e a aquisição de competências, sendo:

o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação não a vê tanto como um conjunto de elementos tirados aqui e ali, mas como um todo no qual só algumas partes são relevantes; o terceiro aspecto é a passagem de observador desligado a executante envolvido (p.43).

Fleury e Fleury (2001) enunciam que a competência da pessoa não se resume a apenas um conhecimento ou “*know how* específico”. Le Boterf, citado pelos autores anteriores, descreve o cruzamento da competência com três eixos, estes são: desenvolvidos pelo indivíduo (sua biografia, socialização), formação e experiência profissional.

Já Ceitil citado por Zangão (2014) refere que a aquisição de competências passa pelo comportamento (conhecimentos, habilidades, atitudes, motivação e meios de recursos) relacionados a uma determinada competência (fazer) sendo produzido por cinco componentes (saber, saber-fazer, saber-estar, querer-fazer, poder-fazer).

Le Boterf (2006) descreve três dimensões da competência que estão presentes no profissional competente e reconhecido como tal, estas são: a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais...) que poderão ser utilizados na acção; a dimensão da acção e dos resultados realizados (práticas profissionais e do desempenho); e a dimensão da reflexividade (distanciamento em relação às duas dimensões anteriores).

O desenvolvimento de competências na enfermagem resulta do processo tripartido (interacção enfermeiro-utente-contexto) e não apenas de “um conjunto de saberes acumulados, pela prática ou pela formação” (Rua, 2011, p.28). Assim, o enfermeiro desenvolve as suas competências no decorrer da sua experiência profissional, na inter-relação constante e dinâmica e na adaptação às situações de imprevisibilidade e complexidade (Rua, 2011).

O profissional competente é aquele que, não só é capaz de agir com pertinência numa dada situação, mas que compreende, igualmente, o porquê e o como agir. Deve, pois, possuir uma dupla compreensão: a da situação sobre a qual intervém e a forma como o faz (Le Boterf, 2006, p.4).

No decorrer do desenvolvimento de competências, o enfermeiro passa por um conjunto de situações complexas que terá de gerir no ambiente onde trabalha. A gestão destas, de acordo com Le Boterf (2003), passa por: “Saber agir com pertinência; Saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional; Saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; Saber transportar; Saber aprender e aprender a aprender e Saber envolver-se”(p.38).

As competências são uma área vasta e complexa, sendo que, estas vão se formando e desenvolvendo no decorrer da profissão. Benner (2001) baseado no modelo *Dreyfus* descreve um modelo de desenvolvimento de competências através de cinco níveis, estes são: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O nível 1 (iniciado) segundo a autora é descrito como os indivíduos sem experiência perante as situações em que se deparam, sendo necessário dar regras para orientar os seus atos; O nível 2 (iniciado avançado) os estudantes apresentam um comportamento aceitável pois já obtiveram situações reais que lhes permite responder a situações semelhantes; O nível 3 (competente)

o enfermeiro exerce funções no mesmo serviço há dois/três anos promovendo a realização de objetivos e planos conscientemente; O nível 4 (proficiente) o profissional adquire conhecimento através da experiência, pela apresentação de acontecimentos usuais, e realiza a avaliação da situação no seu todo e não de forma isolada; O nível 5 (perito) a enfermeira perita tem um leque de experiência; compreende, adapta-se e de maneira intuitiva age em cada situação, apreendendo com as mesmas.

Desta forma, e de acordo com o referido anteriormente, o enfermeiro identifica-se pela formação e experiência que lhe atribuem competências que possibilitam compreender e respeitar os indivíduos sob diversos formatos culturais e abstendo-se de juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2001). O conhecimento empregado pelos enfermeiros na prática clínica é obtido através do conhecimento cognitivo, da própria experiência pessoal, profissional e vivencial (Queirós, 2015).

A formação em enfermagem é um fator necessário para o desenvolvimento de competências na enfermagem e conjugar o seu processo identitário, inicialmente como aluno e posteriormente como formador (Rua, 2011).

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2005) no Artigo 88º alínea c), descreve que o enfermeiro deverá comprometer-se a “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 135). Desta forma a atualização dos conhecimentos deve-se a um direito do utente a ter cuidados com qualidade, obtidos através da aquisição de conhecimentos nos diversos domínios de atuação *in loco*.

A formação em enfermagem e a respetiva atuação engloba: comunicação, relação, deontologia e reflexão em todos os domínios dos cuidados. Desta forma, podemos dizer que a atuação do enfermeiro é a soma de um conjunto de aptidões e características que o identificam com um indivíduo competente ou não, de acordo com o resultado do seu desenvolvimento profissional.

Por sua vez, o desenvolvimento profissional promove a valorização profissional, a melhoria na qualidade e da formação contínua. Este desenvolvimento profissional realiza-se a partir da promoção de imagem profissional, na participação em programas de melhoria de qualidade de cuidados, na responsabilização aos enfermeiros pela sua aprendizagem ao longo do ciclo vital e na participação em formação (Rua, 2011). Atualmente estes conceitos são regulados pela Ordem dos Enfermeiros. O regulamento para o exercício profissional dos enfermeiros “descreve domínios de atuação, que são representados nas

competências para o exercício, domínios estruturantes do conteúdo profissional e enunciados nos planos de estudo” (Fernandes, 2006, p.73).

O próprio desenvolvimento/conhecimento prático realiza-se com o decorrer do tempo sendo que nem sempre os enfermeiros se apercebem da sua evolução. É fundamental elaborar estratégias para que seja desenvolvido e melhorado o conhecimento do “saber fazer” (Benner, 2001).

Nóvoa citado por Rodrigues (2011), descreve que “ninguém forma ninguém e que pertence a cada um transformar em formação os conhecimentos que adquire ou as relações que estabelece” (p.20). A formação de adultos deverá compreender a pessoa como ser único, nas suas vivências e meios de aprendizagem.

O adulto que identifica a importância da formação ao longo da vida, motiva-se para encontrar soluções às situações que surgem na sua prática, através de: investigação científica, análise de artigos de revistas científicas, compartilhando vivências entre os pares (Nóvoa, citado por Rodrigues, 2011). Já Abreu, citado por Rodrigues (2011), acrescenta que “o processo de aprendizagem é individual, tendo cada indivíduo um estilo de aprendizagem próprio” (p.21).

De acordo com Abreu citado por Serrano, Costa & Costa (2011) “a formação e o trabalho são indutores de transformações identitárias. A formação comporta a legitimação de novas formas de identidade pela alteração do corpo dos saberes e das relações no trabalho” (p. 17).

Canário (1999) descreve que

a formação de adultos tende a aumentar a competência inicial do sujeito no domínio próprio da sua atividade, em função do seu estatuto: é o que designa a noção de «reciclagem» e, por vezes, a de «reconversão profissional; A educação de adultos visa alargar a polivalência, mas sem modificar o estatuto, tendo em vista os tempos livres ou uma sólida cultura geral (p.34).

Segundo Dias, citado por Tojal (2011), a formação de adultos é composta por um conjunto de estratégias com carácter formal sendo que estas promovem no indivíduo a aquisição de conhecimento e a formação pertinente para a concretização de objetivos individuais ou coletivos. Desta forma só é considerada uma formação eficaz se provocar transformação na forma de pensar e/ou de agir dos indivíduos.

A habilitação escolar certifica o início do percurso profissional, mas é através do processo de desenvolvimento de competências individual que se promove a atualização do conhecimento e do pensamento crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Neste sentido, a profissão de enfermagem é essencialmente uma profissão prática, cujo principal objetivo é prestar cuidados de enfermagem efetivos de qualidade respeitando cada indivíduo. Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros (2002) descreve um conjunto de enunciados para serem prestados cuidados de qualidade, alcançados através da reflexão sobre a prática, delineando objetivos para o serviço prestado e definindo estratégias concretizáveis. Já em 2001 Collière, descrevia que a reflexão carece de tempo adequado para promover melhores cuidados prestados. Em situações concretas, os cuidados prestados pelos praticantes obrigam a adaptar-se a situações diversas promovendo a sua experiência contínua na prática

A prática exige uma pesquisa exploratória incentivando a análise crítica da situação de saúde, determinando a resolução dos problemas, permitindo a elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem e a manifestação dos conhecimentos desenvolvidos pela experiência através da reflexão (Collière, 1990).

Schön citado por Fernandes (2006) enuncia que

o conhecimento surge da compreensão durante a execução da ação ou da reflexão posteriormente à sua execução. Na reflexão pensa-se a ação, pensa-se o que se fez, o que se executou, caminho e percurso que se mostra singular caso a caso (p.79).

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2005) descreve a necessidade da reflexão sobre o trabalho realizado como avaliação no processo de planeamento. A avaliação pode ser concretizada em formato de autoavaliação, heteroavaliação ou coavaliação; independentemente do formato utilizado deverá ser tido em conta o pensamento crítico. Desta forma, caminhamos no sentido da excelência através da reflexão da prática profissional e promovemos a mudança de atitudes.

De acordo com Queirós (2015), o enfermeiro perito apresenta um conjunto de competências e aptidões consequentes do processo prático reflexivo (reflexão na ação e reflexão sobre a reflexão na ação) promovendo aquisição de meta competências, como capacidade de decidir, adaptar-se às situações complexas, antecipar situações imediatas e determinar prioridades. Estas operações têm por base "esquemas de reconhecimento" e "sentido de saliência". Estas situações promovem o conhecimento tácito e intuitivo, promovendo a compreensão global da situação.

O enfermeiro é um

profissional prático reflexivo cuja ação se baseia num conhecimento prático e tácito que se ativa durante a ação e no qual podem, sob o ponto de vista heurístico, distinguir-se três componentes: conhecimento em ação, reflexão em ação e reflexão sobre a reflexão em ação. (Queirós, 2014, p.31).

Desta forma, pode-se descrever como elemento-chave, a reflexão em ação uma vez que é esta que promove o conhecimento profissional promovendo um cuidar com competência (Moya, citado por Queirós, 2015, p.31).

Neste sentido, Le Boterf (2006) descreve que a prática profissional é um conjunto de atos que um indivíduo concretiza ao realizar uma atividade prescrita de forma a solucionar a situação. É “uma determinada forma de agir para...” (p.2).

A enfermagem é uma profissão em que a sua atuação se centra no cuidar a pessoa, assim sendo, torna-se primordial explorar o conceito: Cuidar.

Collière (1999), descreve que cuidar é o ato de um indivíduo auxiliar outro a garantir o que é indispensável para prosseguir a vida pessoal, do grupo e da espécie. É garantir a satisfação das necessidades diárias imprescindíveis à vida.

Já Pacheco citado por Ferreira, Pontes & Ferreira (2009), acrescenta que é fundamental não só a componente técnica:

O verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica, mas pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica (p.361).

Indo de encontro ao cuidar, Collière (1999) enuncia que “o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio” (p.287). Desta forma podemos dizer que cada indivíduo é um ser individual com necessidades individuais que perante o mesmo diagnóstico o tornam único devido ao seu conjunto de valores e experiências anteriores.

As expectativas dos indivíduos relativamente aos cuidados de enfermagem são diversas, ainda mais associadas aos fatores sociais, educacionais, culturais e espirituais, tendo em conta que cada pessoa é um ser individual (Marques, citado por Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009).

Segundo Hesbeen citado por Ferreira, Pontes & Ferreira (2009), os enfermeiros são profissionais “(...) cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos actos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor” (p.362).

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2005),

os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência, na realização das atividades de vida. Os enfermeiros orientam, supervisionam e lideram os processos de adaptação individual, o autocuidado, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis (p.145)

Os cuidados de enfermagem prestados subdividem-se em dois tipos: intervenções autónomas ou interdependentes, sendo executadas pelos enfermeiros no domínio das suas qualificações profissionais (Decreto-Lei n.º 161/96).

Tendo em conta a área de atuação dos enfermeiros é fundamental o cuidado em função da maximização da qualidade. Assim, os cuidados de saúde de qualidade são os cuidados que potenciam a satisfação dos intervenientes durante todas as etapas do cuidar. Desta forma podemos dizer que a qualidade na saúde poderá ser descrita como um conjunto características tais como: o nível de excelência profissional, a utilização adequada dos recursos que promova um menor risco ao indivíduo e a máxima satisfação dos utentes de acordo com os valores sociais (Guedes, 2012).

A qualidade guia-se pela proximidade dos resultados finais aos objetivos idealizados. Assim a necessidade de implementar sistemas de qualidade é reconhecida mundialmente por diversas instâncias internacionais tais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, e organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade (Ordem dos enfermeiros, 2001).

Desta forma em 2001, foram publicados pela Ordem dos Enfermeiros os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem por forma a direccionar um caminho que promova a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e sua constante reflexão mais concretamente no que se refere aos cuidados de Enfermagem Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica publicado no Regulamento nº 124/2011.

É com base nestas referências/padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, do código deontológico, do REPE e das competências comuns e especializadas dos enfermeiros especialistas que irei desenvolver o próximo capítulo.

## **1.2. Rumo às competências de Mestre**

O desenvolvimento de competências é um processo cumulativo com o objetivo de atingir uma meta. Desta forma, pretendo ao longo deste capítulo descrever o meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional desde o início do meu berço profissional até à sua maturação e mestria.

Abreu citado por Rua (2011), aborda o processo evolutivo da enfermagem desde o seu berço, o desenvolvimento da sua autonomia e a reorganização da prática profissional. Alguns dos factos marcantes deste processo evolutivo em Portugal foram: a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico (de acordo com o Decreto-Lei 480/88 de 23 de Dezembro); a criação de cursos de Mestrados e Doutoramentos em Enfermagem impulsionando a investigação, permitindo o desenvolvimento do conhecimento da ciência de enfermagem; a publicação de um Regulamento do Exercício Profissional Enfermagem (Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro) e a constituição da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril).

Tendo em conta todo este processo evolutivo científico, a evolução constante da tecnologia, a diversidade de valores e culturas, e a exigência que a sociedade requer, incute em cada representante na sociedade um papel de eficiência nas suas funções, principalmente na saúde. O enfermeiro, como profissional de saúde, é-lhe exigida eficiência e eficácia. Este facto requer que o enfermeiro esteja em constante atualização de conhecimentos e apto para dar resposta às necessidades exigidas. Neste sentido, surgem diversos modelos com vista a desenvolver as competências tendo em conta a experiência da prática. O modelo de *Dreyfus* citado por Benner (2001) descreve um processo de aquisição de competências e conhecimentos obtidos na experiência num plano de desenvolvimento profissional.

Considerando o que foi referido anteriormente ao desenvolvimento profissional, uma das formas de colmatar e aperfeiçoar as competências permitindo um desenvolvimento específico numa área é através da realização de uma especialidade.

O Decreto-Lei n.º 161/96 enuncia que o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (p.3).

Por sua vez, o Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descreve que o enfermeiro especialista é um enfermeiro que desenvolveu as competências do enfermeiro de cuidados gerais e as competências comuns de enfermeiro especialista. Já o Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica acrescenta que, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente diferenciados

prestados continuamente ao indivíduo, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, de forma a colmatar as suas necessidade em déficit, possibilitando preservar as funções básicas de vida, antecipando complicações e circunscrevendo incapacidades, assim como a promoção da restauração plena.

Relativamente ao grau de Mestre, o Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março refere que o mestre deverá ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (artigo 15, alínea 1c, p.2246).

Assim, o meu processo de desenvolvimento de competências iniciou-se aquando do curso de Licenciatura em Enfermagem em 2003, prosseguindo-se no exercício clínico nos nove anos seguintes no serviço de Hemato-Oncologia o qual se encontrava associado aos seguintes serviços de Urologia, Medicina Interna e Otorrinolaringologia, e ainda a Neurocirurgia. Durante o percurso como enfermeira generalista houve a necessidade pessoal e profissional de desenvolver competências e aperfeiçoar outras, evidenciando-se a necessidade da realização de uma especialização em enfermagem. Assim, a opção pela especialidade em EMC deveu-se ao interesse particular sobre o cuidado ao doente crítico e ao doente paliativo. O percurso de desenvolvimento de competências especializadas concretizou-se com a frequência e conclusão do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica entre 2014 e 2016, após o qual iniciei as funções como especialista no serviço de internamento de Hemato-Oncologia e em particular na Unidade de Neutropénia aí integrada.

Nesse sentido, conhecendo a minha área de trabalho e tendo em conta que a enfermagem está em constante evolução, achei pertinente a realização do Mestrado na mesma área pois iria facultar-me mais ferramentas pessoais e profissionais assim como a evolução contínua contribuindo também para o crescimento da própria profissão. Assim, passo a descrever o meu processo de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, relacionando as competências de enfermeira especialista com as competências exigidas para a atribuição do grau de Mestre, partindo da minha experiência profissional e analisando-a à luz dos referenciais da profissão e fundamentada em evidência científica.

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior no Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de março define na sua reforma, um conjunto de Descritores (Descritores de Dublin)

que foram adotados na qualificação dos portugueses no espaço europeu, como parte integrante dos planos do 2º ciclo de Mestrado. Nesta linha passo a descrever o processo de competências ao longo do meu exercício profissional, utilizando como referências o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, referente ao anterior decreto e ajustado.

### 1.2.1. Conhecimento e capacidade de compreensão

Os formandos do segundo ciclo deverão demonstrar “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 63/2016, artigo 15, p. 3174).

Pearson et al citados por Chicória (2013), referem que os profissionais de saúde analisam a evidência para corroborar o valor de um conjunto de atividades durante a prática diária. O conhecimento profissional do enfermeiro apoia-se na teoria revertendo-se na prática.

Kim (2010) descreve o conhecimento em enfermagem como o resultado de dois vetores, o conhecimento privado e o conhecimento público. O conhecimento privado é o conhecimento pessoal, obtido da prática clínica e o conhecimento público são os conhecimentos da disciplina (teorias, evidências científicas, consensos). Na prática, os enfermeiros contribuem para ambos os conhecimentos, no desenvolvimento do conhecimento público e privado. Flaming citado por Chicória, (2013) acrescenta que a teoria e a prática estão interligadas sendo influenciadas por fatores pessoais e ambientais. Ainda Kim (2010) descreve que o carácter científico da prática de enfermagem engloba o conhecimento científico para a prática, a análise das estratégias de acordo com os resultados e requisitos situacionais.

Nesta linha, na sua prática, o enfermeiro deverá ser eficiente e perspicaz na solução de situações, assim como apresentar conhecimentos diversos e habilidades nas relações humanas, estando continuamente a aumentar o seu autoconhecimento. O indivíduo que reconhece “a si mesmo, como instrumento básico no cuidado, no sentido de facilitar o estabelecimento de relações mais humanizadas consigo mesmo e com os outros” (Esperidião, Munan & Stacciarini, 2002, p.517). Leoni citado pelos autores supracitados acrescenta “A eficiência do enfermeiro depende directamente de suas atitudes para consigo mesmo e para com os outros. A vida e as pessoas é que nos dão materiais experiências para que adquiramos os conhecimentos que nos levarão a atitudes” (p.517).

Desta forma, a eficiência do enfermeiro relaciona-se claramente com a forma de agir consigo e com os outros (Esperidião, Munan & Stacciarini, 2002).

Tal como atrás referido, o conhecimento pode ser categorizado em conhecimento teórico e prático, sendo que ambos os conhecimentos são fundamentais para todas as áreas. Um requer necessariamente do outro, sendo que um representa os alicerces e o outro promove a sua estruturação.

O meu conhecimento teórico iniciou-se aquando de formação de base de enfermagem (licenciatura) através de um conjunto de disciplinas que permitiram contacto com diversos modelos teóricos de enfermagem e conhecimentos técnico-científicos. Estes foram solidificados como alicerces, construídos com o passar dos anos e aperfeiçoados com atualizações com palestras nacionais e internacionais, trabalhos de investigação (monografia na licenciatura), revisão de literatura ou de artigos, de publicação de diversos pósteres, formações académicas como a pós-graduação em cuidados paliativos e especialização em enfermagem médico-cirúrgica, e ainda através da leitura de livros e artigos científicos.

Já no que se refere especificamente à HematoOncologia, é uma área extremamente complexa que requer do enfermeiro especialista um conhecimento vasto e simultaneamente específico, o que leva à necessidade de aprofundar temas fundamentais para a qualidade e a segurança dos cuidados.

Assim, durante a realização do curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica procurei direccionar os trabalhos requeridos para esta área das quais destaco uma revisão integrativa sobre: “Cuidados de Enfermagem ao Doente Hemato-Oncológico Imunodeprimido”. O desenvolvimento desta revisão integrativa permitiu-me aprofundar conhecimentos e adquirir novos, traduzindo-se numa prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Constatamos que o enfermeiro tem um papel essencial na prevenção e deteção de complicações no doente imunodeprimido sendo necessário cuidados especiais ao doente e família de forma a prevenir a exposição e propagação de possíveis complicações relacionadas com a imunossupressão.

Uma das possíveis medidas preventivas passa pela dieta neutropénica. Thom, Kleinberg e Roghmann, (2013), acrescentam que a dieta deve ser de baixo nível microbiano, evitando alimentos tais como o queijo não pasteurizado, frutas e vegetais crus e carnes mal cozidas durante o período de neutropénia diminuindo a incidência de infeção. Jubelirer, citado por Oliveira & Ferreira (2017) acrescentam que diversos estudos descrevem a presença de microrganismos patógenos nos diferentes alimentos podendo

provocar infecções oportunistas nos momentos de imunossupressão. A *American Dietetic Association Clinical Guide to Oncology Nutrition* (s.d.) vai de encontro ao citado pelos autores anteriores descrevendo que determinados alimentos apresentam grandes quantidades de bactérias (frutas e vegetais frescos) que se torna um problema potencial para doentes imunodeprimidos, recomendando seguir um conjunto de orientações das quais destaca alimentos bem cozidos e ingeridos imediatamente após sua confecção, utilizar apenas laticínios pasteurizados e frescos, evitar frutas e legumes crus, comendo frutas de casca grossa após lavagem e desinfecção externa da casca, entre outras recomendações. A revisão de literatura do tema supracitado permitiu-nos constatar que existe pouca literatura na área, verificando-se que há ainda um longo caminho a percorrer, em especial no que concerne aos cuidados prestados ao doente imunocomprometido.

Outro trabalho que destaco integrado no plano curricular do curso de EEMC foi a realização de um projeto de autoformação sobre a “Prevenção e Controlo de Infecção no Doente Hematológico”. A realização deste projeto de autoformação permitiu-me aprofundar e reunir um conjunto de conhecimentos sobre a área que viriam a ser a base para o desenvolvimento do meu estágio de opção.

Assim, nesta sequência, desenvolvi um relatório no estágio de opção denominado “Desenvolver competências na área da prevenção e Controlo da Infecção no Doente Hematológico”. Este relatório permitiu demonstrar a importância da prática baseada na evidência, a necessidade de atualizar e implementar as recomendações nacionais e internacionais relativas ao controlo de infeção de forma a prevenir e diminuir as IACS (infecções associadas aos cuidados de saúde) das quais saliento a prática das precauções básicas. O objetivo principal do estágio de opção e do relatório foi a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, constituindo-se fundamental para desenvolver o cuidado especializado à pessoa em situação crítica e a sua família.

Neste sentido Alves, Jardim, Gomes e Freitas (2015) enuncia que

O enfermeiro deve interagir com as pessoas em situação de saúde ou doença, melhorando o seu contexto sociocultural e o seu processo transição. Estas interações são organizadas com um propósito em que o enfermeiro utiliza ações terapêuticas para promover a saúde (p.119).

Já o curso de Mestrado permitiu-me aprofundar competências ao nível do conhecimento sobre a “Síndrome de Lise Tumoral no doente Hemato-Oncológico” que fundamentaram a elaboração e implementação de um Projeto de autoformação/intervenção

no serviço com o objetivo de melhorar as práticas e que será abordado posteriormente. Estas temáticas permitiram a atualização de conceitos e saberes transmissíveis para o meu quotidiano.

A evolução científica atualmente permite a concretização de novos tipos de abordagem terapêutica no contexto da oncologia havendo necessidade constante de atualização. Os próprios doentes têm hoje acesso a informação sobre os diversos planos terapêuticos recomendados e de cuidados, o que lhes permite questionar a prática e o recurso de outras opções. Isto vai de encontro ao que é descrito no Decreto-Lei n.º 161/96 em que o enfermeiro assume “respeitar, defender, promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (artigo 105, alínea b, p.84). A Hemato-Oncologia é uma área específica e delicada pois o doente e a família frequentemente têm de gerir um conjunto de emoções e tomar decisões fundamentadas, no âmbito da sua doença. O conhecimento e a compreensão dos profissionais na área irão transmitir segurança para o doente e a família facilitando o processo de adaptação à situação. O enfermeiro como profissional de saúde, que se encontra de forma direta mais presente no processo de cuidados, é aquele que maioritariamente presta assistência sob diversas formas numa área em que o utente/família encontram-se mais suscetíveis em diversos domínios, exigindo-lhe conhecimentos técnico-científicos, relacionais, éticos e deontológicos profundos e devidamente fundamentados.

A família é uma componente fundamental no processo de cuidado. O conhecimento do papel da família nas diversas culturas e a compreensão dos diversos tipos de relacionamentos e sua influência, permite ao enfermeiro ajustar os cuidados, englobar a família no processo e adequar os diversos recursos da comunidade. De acordo com Miranda (2013), na prática, as famílias mencionam que não se sentem apoiadas no ambiente hospitalar pois entendem que o cuidado de enfermagem centra-se no doente e na sua patologia. É, pois, preciso reconhecer as dificuldades e as capacidades de cada família para que possa ser envolvida no processo de cuidar do seu familiar/ doente. É importante nestas circunstâncias o apoio emocional, como, também saber lidar com o desconhecido e o inesperado aquando do diagnóstico.

A família deverá se adequar à situação de doença, às transformações (estruturais e funcionais) e à eventualidade da morte do familiar (Martinez & Barreto citado por Sousa, 2014). Pujol citado por Sousa (2014) refere que o processo de adaptação do cuidador é idêntico ao que o doente passa, podendo incluir fases de raiva e atitudes exigentes. Desta forma é importante que os profissionais de saúde entendam e compreendam este processo

de adaptação para ajustar os cuidados à família e ao doente de acordo com o contexto atual e adaptar-se de forma a responder às necessidades de ambos.

As vivências da família é um processo transversal e fundamental uma vez que a família faz parte do processo de cuidados do utente. O bem-estar da família promove resultados significativos e positivos para o utente, tornando-se num ciclo em que um influencia outro. O meu conhecimento neste contexto promoveu com que compreendesse melhor as reações da família, a importância da comunicação com esta, a desmistificação de conceitos, a expressão de sentimentos, entre outros.

Mendes (2015) acrescenta que “no contexto da unidade de internamento os familiares de doentes críticos estão expostos a múltiplas fontes de *stress* físico e psicológico” (p.45). Estes, deverão entender linguagem médica, tecnológica e decidir tendo em conta as preferências do doente. Deparam-se ainda com situações a definir como procedimentos a realizar, que embora com a devida informação “contrasta com tudo o que tinham como certo e seguro” (p.45). Mitchel e colaboradoras, citada por Mendes (2015) referem que a família ao encontrar respostas às suas necessidades desenvolve estratégias de coping uma vez que conseguem antecipar o que poderá ocorrer.

É fundamental reconhecer as reações da família perante um diagnóstico de doença oncológica assim como todo o processo de tratamento e indecisão/indefinição de doença. Desta forma, é fundamental o conhecimento sobre os cuidados prestados ao utente/família por forma a promover a segurança e confiança no processo de cuidados. O consentimento informado ao utente/família esta descrito no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril como: “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (artigo 84 alinea a, p.1755).

De acordo com a minha experiência profissional, o enfermeiro deve estar alerta para estas realidades e estar preparado para agir, pois, cuidar não é só o cuidar físico mas também é dar apoio psicológico promovendo a saúde mental e encaminhar o doente para uma intervenção dirigida junto aos profissionais específicos da área (enfermeira de saúde mental e psiquiatria, psicólogo, psiquiatria) em situações de descompensação. A frequência do curso de EEMC permitiu-me o aprofundamento teórico sobre estratégias de comunicação com o doente e família em situação crítica, nomeadamente a comunicação de más notícias que irei descrever em mais pormenor na temática da comunicação.

No sentido do que foi descrito anteriormente, outro tipo de conhecimento é o conhecimento prático. O meu conhecimento prático iniciou-se no primeiro ensino clínico (como estudante de enfermagem), aprofundando-se na prática de cuidados e na formação

especializada em enfermagem, mantendo-se até aos dias de hoje baseado num processo reflexivo e de questionamento das práticas.

As situações vivenciadas no contexto dos diversos ensinamentos clínicos durante a formação especializada (serviço de Urgência, serviço de Medicina Intensiva, e Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea) permitiram-me adquirir, desenvolver e aprofundar conhecimentos específicos e especializados nas diversas áreas em particular.

No serviço de Urgência saliento as situações de catástrofe nomeadamente o plano que se encontra delineado no Hospital Nélcio Mendonça; o conhecimento e compreensão do processo de Triagem de Manchester e a sua importância para a definição de prioridades de atendimento, a abordagem dos doentes em situação crítica urgente e emergente, nomeadamente a importância de uma vigilância constante através da monitorização, a gestão de cuidados em contexto “por vezes caótico”, a gestão da dor, da comunicação, tomar decisões sob pressão e por vezes com pouca informação.

Um dos fatos que pude constatar foi sobre os motivos de recorrência ao Serviço de Urgência. Desta forma, verifiquei que algumas situações poderiam ser evitadas com uma educação eficaz. Neste sentido, o meu conhecimento atual relativamente aos cuidados ao doente imunodeprimido e a sua suscetibilidade a infeção, permitiram-me questionar sobre a real importância da educação aos acompanhantes/famíliares durante o internamento e a alta hospitalar. Atualmente saliento e pratico uma educação mais rigorosa a todos os envolvidos no processo de cuidados em todos os vetores. Este conhecimento sobre a infeção permitiu-me ir de encontro ao que é definido pelo Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em que este, “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil mais adequadas” (artigo 4, alínea 1, subalínea c, p.8656).

As situações de catástrofe e multivítimas são situações delicadas e cuja ação exige conhecimento, treino, liderança e tomada de decisão. O Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, descreve que o enfermeiro “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação” (artigo 4, alínea 1, subalínea b, p.8656). Tendo em conta o descrito anteriormente é fundamental o enfermeiro conhecer o

plano de emergência delineado para a instituição em que se encontra, reconhecer a sua necessidade, de modo a poder colaborar na sua atualização e implementação.

Outro serviço com igual grau de multiplicidade é o serviço de Medicina Intensiva, caracterizando-se por ser um serviço muito específico, quer pela complexidade do estado do doente, ou pelos diversos equipamentos que o incorporam. O ensino clínico neste serviço permitiu-me adquirir e compreender um conjunto de conhecimentos no cuidado do doente crítico, promovendo a minha atuação para situações de alerta que representam um agravamento do estado do doente, a abordagem do mesmo, a dinâmica da equipa de emergência interna, a importância da comunicação à família (comunicação de más notícias) e os cuidados com o risco de infeção nas suas diferentes vertentes. Sendo este um serviço muito específico, é importante compreender todo o processo de cuidados a um doente com multifalência orgânica e todas as suas implicações. A compreensão destes processos neste serviço permite implementar formas de atuação atuais no serviço onde exerço minha prática e que irei descrever mais detalhadamente no subcapítulo seguinte.

Comparativamente ao serviço de urgência, o ambiente numa unidade de cuidados intensivos é muito mais controlado no que respeita à vigilância, gestão dos cuidados e comunicação ao doente e a família, controlo de infeção, entre outras. Esta experiência exigiu porém o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos relacionados à adequada e eficiente utilização de meios sofisticados de monitorização, vigilância e tratamento, conhecimentos relacionados com a comunicação com doentes sob ventilação mecânica invasiva, conhecimentos específicos relacionados com a prevenção de infeção em contexto de elevado risco quer pelas técnicas e procedimentos realizados quer pela vulnerabilidade do estado clínico do utente, conhecimentos específicos relacionados e a gestão da dor em doentes com limitação ou incapacidade para comunicar.

Embora na minha prática não seja recorrente prestar cuidados ao doente sob ventilação mecânica, acho pertinente o aprofundamento destes conhecimentos pois é um foco de atenção importante para o enfermeiro especialista no doente crítico, permitindo aumentar a capacidade de atuação numa situação de emergência. É fundamental compreender os procedimentos, fisiologia e cuidados de um doente com entubação endotraqueal e o respetivo equipamento, parâmetros ventilatórios e desmame ventilatório.

O Decreto-Lei nº 104/98 descreve que o enfermeiro deve “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (artigo 88, alínea c, p. 1755). Assim, desta forma, a participação nos diversos

congressos/encontros/conferências nacionais e internacionais (em território nacional com a participação de congressistas internacionais) das quais destaco, em particular o 3º Encontro de Enfermagem de Emergência e 1º Encontro de enfermeiros especialistas em Pessoa em situação crítica realizado em novembro de 2015. A participação neste encontro, que se realizou na fase final da minha formação especializada, permitiu-me aprofundar e atualizar conhecimentos a partir de experiências de enfermeiros a exercer funções em serviços internacionais (área da emergência pré-hospitalar na Suíça, Serviço de Urgência num Hospital de Inglaterra) assim como da atualização das diretrizes de reanimação cardiopulmonar.

A atualização das diretrizes de reanimação cardiopulmonar da *American Heart Association* e *European Resuscitation Council* publicadas a 15 de outubro de 2015 fundamentaram-se num processo internacional de avaliação de evidência científica na ressuscitação promovendo a divulgação de recomendações fundamentais e da atualização da prática de ressuscitação.

Tendo em conta a área de especialização e a área de trabalho atual, durante a minha formação especializada, fiz ensino clínico nas seguintes unidades: Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria, que exigiu o aprofundamento de conhecimentos sobre os cuidados com o doente submetido a transplante da medula óssea considerando-os como doentes críticos. Apesar de não ser um doente constantemente emergente, este doente é um doente instável necessitando de constante vigilância, monitorização e antecipação de intervenções de forma a evitar a falência multiorgânica. Assim, foi possível desenvolver e aprofundar conhecimentos desde a suscetibilidade à infeção nos diversos estádios da doença, a importância de respeitar os circuitos (limpos e sujos), os diversos procedimentos (preparação para transplante, cuidados durante a administração do mesmo e após), conhecer outros tipos de protocolos de citostáticos que não faziam parte da minha prática, conhecer como se processa a recolha de amostra para estudo da compatibilidade para transplante de medula óssea, conhecer os procedimentos instituídos no serviço (escala do doente crítico de Mews; manual do serviço; manual entregue aos doentes com ensinamentos relativos a alimentação, suscetibilidade a infeção, sexualidade, entre outros temas).

Destaco a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre o transplante de medula óssea ou de células hematopoiéticas (TCH) por não ser realizado na região, porém cuidamos dos doentes no período pré transplante.

O transplante de medula óssea ou de células hematopoiéticas é um tratamento potencialmente curativo para uma ampla variedade de distúrbios de células-tronco e de doenças neoplásicas, congênitos ou adquiridos, potencialmente letais. Com o desenvolvimento da tipagem dos antígenos leucocitários humanos para identificar doadores compatíveis, a evolução na tolerabilidade e na eficácia dos regimes de condicionamento, a melhoria nos cuidados de suporte e os avanços na profilaxia e no tratamento da doença do enxerto *versus* hospedeiro, o TCH tornou-se uma realidade clínica (Nikiforow & Spitzer 2015, p.486).

De acordo com os autores supracitados, o TCH é um tratamento que poderá ser de primeira-linha, potencialmente curativo como nos transplantes alogênicos realizados nas Leucemia Mieloídes Aguda, ou utilizado para prolongar os intervalos de doença sem expectativa de cura como nos Mielomas Múltiplos através do transplante autólogo.

Nikiforow e Spitzer (2015) referem que as células progenitoras hematopoiéticas “capazes de restaurar a hematopoiese e a função imune após transplante podem ser obtidas em: medula óssea, sangue periférico e cordão umbilical” (p.488).

Os autores supracitados referem que, algumas das possíveis complicações resultantes dos transplantes são: falência de órgãos secundária ao tratamento, infecções virais ou bacterianas e doença enxerto *versus* hospedeiro. Acrescentam ainda que, atualmente a prevenção de infecção e prevenção e tratamento da doença enxerto *versus* hospedeiro têm melhorado. As medidas preventivas aplicadas atualmente têm melhorado a redução da infecção.

Relativamente aos doadores é dada preferência aos doadores “compatíveis” com tipagem molecular HLA, havendo probabilidade de 25% de que cada irmão seja geneticamente semelhante (Nikiforow & Spitzer, 2015).

Lacerda, Lima e Barbosa (2007) referiam que o TCTH “é bastante complexo e requer uma assistência de enfermagem especializada, uma vez que ao longo desse tratamento o paciente necessita de cuidados de enfermagem específicos, para superar o comprometimento orgânico decorrente do tratamento” (p.248).

Neste sentido, e tendo em conta o risco e probabilidade de instabilidade hemodinâmica, ou alteração do seu estado clínico, como referi anteriormente, pude constatar que na Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria utilizavam como ferramenta de avaliação a escala de MEWS.

O Modified Early Warning Score (MEWS) é uma escala de alerta que tem como finalidade a identificação precoce do risco de deterioração fisiológica da pessoa e baseia-se num sistema de atribuição de pontos (*scores*) aos parâmetros vitais: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial sistólica, temperatura e nível de consciência. Estes pontos após somados traduzem os diferentes graus de risco. O seu cálculo determina a necessidade de aumentar a frequência das avaliações, consequentes decisões de intervenção ou ativação de um alerta médico (DeVita, Hillman, & Bellomo, citados por Guedes, 2014, p. 12/13).

Guedes (2014) acrescenta que o *MEWS* é uma ferramenta de alerta que possibilita “a deteção precoce do risco de deterioração fisiológica da pessoa, aplicável nos serviços de internamento e urgência” (p.13). É útil em diversas situações como a sépsis sendo esta uma doença com deterioração fisiológica refletindo modificações nos sistemas respiratório, cardiovascular e neurológico.

A sépsis é uma área transversal ao processo de saúde/doença do doente sendo uma das complicações potenciais (e reais) do doente que se encontra internado na unidade onde atuo profissionalmente. O conhecimento teórico e prático da sépsis permitiu-me com que atualmente reconheça a importância de uma atuação precoce, os sinais de alerta, e intervenções adequadas, difundindo entre os meus pares algum deste conhecimento.

A sépsis é “uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta do hospedeiro desregulada à infecção”, sendo que a sepsis e choque séptico “são grandes problemas de saúde, afetando milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano, e matando até uma em cada quatro (e muitas vezes mais)” (Rhodes et al, 2017, p.489).

Vale e Batista já em 2010 enunciaram que “a estratégia institucional que permite tratar eficazmente o doente séptico reside num trabalho de equipa coordenado, centrado em objetivos comuns identificáveis e quantificáveis, que obedece a algoritmos de procedimentos, sendo os intervenientes decisivos” (p.101).

Em resposta à publicação de “Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016” em 2018 Levy, Evans e Rhodes descrevem a *hour-1 bundle* que consiste na avaliação de lactato, colheita de hemoculturas antes da administração de antibióticos, administrar antibióticos de amplo espectro, administrar 30 ml / kg de cristalóide para hipotensão ou lactato  $\geq 4$  mmol, administrar vasopressores se hipotensão durante ou após a ressuscitação com fluidos para obter a pressão arterial média  $\geq 65$  mmHg.

Já em 2010, Vale e Batista referiam que algumas ações realizadas pelos enfermeiros permitem rapidamente ser acionadas sem a intervenção de equipamentos especializados, são eles: fluido terapia, antibioterapia e colher hemoculturas.

Desta forma, compreendendo os mecanismos que provocam instabilidade no doente, a atuação de forma preventiva e antecipada permitirá mais ganhos em saúde.

A prestação de cuidados à pessoa em situação urgente e emergente, e antecipar a sua possível instabilidade (risco de falência orgânica) necessita de um domínio de conhecimentos e habilidades específicas. Uma das ferramentas para a aquisição de conhecimento e de compreensão é a autoaprendizagem. Um dos exemplos práticos de autoconhecimento e autoaprendizagem da minha prática clínica foi a realização do Projeto de Autoformação/Intervenção em serviço durante o ensino clínico de opção no curso de mestrado que aprofundarei mais à frente na temática de autoaprendizagem.

Noutra perspetiva, o ensino clínico na Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria permitiu-me compreender de modo ainda mais profundo a importância que o papel da educação tem para os doentes/família numa situação tão específica. Desta forma, ensinamentos sobre a alimentação, suscetibilidade a infeção e preparação para a alta (sítios a evitar, cuidados a ter para evitar infeções ou hemorragias, situações a recorrer a urgência e recursos da comunidade) são fundamentais para a prevenção de complicações. Alguns autores (Marrs, 2006; Carlucci, 2012; Leonard, 2012) reforçam a importância do doente neutropénico evitar contato com multidões ou pessoas que se encontram engripadas ou doentes. Outros autores acrescentam ainda a importância dos cuidados de enfermagem na prevenção e controlo de complicações das quais as infecciosas que podem levar à morte (Sanhudo, Moreira & Carvalho, 2011 & Carlucci, 2012).

Relativamente ao mesmo ensino clínico apercebi-me da importância da explicação da função das rotinas durante o internamento à família (horário de visitas, horário de visita médica geral, cuidados de higiene). Esta intervenção promove a diminuição da ansiedade das mesmas, fomentando a segurança e confiança nos profissionais de saúde. Já Miranda (2013) enuncia a necessidade do ensino aos familiares/pessoas significativas de forma a terem consciência da situação clínica, dos riscos e fragilidade do doente, bem como das precauções básicas a adotar (Miranda, 2013).

Em 2007 Lacerda, Lima e Barbosa, chamam a atenção que além de todos os cuidados necessários no TCTH é fundamental considerar os fatores emocionais uma vez que o TCTH está, ainda, associado a um mito que pode provocar alteração da “identidade

peçoal, cultural e social” (p.249). O desconhecido, a alteração de papéis, a imagem corporal, são exemplos de conceitos relacionados a um tratamento de TCTH que já se encontram muitas vezes predisposta mentalmente na sociedade quando associadas a um diagnóstico oncológico. A minha prática profissional tem demonstrado que ao ser referido o TCTH aos utentes/família como uma possível alternativa a ser realizada estes ficam ansiosos, inseguros, referindo-se ao TCTH como um tratamento altamente perigoso, incerto, desconhecendo a sua verdadeira aplicação e potencial de curabilidade. A explicação de todo o processo envolvente, promove com que o utente/família se sintam mais confiantes na passagem para essa etapa de tratamento.

Sendo o ser humano um ser bio-psico-espiritual, é fundamental para a atuação profissional, as dimensões ético-deontológica e relacional para um cuidar efetivo de acordo com as normas que regem a nossa profissão. O Decreto-lei n.º 161/96 descreve que: “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (artigo 8, linha 1, p.2961).

Lacerda, Lima e Barbosa, (2007) acrescentam que o cuidado da enfermagem “deve ser ético, e por isso pressupõe habilidades técnicas, conhecimento e sensibilidade” (p.249). Já Aparicio (2011) acrescenta que “a presença da componente ética deve estar implícita em todos os processos, o que pressupõe a apreciação crítica sobre o exercício profissional, o questionamento permanente das práticas, mobilizando princípios e valores, trocando ideias e experiências” (p.15).

É relevante para uma boa prática o conhecimento das responsabilidades profissionais e éticas desde que somos considerados enfermeiros. Este inicia-se com a disciplina de “Ética” e “Direito em Enfermagem” no plano curricular de Licenciatura de forma a fomentar aquisição de conhecimentos éticos e deontológicos e preparar para possíveis situações futuras. Porém, e já durante o nosso exercício profissional, deparamo-nos com diversas situações que suscitam questões de natureza ética e que exigem reflexão profunda e fundamentada para a tomada de decisão. Assim, ao longo do meu percurso profissional senti necessidade de frequentar e participar em eventos sobre estas temáticas, permitindo-me promover e compreender alguns temas, auxiliando nas situações práticas uma atuação segura, respeitando o processo ético e deontológico.

Ao longo do meu percurso profissional, e não referenciando uma área em detrimento de outra, constatei que o doente crónico/paliativo e em especial o doente

oncológico, constitui uma área de cuidados em que a ética é constantemente questionada com necessidade de discussão de temas com peritos.

Os cuidados com o doente com doença crónica e terminal fazem parte do plano curricular do curso de EEMC e de mestre em EMC. Assim, e de acordo com o Regulamento n.º 188/2015 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, o alvo de atuação é

a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar (p.9967).

O Regulamento n.º 188/2015 descreve que os pilares dos cuidados paliativos baseiam-se no controlo sintomático; apoio psicológico, emocional e espiritual de acordo com uma comunicação eficaz e terapêutica; cuidado à família e em equipa com o mesmo objetivo em comum .

Neto em 2006 escrevia que

os cuidados paliativos são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença-qualquer que ela seja- quando o sofrimento é intenso e outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas (p.19)

Os cuidados paliativos muitas vezes prendem-se com fatores éticos-deontológicos-morais maioritariamente devido às suas características específicas (origem e momento em que muitas vezes só o são aplicados: fase terminal). Nunes (2008) enuncia a necessidade de analisar os limites do investimento curativo tendo em conta o limite ético, evolução tecnológica e reflexões da bioética assim como da própria origem dos cuidados paliativos.

Neste sentido, e por forma de colmatar uma necessidade sentida durante a minha atuação como enfermeira, realizei a formação avançada e pós-graduação em cuidados paliativos que me permitiu desenvolver competências relacionadas com o doente oncológico em fim-de-vida, a partir de exercícios de análise e reflexão de situações práticas e aprofundamento teórico de conhecimentos.

Também durante a formação como mestranda na disciplina “Enfermagem e Cuidados Paliativos” foram realizados exercícios práticos (hipotéticos e reais) que permitiram a discussão para um planeamento à luz da ética e deontologia de forma a nos preparar para uma prática encaminhando para a excelência dos cuidados. Alguns dos exercícios realizados basearam-se em discussões de situações práticas com o objetivo de

analisar o modo de atuação à luz dos domínios ético-deontológico. Desta forma, Nunes (2008) acrescenta que o “encontro entre a ética e a bioética, fomentando a reflexão, pode assumir papel basilar na clarificação e consciência dos limites que respeitem os princípios éticos e o fundamental valor da dignidade da pessoa humana” (p.46).

Neste sentido, a reflexão faz parte integrante do processo evolutivo para promover a análise das condutas presentes e futuras. De acordo com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001), a “qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir– o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (p.7). O exercício de reflexão nas suas diversas componentes permite que o profissional compreenda melhor o seu papel. A reflexão promove conhecimentos a partir da análise e compreensão dos comportamentos e possibilita ainda a alteração de comportamentos.

O doente como ser bio-psico-social e cultural que é, apresenta-se como um indivíduo complexo na prestação dos cuidados. Desta forma, o enfermeiro como responsável e cuidador do mesmo tem de apresentar um grande leque de conhecimentos por forma a dar melhor resposta às suas necessidades. A compreensão destes conhecimentos é fundamental para serem aplicados na prática de forma pertinente, eficaz e segura. A enfermagem destacou-se por um crescente progresso académico e profissional, promovendo a amplificação do seu corpo de conhecimentos como disciplina científica e, convictamente enquanto profissão autónoma.

### 1.2.2. Aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão

De acordo com o Decreto-lei nº 63/2016, este descritor refere que o mestre deve “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (artigo 15, alínea 1.b, p.3174).

Os enfermeiros ao agirem profissionalmente utilizam um grupo de conhecimentos que recriam no exercício da profissão, sendo que ao recriarem promovem novas respostas, novos métodos e logo novos conhecimentos. Os diversos conhecimentos organizam-se em modelos:

empírico, conhecimento factual, descritivo e verificável (evidências científicas); ético, comportando valores, normas e princípios; estético, a arte que é expressa por meio da intuição, sensibilidade e técnica; pessoal, da autenticidade do relacionamento recíproco com o outro; reflexivo, criado na reflexão na ação, reflexão sobre a ação, reflexão sobre a

reflexão da ação; sociopolítico e emancipatório, do conhecimento da diversidade dos contextos e do ambiente (Queirós, 2016,p.1).

Desta forma, é fundamental desenvolver um corpo sólido e atualizado de conhecimentos de forma a criar alicerces para serem manifestados durante a nossa atuação profissional. Só assim é possível desenvolver competências de compreensão e aplicação de conhecimentos.

Leite citado por Dias (2016) acrescenta que, no processo de desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista, os ensinamentos clínicos constituem espaços privilegiados de aplicação de conhecimentos, requerendo a compreensão da complexidade das situações/processos de saúde/doença envolvidos, assim como compreender as respostas humanas em situações específicas e a aplicação de intervenções adequadas à pessoa permitindo ganhos em saúde.

O ambiente, o doente, a sua situação clínica, a família e a individualidade (social, moral, ética) fazem com que cada situação seja sempre particular e única principalmente para o próprio permitindo que cada situação seja em parte “uma situação nova”.

Esta realidade confronta o enfermeiro com a necessidade de preservar a dignidade, liberdade e condição humana (Vieira, 2009) estabelecendo uma relação terapêutica. Outro autor acrescenta que “no centro desta relação encontra-se a proteção da vida humana, cabendo ao enfermeiro, agir no sentido de promovê-la, defendê-la e ajudar a resolver os problemas de saúde que a ponham em risco ou a afetem” (Deodato, 2008, p. 21). Estas premissas vão ao encontro ao que é descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros, legislado pela Lei n. 156/2015 de 16 de setembro. Na prática, o doente tem o direito a ser cuidado com dignidade, integridade e qualidade de vida, respeitando a sua privacidade e identidade (Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948; Direitos dos Doentes; Decreto-Lei n.º 161/96). A Ordem dos enfermeiros (2001) nos Padrões de Qualidade acrescenta “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente” (p.14).

Na minha prática clínica em contexto de Oncologia frequentemente são discutidas estas situações por forma a serem respeitados os direitos do doente, recebendo o tratamento adequado sem ultrapassar os limites tendo como referência os conceitos de eutanásia e distanásia. A família, elemento fundamental neste processo, por vezes não compreende os tratamentos realizados (curativos vs paliativos), querendo a cura do familiar, não se apercebendo que em certas situações pode promover a distanásia ou obstinação terapêutica. Estas situações são frequentemente discutidas, em particular

quando os doentes em causa são doentes jovens, pelo que, a família e o doente esperam a cura. Nas situações de fim de vida, o Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, descreve que o enfermeiro deve “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação em fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” (artigo 87, alínea b, p.1755).

Neste sentido, o enfermeiro interage com os familiares dos doentes oncológicos promovendo a sua adaptação às mudanças, promovendo a comunicação e a tomada de decisão nas situações vividas durante o internamento e facilitando os processos de coping aos cuidadores (Fetsch et al, 2016).

Ramalho e Antunes (2012) acrescentam que a “necessidade de acompanhamento é crescente na medida em que a doença progride, assim progride também a relação face às necessidades de ajuda do utente e às respostas proporcionadas” (p.28). Deste modo, e tendo em conta que “somos seres em relação, e o cuidar implica uma relação. A relação terapêutica promovida pelo enfermeiro caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, citado por Ramalho & Antunes, 2012, p.27).

Peplau citado por Ramalho e Antunes (2012) enuncia que a relação terapêutica é um instrumento do cuidar em enfermagem que permite foco nas relações interpessoais (enfermeiro e doente) promovendo o seu desenvolvimento num processo activo. Fetsch *et al*, (2016), acrescentam que o vínculo entre o enfermeiro e a família permite a expressão de emoções e sentimentos. Neste sentido é importante que o enfermeiro “reconheça suas limitações e possa delinear um plano assistencial de intervenções que dê resposta as necessidades de todo o grupo familiar” (p.18).

Assim, em situações de doença grave “os objetivos da relação de ajuda, passam por ajudar a pessoa a atravessar um momento potencial ou atualmente difícil, ajudar a identificar e a resolver os problemas que se colocam, e favorecer um funcionamento pessoal e interpessoal mais satisfatório considerando os recursos latentes” (Ramalho & Antunes, 2012, p.27)

O doente como ser bio-psico-social e espiritual, exige cuidados nos seus diversos domínios. O enfermeiro como principal cuidador e estando “mais a cabeceira” debate-se com diversas situações sejam estas de natureza física, sejam de natureza social, emocional ou espiritual. Assim, o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é o profissional que deverá assumir todas as competências anteriormente adquiridas como enfermeiro generalista adicionando competências referente à sua área de especialização.

Desta forma, como especialista em pessoa em situação crítica é-nos exigida a utilização de um conjunto de ferramentas que permitem intervir na necessidade de por exemplo, realizar suporte avançado de vida, utilizar o desfibrilhador automático externo, suporte básico de vida no doente politraumatizado. Desta forma, o desenvolvimento destas minhas competências iniciou-se aquando da participação como voluntária no corpo de enfermagem na Cruz Vermelha ainda antes da formação especializada. Neste contexto em ambiente prático a nível pré-hospitalar foram aplicados conhecimentos teóricos em situações de vítimas de queda ou acidente (com traumatismo), paragem cardiorrespiratória, ou de doença súbita.

Posteriormente e já como profissional, prestei cuidados de enfermagem no serviço de Neurocirurgia durante alguns meses. O exercício de funções neste serviço permitiu-me desenvolver competências no cuidado de enfermagem ao doente politraumatizado, maioritariamente em situações estáveis, sendo, no entanto, necessárias intervenções preventivas e de deteção precoce para evitar complicações, das quais destaco a permanente vigilância e avaliação neurológica para identificar situações de agravamento da situação clínica. O serviço de Neurocirurgia é um serviço muito específico e complexo pois, aparentemente os doentes encontram-se estáveis, mas estes estão sujeitos a alterações repentinas. Embora estes doentes se encontrem internados, a complexidade da patologia nesta área de especialidade poderá levar a que progridam para uma situação de instabilidade. Neste sentido, as medidas de deteção precoce permitirão expor situações que de outra maneira só seriam verificadas tardiamente.

Seguindo o meu processo de desenvolvimento profissional, como formanda no curso de EEMC passei por diversos ensinamentos clínicos onde foi possível aplicar e aprofundar de forma criteriosa os conhecimentos adquiridos e desenvolver as competências na prática. Os serviços em que realizei os diversos estágios foram o Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva, Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea do Hospital de Santa Maria.

A prestação de cuidados num serviço de Urgência não é propriamente planeada uma vez que o contexto de recurso dos doentes processa-se de forma diferente de qualquer outro serviço, caracterizando-se por situações súbitas sem conhecimento prévio do diagnóstico e com necessidade de tomada de decisões rápidas por forma a atuar em tempo útil.

Apercebi-me neste ensino clínico que, por vezes, as situações de recurso a este serviço ou as complicações dos doentes poderiam ser evitadas se fossem tomadas medidas

mais efetivas relativamente aos ensinamentos ao doente e a família com o posterior seguimento na comunidade. Após uma análise concluí que a educação a todos os intervenientes seria crucial neste serviço nomeadamente o papel da educação relativa às medidas de controlo de infeção (lavagem e desinfeção das mãos, evitar tocar noutros doentes, material pessoal ser colocado na unidade/cama de outro doente) de forma a evitar a infeção cruzada assim como o respetivo encaminhamento à comunidade e serviços de urgência da periferia (evitando situações desnecessárias a recorrer a este serviço).

Verde (2015) refere que o ensino ao utente e aos familiares “tem sido um dos pontos suscitados por diversas instituições de saúde que se têm destacado na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde” (p.177).

O cuidado prestado em contexto de Serviço de Urgência também permitiu-me intervir em cooperação com a equipa de enfermagem e em particular com o Enfermeiro tutor em situações urgentes como o Edema Agudo Pulmonar (dispneia súbita, dor, ansiedade), Reações Anafiláticas Graves, Tromboembolismo Pulmonar, entre outros. Estas experiências ajudaram-me a adquirir competências para atuar nestas situações e estar desperta para os sintomas de alerta de forma a atuar o mais precocemente possível.

De outra forma, igualmente importante, constatei durante a minha prática no serviço de urgência a limpeza e desinfeção de todo o espaço que o doente ocupa em especial na “sala de observação”. Constatei que nesta sala há um grande movimento de doentes em situação instável com diversas patologias (das quais infecciosas) e que devido a recursos humanos diminuídos nem sempre se realiza a devida desinfeção. Esta ação é compreensível devido ao escasso número de recursos humanos, mas pode colocar em risco os doentes. Porém esta situação é contrária ao que é descrito pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro em “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (artigo 109, alínea d, p.8080).

Da mesma forma, outra situação prejudicial à qualidade de cuidados é referente aos recursos humanos envolventes e a sua dotação segura. Nos diversos serviços por onde passei sob diversas situações constatei um défice ou limiar nas dotações seguras que se verificam cada vez mais na prática.

De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN, 2007), as dotações seguras em cuidados de saúde estão interligadas com a “ questões de responsabilização, segurança do pessoal e segurança dos profissionais” (p.21) isto é “uma quantidade

apropriada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de aptidões (...), disponível a todas as alturas para assegurar a satisfação das necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de condições de trabalho isentas de risco” (p.22). As dotações seguras são além dos números e a carga laboral, também o ambiente de trabalho, a eficiência e efetividade, a complexidade dos doentes, a competência dos enfermeiros e a combinação das dotações em enfermagem (ICN, 2006, 2007). Os níveis de dotações começam a ser relacionados com indicadores, como por exemplo taxas de mortalidade.

Um dos mais importantes estudos internacionais efectuados é o *RN4CAST* (Registered Nurse Forecasting), efectuado em 2014 e novamente em 2018 em vários centros de investigação na Europa (mais de 12 países), com objetivo central de identificar os recursos de enfermagem e a sua relação com os cuidados.

Jesus, Roque e Amaral (2015) referem quem há “ambientes de prática de enfermagem desfavoráveis na maior parte dos hospitais portugueses, embora existindo grande variabilidade entre organizações e, nestas, entre serviços. As dimensões que se verificaram mais críticas foram, respetivamente, a adequação de recursos humanos e materiais” (p.26).

As dotações inadequadas de enfermeiro/doente afetam de forma negativa os cuidados prestados, como também os próprios profissionais. Os “ambientes pouco saudáveis, afetam a saúde física e psicológica dos enfermeiros” (p.7). Por outro lado, um ambiente de trabalho saudável é “um ambiente para a prática que maximiza a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, resultados de qualidade para os doentes e desempenho organizacional” (ICN, 2007, citando Registered Nurses Association of Ontario, p.8).

Jesus, Roque e Amaral (2015) acrescentam que

Ambientes onde as relações entre enfermeiros e médicos são boas, onde os enfermeiros são reconhecidos, onde lhes são dadas condições de desenvolvimento pessoal e profissional e onde o exercício da autonomia é mais incentivado, são ambientes que favorecem a satisfação dos profissionais e a qualidade dos cuidados com repercussões nos índices de segurança e efetividade (p.28).

Noutro sentido, e tendo em conta a qualidade de cuidados de enfermagem passo a descrever outro ensino realizado durante a formação de EEMC que me permitiu aplicar conhecimentos e compreender diversos conceitos.

O serviço de Medicina Intensiva é um serviço muito específico e complexo como já referi no subcapítulo anterior. É um ambiente programado, planeado com intervenções cuidadosamente estruturadas. O ensino clínico realizado neste serviço permitiu colocar em ação um conjunto de medidas que irei descrever de seguida.

A compreensão das rotinas do serviço de Medicina Intensiva permitiu-me aprofundar a compreensão sobre a necessidade de algumas formas de atuação na unidade onde exerço a minha prática, dessas medidas destaco: a individualização do material para cada doente de forma a diminuir o risco de infecção cruzada, estabelecimento de circuitos (circuito de limpo e circuito de sujos), a preparação da unidade do doente após a alta de forma a estar pronto para um acolhimento imediato, o teste dos equipamentos de cada unidade por forma a estarem aptos no acolhimento, a importância de um transporte seguro na transferência de um doente crítico e a preparação antecipada do doente e dos seus equipamentos para realização de exames programados (preparação de material necessário a levar para o transporte tais como o insuflador manual, terapêutica, oxigenoterapia, ventilador portátil, entre outros).

A aplicação dos diversos protocolos que fazem parte da prática no serviço de Medicina Intensiva permitiram-me aperceber de realidades que não faziam parte do meu quotidiano. Assim tive oportunidade para a aplicação de diversos protocolos em múltiplas situações, desde as mais simples às mais complexas, das quais destaco: a monitorização do potássio sérico (que é determinado o potássio sérico de 4/4 horas a todos os doentes com hipocaliémia inferior a 4 mEq/l através da análise e interpretação da gasimetria arterial); Nutrição entérica (indica o ritmo a iniciar a nutrição, a avaliação do resíduo gástrico e os procedimentos a ter em algumas complicações); Monitorização da Glicémia e Administração de Insulina *Actrapid®* (descreve o procedimento da monitorização e controlo da glicémia e modo de administração); e muitos outros procedimentos poderiam ser enunciados.

Atualmente, no meu exercício profissional, estas experiências permitiram-me aplicar com maior segurança alguns protocolos como os da administração de Noradrenalina, administração de Vancomicina em perfusão e heparinização. Isto vai de encontro ao que está descrito no Regulamento n.124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Em Pessoa em Situação Crítica em que “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (p.8656).

Paes (2011) refere que

os protocolos são considerados como diretrizes para a implementação da prática clínica, oferecendo um suporte teórico e científico para otimizar as intervenções em situações que requeiram tomada de decisões imediatas (...) essa forma de sistematização da assistência contribui na promoção de um cuidado ágil, não perdendo de vista a qualidade do atendimento (p.26).

Brasil citado por Paes (2011) acrescenta que

os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, baseadas, preferencialmente, na melhor informação científica. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica (p.53).

Paes (2011) acrescenta ainda que os protocolos permitem a gestão do cuidado, “pois trazem, em sua formulação, etapas processuais do saber agir de enfermagem, contribuindo para a legitimidade e autonomia profissional” (p.191). No entanto, apesar do real benefício dos protocolos, o saber do profissional orienta na tomada de decisão relativamente a sua aplicação.

O ensino clínico neste serviço permitiu-me demonstrar conhecimentos no cuidado do doente crítico, promovendo a minha atuação para situações de alerta que representam um potencial agravamento do estado do doente. Esta experiência possibilitou-me criar ações preventivas para detetar focos de instabilidade na prestação de cuidados. A título de exemplo, a interpretação da análise de uma gasimetria arterial; determinados valores das análises de sangue; sintomas de insuficiência orgânica (dispneia, taquicardia, oligoanúria, entre outros) e o grau de consciência do doente.

Caldas, Petronilho, Petronilho & Machado (2010) referem que

a instabilidade e gravidade da condição de saúde dos doentes determinam um juízo clínico do enfermeiro –juízo diagnóstico, intervenção e avaliação –o mais eficaz possível e em tempo útil, contribuindo para a produção dos melhores resultados em saúde e, para os quais, se torna muito relevante a aquisição de um conjunto de competências específicas, necessárias na presença de dispositivos de monitorização invasivos. Referimo-nos fundamentalmente à capacidade de manusear o equipamento, analisar e interpretar as entidades hemodinâmicas monitorizadas, interferir e avaliar os resultados e, por último, intervir se necessário (p.11).

Essas ações preventivas e respetivas competências descritas vão ao encontro do Regulamento nº 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica: o enfermeiro “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (p.8656).

É igualmente importante o conhecimento de medidas preventivas e interventivas nas situações de infeção. Assim, por exemplo perante um doente sob ventilação mecânica invansiva, de acordo com os feixes de prevenção da pneumonia associada à ventilação, o doente deve ter a cabeceira elevada a 30-45°; são necessários intervenções para aspirar as

secreções e medidas específicas a ter com o circuito ventilatório; realizar a higiene oral com clorexidina 2%; e Monitorizar a Pressão do cuff que deve variar entre 20-30 cm H<sub>2</sub>O.

Silva, Nascimento e Salles (2012) referem que a Pneumonia associada à Ventilação Mecânica é considerada a infecção mais frequente em Serviços de Medicina Intensiva com taxas de alta mortalidade e morbilidade. Neste sentido têm sido publicadas normas Nacionais e Internacionais de forma a colmatar este problema. Assim, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu a Norma nº 021/2015 intitulada “Feixe de Intervenções de prevenção de Pneumonia associada à Intubação”. A norma descreve um conjunto de medidas que deverão ser executadas durante todo o processo de entubação do doente desde a preparação para a entubação até a sua exteriorização. Estas medidas são aplicadas na prática e vão ao encontro ao que se encontra definido no Regulamento n.124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em que o profissional “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil mais adequadas” (artigo 4, alínea 1, subalínea c, p.8656).

Já no contexto do doente Oncológico, Howland e Carlton em conjunto com a participação de Joyce Griffin (1985) descrevem a complexidade clínica e multidimensional de cuidar de um doente oncológico relacionando-o também a um doente crítico.

Nesta linha, outro ensino clínico relevante decorreu na Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria, tratando-se de um estágio enriquecedor já que permitiu a compreensão e consolidação da pertinência da intervenção especializada, nestes doentes, considerando-os doentes críticos, como referido pelos autores anteriores. Embora a nível prático não tivesse constatado nenhuma situação emergente, tive oportunidade de aplicar várias ferramentas por forma a detetar precocemente sinais de alerta. Uma das ferramentas implementadas foi a escala do doente crítico de *MEWS* com o objetivo de avaliar o grau de risco de deterioração fisiológica da pessoa, sendo reavaliada durante o turno de acordo com o *score* resultante. Esta escala permitia de uma forma mais controlada salvaguardar alguns possíveis sinais precoces de instabilidade como referi em subcapítulo anterior.

Relativamente aos cuidados com a infecção do CVC, pude implementar diversos protocolos para a manipulação deste. Os protocolos encontrados foram os seguintes: execução do penso do mesmo, administração de hemoderivados, rotação das vias do CVC na fluidoterapia e heparanização. Estes protocolos despertaram a minha atenção

nomeadamente o da rotação das vias do CVC na fluidoterapia e heparanização, pois era algo que não tinha presente na minha prática atualmente difundo entre os meus pares a importância desta medida para a segurança e qualidade dos cuidados.

O uso do Cateter Venoso Central é cada vez mais indispensável no tratamento do doente crítico e/ou oncológico por se tratar de um acesso vascular eficaz e eficiente. Nunes e Alminhas (2012) referem que

os doentes críticos/oncológicos com cateter venoso central possuem um elevado risco de infecção relacionada com o cateter, o que aumenta a morbilidade, mortalidade e os custos dos cuidados de saúde, pelo que as intervenções realizadas pelos enfermeiros para a tentativa de evitar e controlar a infecção são fulcrais para a qualidade dos cuidados prestados (p.1).

Porém, em 2010, Caldas, Petronilho, Petronilho e Machado afirmavam que

a heparanização, execução do penso, os procedimentos na remoção do cateter e os produtos utilizados na desinfeção da pele, são temas ainda controversos, que variam de instituição para instituição e que encontramos descritos de maneira diferente pelos autores consultados. Entendemos que essas intervenções devem ser realizadas de acordo com os protocolos existentes em cada serviço/unidade de cuidados (p.26/27).

Nesta linha, a DGS na Norma nº 22/2015 de 12/2015 faz referência aos feixes de colocação e manutenção do cateter.

Igualmente importante, e porque o foco de atenção “risco de infeção” não é o único aspeto a se ter em conta num doente imunodeprimido e potencialmente crítico, outros focos são necessários a se ter em conta. De acordo com a evidência científica e a minha prática clínica a alimentação é um aspeto igualmente importante pois provoca mudanças de hábitos e alterações próprias dos doentes oncológicos e dos tratamentos realizados. O somatório destes fatores pode provocar alterações na sua nutrição revertendo-se no seu estado geral. As possíveis causas que poderão provocar estas modificações são diversas das quais: a situação patológica; tratamentos que provocam anorexia, náuseas, disgeusia; e a necessidade de repouso no leito devido ao risco de hemorragia.

João (2010) refere que a malnutrição em doentes oncológicos é multifatorial estando frequentemente “relacionada com o aumento da morbilidade e da toxicidade do tratamento e com as diminuições da resposta ao tratamento e da qualidade de vida, piorando o prognóstico e aumentando os custos de saúde” (p.7). Desta forma, os doentes com perda de peso correm o risco de aumentar a sua morbilidade e mortalidade quando a diminuição do peso corporal é de 2% por semana, 5% por mês, 7,5% em 3 meses e 10% em 6 meses.

Neste sentido, e por forma a colmatar esta situação, os enfermeiros da Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e a Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria aplicam a escala de *MUST* (Malnutrition Universal Screening Tool), sendo que na presença da alteração desta é novamente solicitada uma reformulação do plano alimentar de forma a ajustar às necessidades do doente e prevenindo a desnutrição.

A *MUST* é uma das ferramentas indicadas pela ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*) como uma das ferramentas a serem aplicadas na avaliação nutricional do doente oncológico.

A *MUST* é uma ferramenta simples e instantânea de avaliação do risco nutricional realizado por qualquer profissional de saúde a doentes malnutridos e é indicado para a avaliação nutricional por forma a direcionar a atuação permitindo elaborar planos de reavaliação e de cuidados nutricionais. A população-alvo são adultos oncológicos. A ferramenta já foi validada em Portugal na área oncológica e não necessita de cálculos sendo que as pontuações correspondentes a cada componente são somadas e no fim delineada o grau como: doentes em baixo (0), moderado (1) e alto risco de malnutrição (2 ou mais) (João, 2010).

Estas medidas permitiram-me estar mais desperta para a alimentação dos doentes na minha prática profissional fundamentando a implementação de diversas medidas num processo de coordenação entre cozinha, departamento de alimentação e dietista que se espera ainda ser melhorado.

Relativamente aos cuidados diretos ao doente e o seu planeamento, constatei que, no serviço descrito anteriormente não é usual o recurso à interpretação das análises de sangue indicada fundamentalmente na gestão de cuidados de enfermagem sendo, no entanto, considerada importante no serviço onde exerço funções. O objetivo desta atuação visa detetar alterações que podem manifestar-se em complicações pelo que é utilizado para o planeamento dos cuidados ao utente. A título de exemplo num doente com valores laboratoriais de hemoglobina inferior a 8 grama por decilitro e plaquetas inferiores a 10 milímetro cúbico de sangue é aconselhado o seu repouso no leito devido ao risco de hemorragia; já os valores laboratoriais correspondentes aos leucócitos (leucopenia  $<4.5$  e leucocitose  $< 11$  milímetro cúbico de sangue ) dos quais a Neutropenia com contagem de neutrófilos inferior a  $2 \times 10^9$  milímetro cúbico de sangue (muito grave quando  $<500 \times 10^9$  milímetro cúbico de sangue), é recomendado evitar contactos diretos com os familiares

pelo elevado risco de infeção. Estas medidas visam prevenir possíveis complicações sendo explicadas aos doentes e/ou família a sua finalidade.

A monitorização e vigilância ao doente crítico, a doentes instáveis e/ou vítimas de paragem cardiorrespiratória são situações que ocorrem na prática profissional desde o meu início de funções sendo mais recorrente no serviço atual (Unidade de Neutropénia) pelas características da patologia e efeitos tóxicos dos tratamentos que provocam instabilidade nos doentes promovendo o surgimento de situações de peri-paragem, paragem cardiorrespiratória, paragem respiratória, com necessidade de suporte básico de vida e suporte avançado de vida. A recorrência de permanência destes doentes, mesmo após suporte ventilatório invasivo, na Unidade de Neutropénia também têm sido mais frequentes. Desta forma, as competências adquiridas no serviço de Medicina Intensiva têm sido aplicadas permitindo uma maior segurança nos cuidados prestados.

Paulo (2017) descreve que numa situação de emergência é necessário agilidade, prontidão, eficiência, conhecimento e habilidade técnica. É fundamental uma liderança apropriada para a execução de uma atuação coordenada na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico.

Alarcão citado por Queirós (2015) refere que a aptidão para atuar em situações de grande complexidade, diversidade e imprevisibilidade predispõe a ligação de ciência, técnica e arte, criada por criatividade e sensibilidade de um artista. A competência de atuar no imprevisível exige conhecimento teórico e prático.

“A vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente (...) é a enfermeira que passa mais tempo com o doente e nota a maior parte das vezes os primeiros sinais” (Benner, 2001, p.121) “A importância das capacidades de percepção e de reconhecimento é o elemento central” (p.122).

Actualmente, como enfermeira especialista em pessoa em situação crítica, a minha intervenção é diferente pois identifico focos de instabilidade, antecipo complicações e actuo em situações complexas. Assim, por exemplo, a minha abordagem ao um doente em peri-paragem ou mesmo em PCR certamente é diferente do que anteriormente; os sinais de alerta para instabilidade do doente; o planeamento de um conjunto de ações justificando a sua aplicabilidade; as discussões informais ou pareceres pedidos pelos colegas de acordo com a minha área de especialização.

Dias (2016) descreve o enfermeiro especialista como

um recurso chave nas tomadas de decisão, de forma a promover a sustentabilidade da organização. Assim, a gestão de pessoas é fundamental para o desenvolvimento do

conhecimento, e as habilidades pessoais devem ser maximizadas, com o intuito de reverterem em recursos e investimentos com bons resultados (p.22).

O autor supracitado descreve a pertinência do enfermeiro especialista na saúde de acordo com os seus atributos individuais, competências profissionais e “do sistema de recompensas e contribuições da organização” (p. 22).

Assim, tendo em conta a gestão de recursos, espaço e ambientes e as competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em pessoa crítica acho relevante a aplicação de conhecimentos referente a limpeza do ambiente e circuitos que foram implementados na Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e a Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria. O circuito de limpeza respeitava determinados momentos do dia por forma a não se cruzar a limpeza do ambiente com o carro da alimentação, por exemplo, respeitando tempos diferentes. É uma forma de colmatar o fato de não haver entrada de limpos e saída de sujos por percursos diferentes.

É uma realidade que também se apresenta no serviço onde me encontro, sendo que o ideal seria haver trajectos diferentes, embora estruturalmente tal não seja possível. Assim, esta situação é colmatada pelos tempos (horários) de circuitos de limpos e sujos em momentos diferentes. Esta forma de actuação revela o aprofundamento de conhecimentos sobre a prevenção e controlo da Infecção do Regulamento n.124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em que este “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil mais adequadas” (artigo 4, alínea 1, subalínea c, p.8656).

A limpeza do ambiente encontra-se em protocolo documentada pela DGS na Norma “Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde - Recomendações de Boa Prática” com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de limpeza nas Unidades de Saúde e pelo Grupo de GCPPCIRA do SESARAM no procedimento 020.

Assim cabe ao enfermeiro nesta área estar em permanente atualização e colaboração com os programas de controlo de infeção e contribuir para que todos os profissionais o cumpram. Esta forma de atuação é fundamental em doentes imunodeprimidos, com patologias particulares (hematologia) com elevado grau de risco associado a patologia e aos os tratamentos a que são submetidos. Estes doentes tornam-se alvos fáceis de infeção por serem doentes imunodeprimidos, assim é primordial a

prevenção, de forma a minimizar o risco. Também é fundamental o controlo e limitação dos focos de infeção por forma a evitar a infeção cruzada entre os profissionais e entre os próprios doentes através do ensino de medidas de prevenção e controlo.

De entre as diversas possíveis complicações, efeitos secundários e sintomas que podem provocar instabilidade física ou emocional nos doentes oncológicos está a dor. Desta forma, a avaliação e monitorização da dor, quer pelo processo patológico quer pelos tratamentos é fundamental. Neste sentido, é do conhecimento geral e discutido em diversos meios de comunicação a associação da área oncológica à dor, ainda mais quando é atualmente considerado o quinto sinal vital.

A dor oncológica é um conceito utilizado no doente oncológico com dor sendo multifatorial podendo ter origem na própria doença de base, ser resultado dos tratamentos, ou de outras causas. É o sintoma mais assustador e que provoca sofrimento na Oncologia (Cardoso, 2014).

Pilatto (2011) descreve que o utente que efetua um tratamento oncológico manifesta sintomas ou outro tipo de complicações resultantes desse tratamento. Alguns desses sintomas são: náuseas, vómitos, fraqueza, mal-estar e dor.

A dor oncológica apresenta pelos doentes é recorrente na minha prática sendo avaliada mesmo que o doente não refira a presença desta, pois, esta pode se apresentar sob diversos formatos para além de sintomas físicos (emocionais, espirituais). A administração de terapêutica analgésica é uma prática frequente no serviço onde me encontro associada a outras técnicas para o seu controlo e conforto. Destaco entre estas a massagem por ter realizado uma formação específica nesta área. A massagem apresenta diversos benefícios dos quais: diminuição das queixas algicas principalmente as músculo-esqueléticas, diminui a ansiedade e insónia, facilita a digestão e regulariza o transito intestinal (quando massagem abdominal promovendo na ajuda da obstipação), aumenta a amplitude dos movimentos articulares, diminui a fadiga relacionada com a doença, promove a circulação, entre outros. Já em 2010 Marques referia que

os mecanismos que sustentam a ação analgésica da massagem continuam em evolução, podendo a perceção da dor ser alterada através de mecanismos puramente fisiológicos ou pela afetação do estado emocional da pessoa que, por um mecanismo psicológico, bloqueia a sua experiência dolorosa (p.35).

As evidências sobre os efeitos da massagem nos doentes oncológicos têm vindo a aumentar sendo uma área que atualmente é muito referenciada. Kong et al, (2013) refere

que é eficaz no tratamento da angústia e palição dos sintomas, melhorando os efeitos do humor no diagnóstico do cancro dos quais o stress e a depressão.

Durante o meu ensino clínico na Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria foram aprendidas outras técnicas. Com a colaboração de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatra, foi-me possível conhecer e praticar um conjunto de técnicas de relaxamento para aliviar a ansiedade e controlo da dor. Actualmente realizo outras medidas não farmacológicas como a aplicação de gelo/calor e musicoterapia sendo de salientar que algumas destas medidas dependem essencialmente de um ambiente adequado, silencioso e da colaboração dos restantes utentes pois partilham o mesmo espaço.

O Parecer nº4/2016 da Ordem dos Enfermeiros descreve que “o controlo da Dor torna-se mais eficaz quando envolve técnicas farmacológicas e não farmacológicas (tais como o relaxamento, a massagem, a distração, a aplicação de calor e do frio, entre outras)” (p.2). Já o Guia Orientador de Boa Prática da Dor da Ordem dos Enfermeiros (2008a) acrescenta que é necessário

“Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas; Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica; Seleccionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objectivos do tratamento e a evidência científica disponível” (p.18).

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, encontra-se descrito no Regulamento nº 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em que o enfermeiro “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, optimizando as respostas” (p.8656). De acordo com o Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, o enfermeiro deverá “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (artigo 89, alínea b, p.1756).

A propósito das medidas não farmacológicas Pilatto (2011) refere que a dor pode ser reduzida quando associamos medidas não farmacológicas ao tratamento convencional, melhorando a qualidade de vida. O autor ainda acrescenta a importância de valorizar as crenças e as preferências do doente. Sousa (2009) refere que a dor é um “comportamento socialmente aprendido e reforçado pela interacção do doente com o seu meio ambiente”(p.48). Chapman (2012), acrescenta que a dor oncológica pode ser “implacável”

alterando aspetos diários da vida da pessoa dos quais atividades físicas, emoções, crenças existenciais, padrões sociais, entre outros.

Desta forma o enfermeiro “deve reconhecer a pessoa como o melhor avaliador da sua dor, sem esquecer que cada indivíduo é único e produto de experiências passadas, crenças e normas culturais” (Sousa, 2009, p.27). Potter e Perry (2006) acrescentam que a noção de saúde e doença são fundadas em fatores culturais por isso que as atitudes face aos cuidados de saúde são diversificadas.

O enfermeiro como profissional de saúde e tendo em conta o ser bio-psico-social-espiritual que necessita de cuidado, atua não só no momento de doença assim como na promoção de saúde e na prevenção de complicações. O papel do enfermeiro neste sentido diferencia-se de acordo com a área em que se encontra a exercer funções. Desta forma são inevitáveis os ganhos de saúde em qualquer área e em especial na oncologia e no doente crítico através da prevenção de complicações.

Os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) descrevem a prevenção de complicações como

a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis (p.15).

A prevenção de complicações é um domínio bem presente na minha prática atual e que se vem desenvolvendo desde o início do meu exercício profissional. Esta, foi notoriamente aprofundada nos diversos ensinamentos clínicos pelos quais passei no desenvolvimento da minha especialização e atualmente nas minhas funções como especialista em EMC na Unidade de Neutropenia. As funções profissionais do enfermeiro de uma Unidade de Neutropénia, passa diariamente pela monitorização e prevenção de complicações sendo que muitas das nossas intervenções estão direcionadas para esta estratégia. Por exemplo, a monitorização cardíaca contínua através de ECG é uma intervenção com esse fim; a análise dos valores laboratoriais como dado de antecipação de distúrbios, riscos de hemorragia ou medidas de isolamento mais restritas aos doentes imunodeprimidos; os ensinamentos realizados aos familiares num sentido de preparação para a alta e para a educação da saúde, entre outras medidas.

O Enfermeiro Especialista que cuida do doente Hemato-oncológico deve possuir competências que permitam detetar sinais precoces de instabilidade, prevenir complicações, promover no doente capacidades e atitudes pró-ativas responsabilizando-o

pelo seu autocuidado, sendo que o enfermeiro deverá monitorizar e supervisionar as ações do utente. O doente oncológico (mesmo em fase paliativa) tem o direito a receber tratamento numa situação potencialmente reversível desde que não ocorra em dano desnecessário, incumprimento dos valores/princípios ético-deontológicos ou de futilidade terapêutica. Isto vai de encontro ao que é descrito pelo Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em que o enfermeiro “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (artigo 5, alínea 1b, p.8649). Desta forma o enfermeiro deverá gerir durante todo o processo de cuidados uma atuação em que dignifica a segurança e a privacidade do utente tendo em conta o respeito pelos direitos humanos.

### 1.2.3. Realização de julgamento/tomada de decisões

De acordo com o Decreto-lei nº 63/2016, os formandos deverão apresentar

capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; (artigo 15, alínea 1c, p.3174 ).

Decidir e tomar decisões é optar por entre duas situações de forma a atingir um resultado esperado. A escolha deverá ser realizada com consciência, lógica e competência para atingir os objetivos delineados. A tomada de decisão é realizada de acordo com os valores culturais, sociais, ideológicos e vivências da pessoa (Nunes, 2007).

A tomada de decisão para Marquis e Huston (2009) deve-se ao surgimento de um problema com vista à resolução da situação. O raciocínio crítico é uma das capacidades para o desenvolvimento do processo de tomada de decisão.

Os enfermeiros no seu quotidiano, deparam-se com a inevitabilidade de solucionar problemas, necessitando pesquisar informação, analisar diversos pressupostos, promover o raciocínio e reflexão, avaliar as alternativas apresentadas, e selecionar de acordo com os resultados apresentados da evidência (Nunes, 2006). Os enfermeiros, durante o processo de cuidados devem atuar de forma autónoma ou interdependente, tomando as decisões necessárias para as suas intervenções (Nunes, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros (2001) acrescenta que o enfermeiro deverá “responsabilizar-se pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega” (p16).

Desta forma, um dos modelos metodológicos para o cuidado profissional de enfermagem que auxilia a tomada de decisão é o processo de enfermagem. Garcia e Nóbrega (2009) descrevem o Processo de Enfermagem como:

1) um instrumento tecnológico de que lançamos mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional; ou 2) um modelo metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem (p.189).

Os autores supracitados acrescentam que o Processo de Enfermagem é aplicado em diversas situações das quais a tomada de decisão sobre as atividades a serem executadas. Desta forma, o processo de enfermagem é um processo metodológico que inclui: “o que os agentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre necessidades humanas específicas (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados pelos quais se é legalmente responsável (resultados de enfermagem)” (p.189).

De acordo com Paes *et al* (2004) é frequente haver incertezas mesmo que não sejam admitidas.

Tomar decisões apropriadas requer, muitas vezes, a articulação de áreas diversas do conhecimento que tangenciam a racionalidade humana. Avaliar dados objetivos do corpo/sujeito por natureza subjetivo não é, em geral, tarefa fácil. Quantificar/qualificar as incertezas pode auxiliar na sistematização do cuidado e na valorização do processo de enfermagem. (p.304).

Desta forma, a tomada de decisão é uma situação que está presente desde que iniciamos os cuidados de enfermagem. Pela sua importância, é um tema abordado desde o início do curso de licenciatura em enfermagem e é debatido em várias palestras nomeadamente as organizadas pela Ordem dos Enfermeiros. É uma situação recorrente na prática diária com a qual somos confrontados e com sentido de responsabilidade maior, à medida que somos enfermeiros mais experientes e passamos a ter o papel de supervisores, orientadores, integradores e chefes de equipa.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) descreve nos Padrões de Qualidade que a tomada de decisão do enfermeiro inclui uma abordagem “sistémica e sistemática”(p.12).

Assim:

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (p.12).

De acordo com Gillespie citado por Magalhães et al (2013), a tomada de decisão é um processo multidimensional, em que simultaneamente deve ser optado “o que, como e quando deve ser feito”, tendo em conta o doente e o que o rodeia (Gillespie citado por Magalhães et al, 2013).

A tomada de decisão passa pela gestão de cuidados na prestação de técnicas; gestão de recursos humanos e materiais; na comunicação com o próprio utente e família (que informação ao doente/família estão preparados para ouvir, o que deve ser dito, em que medida; quando deve ser dada, que apoio pode ser exigido ao doente e família, respeitar a decisão do doente vs direito da família a ter conhecimento da saúde do doente);

Mendes (2015) enuncia que “a necessidade de informação como legítima (...) importa como se pode e deve responder em conformidade” (p.220). Neste sentido, “a resposta às necessidades implica um período de aquisição de informação, um conhecimento da perceção que a família tem da situação até um determinado momento e definir até onde se pode e deve ir com determinado conteúdo e qual o melhor modo de a transmitir” (p.221), permitindo assim “ajudar as pessoas a se conservarem saudáveis e a enfrentarem os problemas relacionados com a saúde” (King citado por Mendes, 2015, p.221).

Pimenta (2015) acrescenta que a comunicação e o trabalho em equipa é um instrumento terapêutico e ético fundamental para a tomada de decisões. Neste sentido é importante que a informação transmitida seja ajustada e real para se proceder a tomada de decisão. Astudillo e Mendinueta, citado por Pimenta (2015) referem que muitos doentes morrem sem terem recebido qualquer explicação adequada sobre a sua doença, ficando isolado numa conspiração de silêncio, o que impossibilita que este fale sobre o que está a experienciar” (p.20).

O Código Deontológico dos Enfermeiros no Artigo 84º descreve o seguinte:

No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (p.111).

Neste sentido e tendo em conta o “todo”, Mendes (2015) descreve os pedidos, em simultâneo, que são realizados ao enfermeiro na estabilização de uma situação hemodinâmica instável do doente e na vulnerabilidade da família dessa mesma pessoa.

A tomada de decisão passa também pela gestão de normas do serviço (decisão de respeito pelas rotinas do serviço no sentido de número de visitas vs necessidade emocional de utente receber essas visitas); na administração de terapêutica (pois em benefício de uma ação pode resultar efeitos indesejáveis, como por exemplo administração de morfina vs obstipação); na gestão de camas (como por exemplo colocar um doente com infeção ao lado de um doente submetido a intervenção cirúrgica); gestão do plano de cuidados (doentes e a atribuição do enfermeiro); intervenções mais adequadas ao estado doente (utente com insuficiência respiratória e o momento da prestação de cuidados de higiene); transporte de utente para outro serviço (avaliação do estado do utente e momento mais adequado em articulação com o serviço recetor, abordado no subcapítulo anterior).

Os exemplos referidos anteriormente são constantes na minha prática, e embora possua um conjunto de conhecimentos, passar para a prática nem sempre é tão simples. São situações complexas que merecem uma reflexão constante. O Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril descreve que o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (artigo 88, alínea a, p.1755). De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (p. 8649). Assim no seu exercício profissional o enfermeiro deverá demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (p. 8649) tendo em conta as preferências do utente. Estas situações vão ainda ao que é definido pelo Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista o enfermeiro “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (artigo 7, alínea 1a, p. 8649).

De acordo com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001), a tomada de decisão deve ser fundamentada em “guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (p.129).

Desta forma, como especialista em EMC, é solicitado por parte dos colegas um corpo de conhecimentos sobre o doente crítico e cuidados gerais que são discutidos durante as intervenções e em momentos de reflexão, tendo em conta o caráter ético. Isto é, perante determinadas situações é tomada a decisão e feito o julgamento crítico, tendo em conta as normas do serviço, os direitos, valores e respeito pelo indivíduo. A título de exemplo,

situações como a gestão dos recursos humanos, em que por vezes coloca-se a situação da disponibilidade de apenas uma assistente operacional para o serviço de internamento e a unidade, sendo que a unidade é um serviço específico com rotinas próprias e em que os procedimentos para a prevenção de infeção são mais rigorosos. Esta situação é um exemplo em que é necessário gerir recursos, adequar as rotinas e muitas vezes mobilizar procedimentos para momentos mais oportunos. Embora não considere ser uma prática recomendada, são adequados os circuitos e as rotinas de forma a assegurar os cuidados com segurança aos utentes.

O Regulamento nº 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, descreve que o enfermeiro “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (artigo 7, alínea 1b, p.8649) e “baseia a sua práxis especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.8649). Alguns dos exemplos são a gestão de recursos humanos e o risco de infeção, gestão de recursos materiais, entre outros sendo que a tomada de decisão vai desde situações mais simples às mais complexas. É assim uma competência em construção contínua com necessidade de reflexão constante.

A contribuição do enfermeiro especialista no sistema de saúde, inclusive de cuidados diferenciados como a área hospitalar, varia de acordo com as suas características individuais, aptidões profissionais e participação no sistema. Desta forma, o conhecimento adquirido é utilizado como um recurso chave nas tomadas de decisão de forma a fomentar a sustentabilidade da organização (Dias, 2016).

A tomada de decisão também deverá ser realizada com a equipa de saúde com o intuito de solucionar algumas situações relativas aos doentes de acordo com valores éticos e deontológicos. A título de exemplo: as situações de decisão relativamente a reanimação ou não, ou a transferência de um doente para o internamento. Esta decisão é discutida em equipa quando é uma situação previsível.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008b) no Parecer CJ-44/2008, a decisão de interromper tratamentos “que se tornam claramente ineficazes, com base numa rigorosa avaliação clínica da situação, deve ser uma decisão tomada em equipa e se for assegurado que o processo de morte decorra com respeito pela dignidade da pessoa, a decisão será eticamente correta e de boa prática” (p.1). A decisão deve ser tomada com base em reflexão, com todos os elementos da equipa a compreender “os objetivos das medidas tomadas em todas as fases de doença” e quando é possível prever a ocorrência, a

decisão de “não reanimar” deverá ser consensual e descrito em diário clínico de forma expressa e específica os tratamentos/meios terapêuticos a realizar.

Esta situação vai de encontro ao que o Regulamento nº 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descreve, em que o enfermeiro “participa na construção da tomada de decisão em equipa” (p.8649). Também o Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril descreve o papel do enfermeiro na equipa com o dever de “integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (artigo 91, aliena c, p.1756).

No mesmo sentido, outro exemplo de decisão é nas discussões sobre a distanásia. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros no *Parecer* CJ-036/2002, a distanásia consiste no “prolongamento artificial da vida, também designado por processo de encarniçamento ou obstinação terapêutica, no único objetivo de prolongar a sobrevivência sem qualidade de vida” (p.1). Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros no *Parecer* CJ-036/2002 do Conselho Jurisdicional enuncia “não se determina o encurtamento ou suspensão da vida, limita-se a suspender tratamentos artificiais, inúteis e/ou desproporcionados, que na maior parte dos casos provocam sofrimento inútil ao doente, deixando de prolongar artificial e inultimente” (p.3). É necessário promover a qualidade de vida no tempo de vida do doente de acordo com os cuidados necessários (básicos e paliativos) respeitando a dignidade, com ética e deontologia profissional.

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista o enfermeiro “incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem” (p. 8650). Desta forma, o enfermeiro especialista expressa uma atuação segura, profissional e ética através de competências de decisão ética e deontológica consecutivamente com a avaliação contínua para melhores práticas de acordo com as preferências do utente.

Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista é aquele

com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (p.2)

Os enfermeiros que exercem funções em unidades hospitalares têm como função prevenir, minimizar e modificar situações instáveis em doentes. Desta forma

frequentemente tem de tomar decisões no contexto da ação (Thompson, Foster, Cole & Dowding, 2005). Estes tomam decisões em espaços profissionais e destinados às relações com o utente, família e equipa multidisciplinar (Lopes, 2006; Tanner, 2006; Benner et al, 2011). Alguns dos elementos que os enfermeiros utilizam para a tomada de decisão são o conhecimento e o raciocínio (Cody citado por Magalhães, Manuel & Fonsenca, 2013).

As reuniões de serviço são momentos em que por vezes há partilha de um conjunto de situações passadas ou presentes e que permitem momentos de reflexão para uma atuação futura de acordo com os referências da nossa profissão. Infelizmente estes momentos de partilha deveriam ser mais frequentes pois são extremamente importantes quer para os elementos que apresentam a situação quer para os elementos mais jovens pois permite uma reflexão e análise destas situações. Estes momentos de reflexão vão de encontro ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril que enuncia que o enfermeiro deverá “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (artigo 88, alínea a, p. 1755). Cestari (2003), acrescenta que “o conhecimento, o julgamento e a habilidade que são utilizadas na área clínica é o fenómeno que, geralmente, é denominado de arte da enfermagem” (p.37), promovendo cuidados de qualidade.

O julgamento clínico é também uma das competências do enfermeiro, este relaciona-se com a decisão sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem de acordo com as suas necessidades e expectativas (Costa et al, 2016).

Assim, e tendo em conta os diversos momentos durante a minha profissão e as variadas situações de tomada de decisão, passo a descrever algumas situações durante os diversos clínicos.

O ensino clínico no serviço de Urgência, é um serviço de constantes e rápidas decisões, quer pela afluência quer pelo tempo necessário para uma atuação eficaz. Não podemos caracterizar um serviço em comparação a outro no que se refere a uma maior necessidade em tomadas de decisões, mas provavelmente devido a singularidade do serviço de Urgência, caracterizá-lo-ia como um serviço único nas características dos processos de tomada de decisão. É um serviço de entrada do doente cuja admissão nem sempre é acompanhada de recolha de informação e historial do mesmo associada a uma grande percentagem de situações de emergência que requerem atuação imediata, e logo tomada de decisões imediatas.

Começando pela sala de triagem em que a avaliação dos doentes é processada em um sistema de prioridades, neste caso o sistema de Manchester, a admissão do próprio

doente não resulta apenas “de dados introduzidos e processados pelo sistema”. O enfermeiro da triagem, acima de tudo, tem de possuir um olhar clínico, pois, o que segundo o protocolo caracteriza como um sintoma como náusea pode ser classificado com uma cor (por exemplo azul), no entanto de acordo com a experiência e conhecimento do enfermeiro poderá se tratar de uma situação mais complexa e se tratar de um enfarte. Esta situação é um exemplo de tomada de decisão dependente do conhecimento e experiência do enfermeiro.

Souza et al, citado por Nunes, Câmara, Renovato, Montefusco e Amaral (2017) referem que o enfermeiro é o profissional habilitado para “avaliar e classificar a gravidade dos que procuram os serviços de emergência, pois, atribui um grau de risco ao paciente consistindo em um complexo processo de tomada de decisão, possibilitando a priorização do atendimento” (p.13). Caveião et al, citado por Nunes *et al* (2017) acrescenta que “o processo de adaptação da queixa do paciente ao fluxograma do protocolo é um dos processos mais difíceis, pois exige deste profissional escuta qualificada, avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, capacidade de observação, raciocínio clínico, tomada de decisão e conhecimento das redes de apoio do sistema assistencial” (p.22). Os autores acrescentam que, desta forma é necessário apresentar habilidades e forma de análise permitindo uma visão clínica da problemática do utente.

No mesmo sentido, tendo em conta a tomada de decisão no Serviço de Urgência, o momento em que se deve proceder à transferência de um doente para outro serviço implica também uma decisão pois é necessário realizar uma análise reflexiva tendo em conta o estado clínico do mesmo, a necessidade de ser acompanhado pelo enfermeiro e todo o material que deverá ser facultado (SPCI, 2008). O processo de transporte de doentes em situação crítica irá ser desenvolvida mais a frente.

Outro exemplo relacionado com a tomada de decisão num serviço de Urgência é o atendimento na “sala de tratamentos” sendo que esta é realizado de acordo com a situação em que o doente se encontra. Assim, um doente acamado, debilitado, ou com sintomas de alerta será atendido de forma prioritária. A título de exemplo, por vezes um doente debilitado e com necessidade de maior vigilância era colocado na “sala de recuperação” para que os colegas tivessem uma maior atenção sobre este. Já Benner (2001) descreve “a vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente” (p. 122).

A “sala de observação” é uma sala em que os doentes com maior necessidade de vigilância e monitorização ficam colocados. É uma sala destinada aos doentes mais

instáveis. As tomadas de decisão nesta sala passavam por: equacionar os equipamentos de acordo com a real necessidade do doente; colocar doentes de géneros diferentes em alas diferentes (mulheres num lado, homens de outro); situações em que o doente necessitava de mais uma observação médica (quando o doente tornava-se mais instável repentinamente); monitorização dos sinais vitais/glicémia capilar (de acordo com o grau de instabilidade e reversibilidade do doente). O Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descreve que “a autonomia de julgamento fundamentado reflete-se na tomada de decisão em situações da prática clínica” (p.8649).

O chefe de equipa, no serviço de urgência, toma outras decisões das quais destaco a elaboração do plano de trabalho dos enfermeiros; necessidade de movimentação dos colegas para outras salas com maior afluência; gestão de recursos materiais e humanos; entre outros. Isto são tudo exemplos práticos de situações com necessidade de tomada de decisão que requer a mobilização de um conjunto de saberes.

O Parecer n.º 20/2015 da Ordem dos Enfermeiros enuncia que os Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica deverão ser os que exercerem as funções de chefes de equipa.

No mesmo sentido, as situações de tomada de decisão aplicam-se a outros serviços. O ensino clínico no serviço de Medicina Intensiva permitiu-me diversos momentos de reflexão nesta temática. Um dos exemplos da minha prática clínica refere-se à minha tutora, que no momento encontrava-se também a integrar uma colega no serviço, o que permitiu-me aperceber que o próprio plano de atribuição de doentes encontrava-se delineado para este fim. De acordo com os objetivos de integração do próprio serviço e da nova colega eram atribuído doentes com patologias e situações diferentes para que esta tivesse oportunidade de um leque mais diferenciado de experiências de prestação de cuidados. Esta situação também se aplicava a mim, como aluna da especialidade em EMC.

Neste serviço pude aplicar e ter um conhecimento mais detalhado de diversos protocolos implementados, que permitiram uma prática orientada, segura e facilitadora. A existência destes, não invalida a tomada de decisão e o pensamento crítico tendo em conta que cada situação, é singular.

De acordo com o nº4, artigo 9, alínea f) do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro os enfermeiros “participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos” (p. 961). A Ordem dos Enfermeiros no Parecer CJ 117/2009 acrescenta que os protocolos necessitam de autorização e comprovação hierárquica, necessitando de estarem

formalizados com o objetivo de guiarem a prática e ser conhecido pelos executores. Estes deverão ser realizados salvo em situações devidamente fundamentadas no processo de decisão. No mesmo sentido o Parecer CJ - 64/2017 da Ordem dos Enfermeiros acrescenta que em situações de terapêutica, o enfermeiro não realiza sua prescrição, salvo em situações de emergência embora seja “integralmente responsável pela sua administração e vigilância dos seus efeitos em todas as circunstâncias” (p.9).

O papel do chefe de equipa no Serviço de Medicina Intensiva incorpora um conjunto de decisões das quais: gestão de recursos materiais, ser elo de ligação com os diversos departamentos (farmácia; alimentação, nutrição e dietética; lavandaria; entre outros), elaboração do plano de trabalho de enfermagem, apoio na prestação de cuidados dos seus pares, entre outras situações.

Outra situação que requer tomada de decisão é o transporte do doente crítico. O transporte do doente crítico implica alguns riscos, sendo necessário avaliar o risco/benefício pela equipa. São diversas as situações em que os doentes são sujeitos a exames complementares de diagnóstico sendo necessário o transporte para o serviço de imagiologia, ou noutras circunstâncias o transporte pode ser necessário para a transferência permanente ou provisória para outros serviços como o Bloco Operatório, serviço de Imagiologia, sendo importante avaliar o risco/benefício que o exame/transporte do doente comporta. A SPCI expõe uma *guideline* de atuação para os materiais e requisitos mínimos para um transporte sem intercorrências (SPCI, 2008).

O transporte de doentes para a realização de exames foi frequente durante a minha prática, tendo aplicado o procedimento recomendado neste serviço. O conhecimento desta *guideline* permitiu-me incorporar a metodologia e realizar as transferências dos doentes de forma mais segura, com um planeamento rigoroso (quando possível).

A Ordem dos Enfermeiros no *Parecer N.º 09 / 2017* acrescenta que

o transporte dos doentes críticos envolve alguns riscos, mas a sua realização justifica-se entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efectuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado. É fundamental reflectir sobre o risco/benefício desse transporte. Contudo, o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar (p.1/2).

A decisão de transporte de um doente é discutida em equipa. Embora seja de decisão médica, cabe ao enfermeiro avaliar a segurança do transporte do doente mantendo o nível de cuidados que se encontravam assegurados no serviço que se encontrava.

A Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), referem que o transporte intra-hospitalar do doente crítico deverá ser efetuado por enfermeiro com experiência em reanimação e prática em transporte de doente crítico. Relativamente ao transporte secundário do doente crítico deve ser executado por uma equipa frequente de ambulância e pelo menos mais dois elementos (um médico e um enfermeiro) com treino em reanimação, manipulação e assistência do equipamento. O transporte aéreo/helitransporte deverá ser realizado por equipas diferenciadas de enfermeiros e médicos (com experiência em cuidados intensivos) e com os recursos necessários.

O Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descreve que “o juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão” (p.8649). Neste sentido, as *guidelines* são essenciais na tomada de decisão dos profissionais. Em situações de *life saving*, os algoritmos (SAV, SBV) ou *guidelines* são normas orientadoras que foram elaboradas por peritos na área, permitindo conjugar uma intervenção multidisciplinar, de acordo com a patologia e grau de gravidade (urgência/emergência) e o tempo nobre eficaz (tempo em que deverá ser realizada a acção para promover resultados com maior reversibilidade) (Nunes, 2007). Jesus citado por Dias (2012) acrescenta que

os algoritmos não devem ser vistos como “tábuas rasas” de conhecimento, mas sim referências para a prestação de cuidados no âmbito da formação dos enfermeiros, devendo-se ter em conta a experiência dos enfermeiros, o conhecimento da situação e do cliente (p.36).

A tomada de decisão é uma ação transversal durante o nosso percurso profissional, em todo o processo de cuidados independentemente da área de prática. Uma situação em particular que marcou a minha experiência recentemente foi durante a minha atuação em que um utente se encontrava com dificuldade respiratória e foi necessário acionar todo o mecanismo de emergência. Esse doente em particular, que se encontrava consciente naquele momento queria que segurasse a mão. Aquela situação em mim tornou-se um pouco complexa, pois ou “dava a mão ao utente” ou atuava de acordo com a situação de urgência a que o momento exigia. Por ser o elemento com mais competências no momento para atuar com a situação de urgência deleguei o papel de conforto emocional para o outro colega até a situação o permitir. São situações como estas que vão de encontro ao que é descrito no Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Em Situação Crítica em que este “gere

o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (p.8657). No Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista acrescenta que o enfermeiro “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” (p.8652).

A prestação de cuidados ao doente crítico não passa apenas por incorporar um corpo de conhecimentos teórico e prático, é necessário outras áreas de competências, das quais competências de gestão e organização de cuidados. Desta forma, a liderança e tomada de decisão são fundamentais para uma atuação eficaz e segura (Paulo, 2017). A minha prática clínica permitiu-me verificar a importância da liderança essencialmente nas situações emergentes, sendo que um bom líder promove a possibilidade de melhores resultados.

Em 2009 Sousa & Barroso referiam já que

pelos princípios de sua formação, a enfermeira tende a desenvolver, quase que de forma inevitável, habilidades de liderança, principalmente em virtude das tarefas que lhe são exigidas. É necessário que a enfermeira desempenhe, seja em instituições hospitalares ou em atividades de saúde comunitária, o papel de líder, uma vez que está diretamente envolvida com análise crítica, identificação de problemas, tomada de decisões, planeamento e implementação de cuidados, alocação de outros profissionais da equipe de enfermagem e motivação dos profissionais da equipe de saúde, por exemplo (p.182).

Assim, as competências de liderança são fundamentais para o êxito “das organizações em geral e dos seus colaboradores em particular” (Sousa, 2012, p.iii).

Neste sentido Sousa & Barroso (2009) referem que o enfermeiro

líder da equipe, funciona como inspiração para os demais membros, que tendem a seguir seus exemplos. Por meio de sua conduta profissional peculiar, que tem o cuidado como essência de sua formação, é convidada a intermediar as relações e difundir a valorização do cuidado dentro da equipe de saúde, sabendo ouvir, estando disponível, demonstrando responsabilidade e boa comunicação (p. 183).

No Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, ser especialista “envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (p.8648).

Sousa e Barroso (2009) acrescentam que o enfermeiro forçosamente deve obter competências de liderança de acordo com as funções exigidas. A avaliação crítica, o reconhecimento de problemas, a tomada de decisão, o planeamento e a implementação de cuidados, são exemplos de funções realizadas pelo líder. De acordo com outro autor, um líder deverá realizar uma tomada de decisão destinada a ação, liderar solicita habilidades,

conhecimento, força, foco e autoconfiança. Liderança acarreta ação com uma característica específica como também induzir determinado comportamento (Tappen, 2005). É fundamental em situações de emergência o papel de um líder de forma a sistematizar, organizar e articular os diversos elementos e componentes. A medida de exemplo, numa situação de PCR, é necessário um elemento (normalmente localizado à cabeça de forma a ter maior visibilidade) em que supervisione as medidas efectuadas pelos diversos elementos, por forma a garantir que sejam adequadas; noutra situação mais simples, a transferência do doente no leito em que é necessário alguém dar a ordem para que seja efectuado em conjunto a mobilização.

Os enfermeiros peritos são enfermeiros com saber aprofundado, vasto e com aquisição de “metacompetências”. Estes distinguem-se dos restantes enfermeiros pelas suas habilidades de liderança, supervisão, gestão e comunicação (Queirós, 2015).

A própria organização de um serviço necessita de uma boa liderança, sem esta liderança o serviço fica enfraquecido, repercutindo-se nos enfermeiros e em todo o processo de cuidados. Endacott et al, citado por Paulo (2017), descreve que

um défice nas capacidades de gestão e organização dos cuidados, tais como, liderança, trabalho em equipa e tomada de decisão, estão relacionadas com uma série considerável de eventos adversos. As capacidades de gestão e organização dos cuidados, como a comunicação entre os membros da equipa, liderança, trabalho em equipa, pensamento crítico, capacidade de compreender situações e tomada de decisão, são complementares às habilidades técnicas, todas integradas para uma prática segura (p.22).

A tomada de decisão em situações complexas deverá ser discutida e analisada na equipa de saúde com pensamento crítico. A competência da pessoa que realiza a tomada de decisão depende da formação profissional, os seus conhecimentos, as experiências vividas e as suas reais capacidades (Nunes, 2011)

#### 1.2.4. Comunicação

De acordo com o Decreto-lei nº 63/2016, os formandos do segundo ciclo deverão ser “capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;” (artigo 15, alínea 1d, p.3174).

Assim como competência comum e especializada e tendo em conta que a comunicação é uma necessidade básica do ser humano, irei abordar esta temática sob duas perspetivas: a primeira como componente humana, na relação do ser humano e

interveniente na relação entre enfermeiro-utente-família; a segunda como competência específica e especializada do enfermeiro como contributo entre os pares e na formação.

É através da comunicação que as pessoas podem-se manifestar, interagir e satisfazer as suas necessidades. Assim, a comunicação pode afetar o comportamento das pessoas, de acordo com os padrões de crenças, valores, vivências e culturas (Silva, Brasil, Barbosa, 2000).

Desta forma, desde muito cedo manifestamos e desenvolvemos diversos tipos de comunicação, quer seja a comunicação verbal ou a comunicação não-verbal. É um processo intrínseco, pessoal, que nos acompanha desde o nosso nascimento e que é fundamental para nossa sobrevivência. Alguns dos fatores que podem influenciar a comunicação são: emocionais, linguísticos e culturais.

A comunicação é também uma competência adquirida e aperfeiçoada ao longo do tempo, através dos diversos mecanismos de abordagem. É uma ferramenta essencial para a prestação de cuidados em enfermagem. Estas encontram-se presente no quotidiano do enfermeiro em todas as ações praticadas ao doente e família, quer seja no intuito de orientar e informar medidas, quer seja no apoio ou conforto para atingir o bem-estar ou mesmo para atender as suas necessidades básicas.

A comunicação é um dos instrumentos que o enfermeiro emprega para desenvolver e aprimorar o saber-fazer profissional (Cianciarullo, citado por Pontes, Leitão & Ramos, 2007). O papel do enfermeiro não é exclusivamente de realizar técnicas ou procedimentos; envolve um conjunto de ações mais vastas necessitando, de entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação. Assim, desta forma, a comunicação é uma ferramenta essencial para atender as necessidades do utente (Pontes, Leitão & Ramos, 2007).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®), a comunicação é o “comportamento interactivo: dar e receber informação utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (2011, p. 45).

Ao enfermeiro, através da comunicação com o doente, é-lhe permitido: identificar as suas necessidades; informar sobre os tratamentos ou situações em que é solicitada informação; fomentar o relacionamento com os familiares, entre os diversos doentes (quando possível) e com a equipa multiprofissional; instruir sobre medidas educacionais sobre saúde; permitir a permuta de experiências; promover a modificação de comportamentos, e entre outras situações (Pontes, Leitão & Ramos, 2007).

Já em 2003 Craig & Smith descrevem:

Já argumentámos que a enfermagem é mais do que um conjunto de intervenções em investigação e em tratamento. Tal como para outros profissionais, a comunicação eficaz com as comunidades, clientes e doentes é um aspeto chave para os cuidados de enfermagem de alta qualidade (p.15).

Indo ao encontro o que anteriormente foi descrito e somando as especificidades necessárias no cuidado ao doente crítico, é fundamental desenvolver competências na comunicação com o utente e família tendo em conta a situação delicada em que o utente/família se encontram, transmitindo informação verdadeira e que não permita o aumento do estado de ansiedade já instalado. O Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril descreve que o enfermeiro assume “entender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (artigo 84, alínea c, p. 1755). A comunicação exige conhecimentos aprofundados que se manifestam na prática. Atualmente está continuamente em fase de aperfeiçoamento no serviço onde exerço funções, em todas as situações de instabilidade do doente, uma vez que, a comunicação é essencial para construir uma base de relacionamento e confiança ao longo do internamento.

A situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica é causadora de conturbações emocionais. Sendo assim, implica para o enfermeiro desta área saber geri-las, nomeadamente a ansiedade e medo vivenciado pelo doente e ainda auxiliar nos processos de luto através da comunicação interpessoal. Desta forma é importante desenvolver técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde do doente e família (na situação crítica e/ou falência orgânica do doente e o impacto doente/família que vivencia a situação). Isto vai de encontro ao que Shannon, Long-Suthehall e Coombs (2011) descrevem, enunciando que por forma a auxiliar o enfermeiro na comunicação, este deve desenvolver estratégias de comunicação.

As estratégias de comunicação são ferramentas importantes no processo de cuidados da pessoa em estado crítico pois promovem a humanização dos cuidados de enfermagem. As estratégias de comunicação que promovem a humanização dos cuidados à pessoa em estado crítico são: “o contato visual, o toque, os gestos de expressão, os quadros de letras, o quadro negro, a escrita com papel e lápis, computador, a escuta ativa, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, o carinho, o conforto, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a confiança e o acolhimento” (Vieira, 2014, p.24).

A comunicação efetiva durante o processo de cuidados ao doente crítico é fundamental, mas também desafiante. “O utente poderá fundamentar a sua perceção dos cuidados recebidos pelo enfermeiro nas capacidades de comunicação de carácter interpessoal; também o nível de competência pode ser aferido por essa demonstração (Phipps et al, citado por Paulo, 2017).

Assim, o meu percurso de aquisição e desenvolvimento das competências comunicacionais ao nível profissional iniciou-se desde a formação inicial em enfermagem com a disciplina de Fundamentos de Enfermagem com o tema de comunicação realizados no primeiro ano do curso de licenciatura. Foram vários os conteúdos programáticos que ajudaram neste processo tais como: técnicas de comunicação, conteúdo teórico sobre todo o processo comunicacional, formas e abordagem em comunicação. Desde a formação básica em enfermagem, foi salientada a importância do envolvimento da família, a comunicação e o toque terapêutico. Neste sentido e principalmente durante os diversos ensinamentos clínicos foi uma componente avaliada e analisada que atualmente continua na base dos meus cuidados de enfermagem.

A comunicação na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico, de acordo com Pereira (2008) é uma ferramenta terapêutica importante ao permitir a informação do doente e família, os recursos necessários e de autoajuda promovendo a adaptação e o consentimento informado. Esta comunicação, cria uma relação terapêutica entre o doente/família e enfermeiro promovendo confiança e a segurança.

A comunicação com o doente oncológico tem características próprias à situação (impossibilidade na comunicação verbal devido a patologia da língua, ou consciência alterada como confusão devido à toxicidade dos tratamentos ou invasão do SNC), necessitando de meios adaptativos e uma gestão emocional equilibrada para poder agir no momento.

No desenvolvimento desta competência de comunicação, em muito contribuíram as formações que fui realizando no meu percurso profissional como a formação avançada em Cuidados Paliativos. Destaco, pela importância, a pós-graduação em cuidados paliativos e a unidade curricular de Enfermagem em Cuidados Paliativos. Nestas, além das informações teóricas, foram promovidos diversos exercícios de ajuda na comunicação. Alguns dos exercícios realizados foram relativamente à comunicação de más notícias, em que foram utilizadas técnicas para a prática. Já no curso de EEMC na Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Paliativos, realizei diversos exercícios de treino como *role playing* para a “transmissão de más notícias”, desbloquear a “conspiração do silêncio” e

acolhimento da família numa unidade de cuidados paliativos. Estes exercícios foram pertinentes, pois, permitiram-me fazer compreender que por vezes não são usadas as palavras/formas mais adequadas ou que nem sempre sabemos o que dizer, transformando cada situação numa ação única em que a teoria apenas nos dá ferramentas para iniciarmos e desenvolvermos o caminho para uma prática de excelência.

Considero que também seria importante, um espaço adequado onde enfermeiro, doente e família pudessem conversar usufruindo do direito à sua privacidade, disponibilidade e direito a informação. Esta estratégia permitiria ganhos em saúde sob diversos aspetos tais como: informação correta em tempo útil, estabelecimento de relação de confiança/segurança com o enfermeiro, diminuição da ansiedade e respeito pela privacidade do utente. Infelizmente devido a condições estruturais e a falta de recursos humanos impede a praticidade desta acção atualmente. Esta medida permitiria ir de encontro ao que se encontra previsto no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril em “Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (artigo 85, alínea b, p. 1755) assim como “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e intimidade da pessoa” (artigo 86, alínea b, p. 1755).

Atualmente, no serviço onde exerço a minha prática não temos um espaço adequado para a comunicação eficaz com a família. O espaço não adequado, a falta de disponibilidade por parte da equipa, a labilidade emocional em que se encontram (família e doente), a necessidade de estar num lugar estranho (espaço hospitalar/internamento), o respeito pela privacidade (ao me dirigir ao utente e explicar os cuidados prestados o utente “ao lado” fica a saber e vice-versa) e a alteração de papéis, são um conjunto de fatores que dificultam a comunicação adequada que seria necessária para uma comunicação eficaz. Algumas das estratégias utilizadas para contornar estas situações são: a utilização da antecâmara da Unidade de Neutropenia para transmitir informações/apoio a família, após a entrada das restantes visitas por forma a poder promover a privacidade e espaço de acordo com o possível; explicar e dialogar com o utente na unidade em tom baixo com a colocação de “biombos”. O Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril descreve que o enfermeiro deve “Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (artigo 85, alínea a, p.84), assim como “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e da sua família (artigo 107, alínea a, p.1775).

O processo de comunicação engloba certamente todas as componentes que já foram referidas anteriormente e que fazem parte da nossa prática profissional, a ética e deontologia. Desta forma, o “direito à informação” e o “sigilo profissional”, são direitos importantes a serem respeitados ou, noutro sentido, e a pedido do próprio doente a não ser informado. Neste sentido, no direito à informação deve ser tida em conta o momento em que o utente/família está preparado para receber a informação, o que quer saber e o que precisa saber pois a informação transmitida deve ser faseada e respeitada de acordo com a individualidade de cada um. Isto é, muita informação transmitida no momento não resultará em compreensão nem em memorização, muito menos se o doente está em choque ou em negação. Assim, é importante avaliar em que momento de aceitação do seu estado de doença é que o doente/família se encontra e adequar a informação pertinente no momento. Infelizmente existem situações em que é necessário o consentimento do doente ao tratamento e devido à urgência da sua realização não pode ser respeitado o tempo individual de cada um levando a que o utente esteja por vezes a passar por diversos processos em simultâneo como aceitar o diagnóstico e a realização do tratamento com repercussões no seu papel familiar.

Uma das barreiras à comunicação verbal com que me deparei ao longo da minha prática clínica é na comunicação com utente que não sejam de nacionalidade portuguesa. No meu percurso profissional sobretudo no serviço de Neurocirurgia e no atual (Unidade de Neutropénia) não raras vezes tive que contactar com doentes que falam uma língua estrangeira que normalmente não domino. A barreira linguística é um obstáculo para o plano de cuidados nomeadamente ao direito de informação ao utente e à diminuição do seu estado de ansiedade (situação nova é geradora de ansiedade) uma vez que, para além de se encontrar num ambiente diferente desconhecendo a funcionalidade de um sistema de saúde que ignora promovendo a insegurança. Atualmente a minha ação de forma a colmatar esta barreira é o uso de gestos ou de um tradutor online por forma a criar alguma relação com o utente/família.

O utente e a família apresentam a chave para o cuidado de enfermagem efetivo, uma vez que através do vínculo promovido pela confiança são dadas informações e a pessoa é estimulada para maximizar a sua capacidade de funcionamento. O enfermeiro concebe estratégias para alcançar a saúde ideal de forma a satisfazer o utente e à eficiência do cuidado à saúde (Pontes, Leitão e Ramos, 2007). Outros autores acrescentam (Boyle, Miller & Forbes-Thompsom, citado por Silva, 2013) que por vezes mensagens curtas de difícil compreensão podem promover “confusão”, baixa confiança e conflito entre famílias

e prestadores de cuidados de saúde em especial nos momentos de decisões. Na minha prática clínica constato com frequência que os termos técnicos são raramente decodificados sendo necessário explicar o seu real significado ao utente. Outra situação recorrente é a necessidade de verificar a forma ou o conteúdo do que é transmitido ao utente/família pois situações como “amanhã poderá ter alta” traduzem-se em “eu amanhã tenho alta”. Neste sentido Barbosa e Neto (2006) recomendam várias estratégias para melhorar a comunicação, tais como: diminuir a expectativa, obter orientações claras, atenção na informação que é dada, *feed-back* do que foi transmitido e perceber códigos de informação verbais e não-verbais.

O processo comunicacional inclui aptidões interpessoais relevantes que possibilitam ao profissional ajustar a informação que pretende transmitir, criar uma ligação com o utente reconhecendo o seu direito à informação, promover a capacidade de ser crítico nos seus cuidados de saúde, fomentar as transformações de atitudes, desenvolver os seus conhecimentos de forma a melhorar, e promover melhores níveis de literacia em saúde (Alves, 2011).

A comunicação é fundamentalmente relacional através da troca mútua de mensagens, verbal ou não verbal, de acordo com o significado atribuído entre pessoas ou grupos pelo uso de símbolos, gestos, e de diversas formas de expressão, com o objetivo de entendimento recíproco (Freire, citado por Antunes, 2012). A comunicação e o valor desta é variável de acordo com a importância que lhe é atribuída, mas é um pilar na nossa sobrevivência.

Assim, existem diferentes formas de comunicação, de uma forma geral são a verbal e não-verbal. A comunicação verbal é a que usamos com mais frequência para comunicar. Esta é variável pois, de acordo com cada nação existem uma língua/idioma mais frequente. A comunicação não verbal inclui um conjunto de situações (linguagem corporal, expressões faciais, postura, comunicação através de símbolos, movimentos, silêncio). Barbosa e Neto (2006) realçam que, a linguagem não-verbal tem mais relevância, promovendo sinceridade e significado à informação dos utentes.

A título de exemplo, um doente com patologia oncológica da língua, frequentemente fica com a comunicação verbal comprometida passando a comunicar de forma não-verbal. O papel do enfermeiro é fundamental, pois acompanha e assiste o seu progresso, permite e facilita a comunicação com a família. Desta forma, o enfermeiro tem de usar um conjunto de mecanismos para poder comunicar com este doente, desde a escrita, imagens, uso de sinais sonoros (bater nalgum objeto específico, tocar a

campainha). A comunicação torna-se mais crucial nos doentes que não conseguem comunicar verbalmente pois estes sentem-se excluídos. Outro tipo de doente com “comunicação comprometida” é o doente sob ventilação mecânica. É uma situação em que visivelmente o doente não consegue comunicar verbalmente e dependendo do estado/grau de consciência poderá comprometer a comunicação não-verbal. O impacto que esta limitação tem no doente pode ser ilustrada com o exemplo a seguir: é de uma doente que se encontrava internada no serviço onde exerço funções que necessitou de ser transferida para o serviço de Medicina Intensiva e no seu regresso contou sentir-se “traumatizada” pelo conjunto de equipamentos que lá se encontrava, por “querer falar e não poder” e mesmo quando podia não sentia ser “escutada”. Esta situação marcou de tal forma a doente que mesmo após descodificarmos o cenário continuou a afirmar ser uma experiência “a não repetir”. Estas são situações que exigem o que é referido pelo Regulamento n.º 124/2011 das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, em que o enfermeiro deverá gerir “o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (p.8657).

Noutro sentido, apercebi-me também que por vezes o acompanhamento da família e a comunicação com esta eram facilitadoras na redução da ansiedade e na colaboração, por parte do doente, no processo de cuidados pois, a família tornava-se um aliado do enfermeiro e realçava o papel deste valorizando as sugestões realizadas. Estas situações vão de encontro ao que é estipulado pelo Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Em Situação Crítica, em que este “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face a situação de alta complexidade do seu estado de saúde ” (p.8657). O estabelecimento de parcerias com o utente no processo de cuidados encontra-se descrito na Ordem dos Enfermeiros (2001) nos Padrões de Qualidade.

Os enfermeiros desde a sua formação de base (licenciatura em enfermagem) são focados para um cuidado holístico. Desta forma, determinadas atitudes como a identificação pessoal, identificação do local onde o utente se encontra, garantir que o utente/família se encontram num serviço qualificado para os ajudar, promovem uma relação de ajuda que permitirá a que o utente se torne mais colaborante no seu processo de cuidados (Paulo, 2017).

É através da comunicação que se procede toda a parte de relação de ajuda, pois é pela comunicação que identificamos a real necessidade desta. E é pela comunicação que será proporcionada a resposta.

Os objetivos da relação de ajuda, nas situações de doença grave são: auxiliar a pessoa a ultrapassar uma situação potencial ou actualmente difícil; apoiar, identificar e solucionar os obstáculos que se apresentam, e promover um funcionamento pessoal e interpessoal mais satisfatório de acordo com os seus recursos latentes (Antunes, 2012).

A relação de ajuda pode ser considerada uma ferramenta nos cuidados de enfermagem. “Os cuidados de enfermagem quando prestados no contexto de uma relação de ajuda contribuem necessariamente, para a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde que se prestam à pessoa, à família ou à comunidade” (Mendes, 2006, p.71).

A escuta ativa, o toque, o olhar, o silêncio, são tipos de exemplos a ser considerados na relação de ajuda. Muitas vezes durante a minha prática, em momentos de ansiedade do utente, de maior vulnerabilidade, a simples presença e o toque foram fundamentais para este sentir-se apoiado e exprimir as suas emoções. O simples fato de permitir o choro acalma, outras vezes é permitir dizer para o outro ouvir algo agradável ou reencaminhar para outros profissionais (psicólogo, assistente espiritual). A colaboração de outros profissionais vai de encontro ao descrito no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril em “Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência” (artigo 104, alínea b, p.1755) e “trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde” (artigo 112, alínea b, p. 87).

Estas são situações muito frequentes na minha prática clínica e para as quais me encontro desperta pois conheço as particularidades que a patologia oncológica provoca emocionalmente, assim como os diversos estados (negação, choque, revolta, aceitação) pelos quais o utente contacta durante o seu processo de doença. Por vezes o doente recusa qualquer tipo de contacto e é respeitado o espaço do doente salientando a minha disponibilidade para alguma necessidade. Cada indivíduo reage de forma diferente, é um ser único e merece ser respeitado na sua integridade. Já Benner (2001) descreve “muitas vezes o toque para reconfortar ou estabelecer um contato com um doente mais fechado ou deprimido, é um meio que permite a comunicação” (p.88).

A relação de ajuda também se aplica aos familiares, uma vez que, o círculo familiar fica alterado na representação dos seus papéis familiares e sociais. A título de exemplo, ilustro com um caso de um doente que ficou internado no serviço onde realizo minha prática clínica. O utente em questão é pai de família que se encontrava no momento desempregado. A situação económica desta família estava comprometida e mais comprometida ficou quando este passa ao papel de doente. Desta forma, a esposa e mãe

passou a representar o único sustento desta família, o pilar desta tanto para os filhos como para o marido. Durante os diversos tratamentos que se sucederam, a esposa/mulher necessitou de conversar, exprimir seus sentimentos de frustração, desespero, solidão e foi necessário acionar os recursos da comunidade disponíveis para esta situação. Este é um dos muitos exemplos práticos em que o doente não é o único alvo de cuidados do enfermeiro e da representação prática do papel da comunicação em todo o processo de cuidados. Esta situação vai de encontro ao descrito no Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Em Situação Crítica em que este “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (p.8656). O Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril descreve o “direito a informação” em “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre as maneiras de os obter” (artigo 84, alínea d, p.1755).

Silva (2013) descreve que é função da enfermagem

assistir a família nas perturbações emocionais, de forma a gerir a comunicação e adaptando-a à complexidade do estado clínico do doente, no esclarecimento de dúvidas, a desmistificar conceitos, na dignificação da morte e processos de luto, poderá ainda proceder ao encaminhamento para outros técnicos caso a família o solicite tais como psicólogo ou assistente social (p.52).

A comunicação terapêutica, de acordo com a teoria de *Ruesch*, compreende a aptidão do profissional em aplicar o seu conhecimento sobre comunicação para assistir a pessoa com tensão temporária a conviver com outras pessoas e adaptar-se ao que não pode ser alterado, suplantando os bloqueios à autorrealização (Stefanelli, citado por Pontes, Leitão e Ramos, 2007). A relação terapêutica torna-se possível através do emprego de técnicas e estratégias de comunicação.

Considero a relação terapêutica, uma competência fundamental às competências do enfermeiro pois é através da relação terapêutica que compreendemos as necessidades reais e podemos dar respostas a estas. Este é um tema sempre atual e muito discutido, encontrado em diversos artigos científicos e relatórios/teses de investigação (Pereira & Botelho, 2014; Coelho, 2015; Pereira, 2015). A Ordem dos Enfermeiros (2001) nos Padrões de Qualidade, acrescenta que “esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (p.10).

O uso terapêutico da comunicação conduz a cuidados centrados na pessoa e não na tarefa, assegurando, assim, a satisfação das pessoas e a qualidade dos cuidados

prestados. Cuidar e comunicar estão necessariamente ligados (Coelho, 2015). Assim, “somos seres em relação, e o cuidar implica uma relação”. “A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Benner (2001) descreveu um número de exemplos que vão de encontro ao domínio e o papel da ajuda. Desta forma foi relatado o papel da relação entre enfermeiro e doente promovendo um ambiente propício a cura através de diversas atividades que permitiu “diminuir emoções de *stress*, ou aceitar um apoio social, emocional ou espiritual” (pg.77), “estar com o doente” (p.83), “proporcionar conforto” (p.88).

É fundamental o papel da comunicação em todo o processo vital e de maior importância num processo de doença junto ao utente/família para permitir a efetividade e eficiência dos cuidados.

A comunicação também passa pela formação e educação ao utente/família. Durante meu percurso profissional realizei diversas formações das quais algumas em contexto voluntário. Desde 2009 que colaboro com a Liga Portuguesa Contra o Cancro em diversos projetos; o meu papel neste contexto tem passado basicamente pela promoção da saúde (hábitos e estilos de vida saudáveis) e formas preventivas (realização de auto-exame), quer seja através de sessões formativas formais e informais (“Cancro sobre rodas”) quer pela participação em projetos que apelam à população para a importância da causa e do papel que uma patologia oncologia representa na nossa sociedade, estilos de vida saudáveis, desmitificar o conceito “cancro”, entre outros temas (exemplo: projeto “Um dia pela vida”).

Esta atuação vai de encontro ao que já é referido pela Ordem dos enfermeiros nos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem (2001)

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (p.11).

Por outro lado, é importante no desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e entre os pares a reflexão entre os mesmos sobre as melhores práticas clínicas. Este processo passa essencialmente pela comunicação, informação e formação.

Durante o meu processo formativo desde a licenciatura e em especial na formação especializada houve a necessidade de realizar formações para os colegas (estudantes da

formação) sobre diversas temáticas nas diversas disciplinas; formações aos colegas (profissionais) no estágio de opção, formação em serviço sobre “atualização das diretrizes de reanimação cardiopulmonar”; e mais recentemente formação em serviço (aos pares) sobre a Síndrome de Lise Tumoral no doente Hemato-oncológico.

A Formação entre pares constitui um benefício para ambas as partes na qual os formadores beneficiam dos conhecimentos transmitidos permitindo ao formando estar também em constante atualização. O resultado da formação depende da motivação do profissional e da disponibilidade deste, sendo assim, por vezes, o insucesso do formador não é inteiramente da responsabilidade do mesmo pois este disponibiliza a informação e, dentro do possível promove a prática deste conteúdo, mas são os recetores que têm de estar motivados para aplicar esse conhecimento. A título de exemplo, o meu projeto de autoformação/interventivo decorrente do mestrado (A Síndrome de Lise Tumoral no doente Hemato-oncológico) incluiu uma parte formativa em que dei a conhecer/relembrar conceitos principais e característicos do processo patológico. Embora obtivesse uma boa afluência presencial, e tenham sido discutidas situações práticas por forma a tornar a informação mais útil e sedimentada, e apesar de durante a minha prática atual constantemente discutir com os colegas situações práticas, depende dos próprios profissionais utilizarem essa informação recebida e aplicá-la na sua prática clínica.

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (p.8653), atuando como “formador oportuno em contexto de trabalho”, “diagnostica necessidades formativas”, “concebe e gere programas e dispositivos formativos” e “avalia o impacto da formação”. O Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro, acrescenta que o enfermeiro deve “participar e promover ações que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde” (artigo 9, alínea 1d, p.6763).

A comunicação entre pares também está incluída no processo de integração de novos elementos. Atualmente como enfermeira especialista integro por vezes alguns elementos no serviço em particular na Unidade de Neutropénia. A transmissão de informação e supervisão destes elementos tornam o papel do integrador com grande responsabilidade sobre diversos domínios. A integração torna-se também um papel importante para ambos uma vez que durante o percurso por vezes são questionadas práticas que por vezes não tínhamos analisado, trazendo também atualização à prática e a estabelecer uma relação de aprendizagem para ambas as partes.

A integração de enfermeiros recém-admitidos de acordo com Mestrinho et al (2000), origina incerteza, indecisão e ansiedade que poderão ser facilitadas através de estratégias. Bucchi e Mira, (2010) acrescentam que as instituições de saúde apresentam políticas organizacionais para programas de integração à enfermeiros de forma a os novos elementos sejam acompanhados durante as práticas clínicas por peritos, enfermeiros chefes e elementos designados para esse objetivo (Bucchi & Mira, 2010).

Gonçalves, (2013) refere que uma integração organizada e metódica contribui para reduzir o stress, promover a autoconfiança e o seu autodesenvolvimento. Desta forma, a integração promove a motivação e satisfação das necessidades pessoais e profissionais aos recém-admitidos permitindo diminuir a necessidade de tempo de integração e redução de custos relacionados aos cuidados de saúde.

O processo de integração num serviço encontra-se contemplado na Carreira de Enfermagem, no Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro, Capítulo III, Artigo 9º, sendo que Enfermeiro deve “colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional” (p.6792).

#### 1.2.5. Competências de auto-aprendizagem

De acordo com o Decreto-lei nº 63/2016, os formandos do segundo ciclo deverão ter “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (artigo 15, alínea 1e, p. 3147).

A aprendizagem ao longo da vida, de acordo com a Comissão Europeia (2000) no Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida, é “toda e qualquer actividade de aprendizagem, com um objectivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências” (p3). O mesmo documento refere que, a aprendizagem ao longo da vida é a abordagem mais adequada perante uma sociedade em transformação contínua na qual o próprio deverá ter um papel ativo, de autodomínio da sua vida, promovendo as suas capacidades e adequar estas, de forma eficaz e eficiente. Deste modo, o indivíduo deverá desenvolver as suas capacidades e adquirir competências de forma a se adequar as persistentes mudanças da sociedade (Rodrigues, 2011).

Com a adesão de Portugal ao processo de Bolonha, o estudante começou a desempenhar um papel mais autodidata, sendo corresponsável pela sua aprendizagem. Assim, nos cursos de formação inicial são-nos transmitidas as bases teóricas e práticas, sendo que quando iniciamos o percurso profissional é necessário um período de integração

com objetivo de o indivíduo se aperceber das rotinas e procedimentos habituais e aprofundar conhecimentos científicos na área em que se encontra no momento. Esse aprofundamento de conhecimentos é em grande parte, suportado pela autoaprendizagem pois o profissional vai de encontro as suas necessidades e interesses. É um Auto-aprender.

Assim, aprender é

um acto resultante da capacidade de abstracção e de reflexão com função auto-reguladora, que se concretiza e/ou actualiza nos discursos nas e sobre as situações de aprendizagem. Além disso, a aprendizagem é produtora de símbolos, potenciada pelas exigências cognitivas, sociais e emocionais de cada estudante e professora. É um acto dependente do nível de empenho, de saber e da experiência anterior, factores que suportam a interpretação e a assimilação de um novo conhecimento (Girodan, Le Moigne, citado por Fernandes, 2011, p.35).

Neste sentido, e tendo em conta a nossa profissão, Fernandes (2011) refere que para aprender a ser enfermeiro é fundamental que a prática pedagógica exceda os limites da formação formal e os conhecimentos técnicos e científicos, e relacione o autoconhecimento e o conhecimento com a emoção de forma sensata. A análise sobre o próprio indivíduo permite ao formando adquirir consciência das experiências realizadas, dos significados e das suas potencialidades. Desta forma, é organizada na mente do formando os diversos saberes sobre a “consciência da vida e da profissão, significado da experiência, processo individual de aprender, motivação e aprendizagem” (p.170).

Já Williams, citado por Trindade (2014) descreve que a autoaprendizagem é

um processo no âmbito do qual os indivíduos tomam a iniciativa, com ou sem a ajuda de outros, diagnosticando as suas necessidades de aprendizagem, formulando os seus objetivos neste âmbito, identificando os recursos humanos e materiais que necessitam para aprender, escolhendo e implementando estratégias de aprendizagem apropriadas e avaliando os resultados desta aprendizagem (p. 88).

Já Silva et al, citados por Freire em 2009 descrevem que a aprendizagem controlada pelo estudante promove a estimulação de conhecimentos, competências, e motivações, que são fundamentais para a planificação, gestão e à avaliação dos métodos adotados e dos resultados obtidos.

A aprendizagem é realizada através de aprofundamento de conhecimentos teóricos e da reflexão da prática. A procura do conhecimento teórico associada à prática clínica é uma necessidade sentida pelo indivíduo de forma a se sentir seguro e prestar cuidados de qualidade sendo que, a procura deste conhecimento varia consoante a motivação pessoal.

Rodrigues (2011) acrescenta que as competências de aprendizagem ao longo da vida devem ser incrementadas desde a formação inicial por forma a que os enfermeiros se dediquem à sua autoformação de acordo com uma análise contínua da sua prática.

Neste sentido e sendo a enfermagem uma profissão com foco de intervenção na pessoa como ser único, bio-psico-sociocultural e espiritual, surge diariamente uma diversidade de situações que torna necessária a aprendizagem ao longo da vida do enfermeiro. Por outro lado, há a necessidade de constantemente promover o desenvolvimento de competências considerando a persistente evolução científica e tecnológica da área da saúde (Rodrigues, 2011). De acordo com o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro, artigo 20º, ponto 1, “a formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem assume carácter de continuidade e prossegue objectivos de actualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projectos de investigação” (p.6764).

Assim, tendo em conta a necessidade de atualização e de desenvolvimento profissional, a Direção de Enfermagem do SESARAM promove a atualização dos enfermeiros através de formações contínuas de acordo com a disponibilidade e necessidades assim como incentivando a participação em projectos institucionais através da figura do Elo de ligação, contribuindo para a construção e obtenção de indicadores que lhe permita avaliar os cuidados prestados aos utentes. A participação nestes projetos institucionais permitiu-me contribuir para a qualidade dos cuidados, aperfeiçoar conhecimentos teórico-práticos na área e troca de experiências, promovendo a minha autoaprendizagem.

Relativamente aos projetos pessoais de autoformação/aprendizagem desenvolvidos nos contextos de prática realço a participação na definição de procedimentos para a Unidade de Neutropénia. Esta unidade inaugurada a 21 de janeiro de 2013 é uma unidade inovadora no país pois a maioria destes doentes a nível nacional são internados em unidades de oncologia e/ou isolamentos. Deste modo foi necessário realizar uma extensa revisão de literatura de forma a obtermos as reais necessidades de uma unidade específica. Neste sentido participei ativamente na realização de alguns procedimentos relacionados com o circuito e acolhimento de doentes. Este projeto permitiu-me conhecer e aprender algumas das rotinas que seriam indicadas para a unidade de acordo com a evidência científica assim como os ensinamentos e informação que deveriam ser transmitidos ao utente/família face à necessidade de internamento.

Os diversos projetos referidos (institucionais e desenvolvidas no âmbito da Unidade) foram desafiantes na medida de que cada um contribuiu para a aprendizagem de conhecimentos técnicos/científicos promovendo o desenvolvimento profissional e pessoal.

Neste sentido, e tendo em conta o percurso realizado até à atualidade, passo a descrever o meu percurso de autoaprendizagem muito associado às características dos utentes dos serviços em que prestei/presto cuidados.

Na minha prática clínica (incluindo os ensinamentos clínicos dos cursos de especialização e mestrado) fez parte integrante fortalecer a autoaprendizagem, consciente dos meus limites pessoais e profissionais e das suas implicações na atividade profissional. Assim, destaco que além dos fundamentos técnico-científicos, foi fundamental o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de emoções, *stress* e pressão.

Assim, a minha autoaprendizagem iniciou-se no momento em que iniciei minhas funções nas áreas de Urologia/Hemato-Oncologia, após esse momento outras áreas foram surgindo conforme os serviços em que me encontrava dos quais destaco Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Nefrologia, e Medicina Interna.

Nos diversos serviços foram várias as necessidades apresentadas na prática tais como a necessidade de integrar e adaptar cuidados específicos decorrentes das diversas especialidades e procedimentos mais frequentes, refletir com os colegas peritos na área sobre a prática diária, participar em Congressos por forma a atualizar-me e promover a comunicação entre todos os envolvidos no processo de cuidados. Assim, foi um conjunto de processos desafiantes que tive de aprender a gerir dos quais destaco a gestão das emoções relacionadas com os processos de saúde/doença, em particular com implicações na imagem corporal, aprender a ter uma atuação diferenciada com os doentes em risco de forma a detetar precocemente possíveis complicações, desenvolver maturidade para poder promover um cuidado à altura das necessidades dos utentes, entre outras aprendizagens.

Desta forma, de acordo com todo o meu processo de aprendizagem um dos mais frequentes focos de atenção do enfermeiro é a “comunicação”. A comunicação é de extrema importância em especial num doente que apresenta condicionantes na sua comunicação verbal tal como anteriormente referido. Porém, outros focos de atenção merecem o adequado planeamento como as alterações da imagem corporal no contexto de um doente oncológico da cabeça e pescoço, uma vez que estas podem ser marcantes e provocam, no mínimo, desconforto ao utente. A minha prática demonstrou-me que os doentes do contexto oncológico da cabeça e pescoço são “doentes sofridos”, com queixas de dor (devido ao processo patológico e tratamentos realizados) e rejeitados muito

frequentemente pela família, associadas frequentemente a situações do passado de maus tratos e/ou alcoolismo.

A área de HO é a área em que continuamente mantenho a minha autoaprendizagem por ser a área onde exerço funções e por ser uma área em constante atualização. É uma área desafiadora por ser extremamente específica com contínuo desenvolvimento científico e pela forma como se apresentam os doentes, quer seja pelo diagnóstico e tratamento quer seja pelo carácter emocional em que se encontram, estes doentes geram uma necessidade no profissional de autoaprendizagem constante. Ao longo deste tempo como profissional, foram-me permitidas diversas aprendizagens como a gestão de emoções principalmente em doentes mais jovens (faixa etária 20-30), gestão de emoções também com a própria família, respeitar o silêncio, compreender a revolta como uma das fases de aceitação da doença e até o próprio valor da vida no quotidiano.

Na minha formação especializada foram vários os ensinamentos clínicos que fizeram parte do plano curricular dos quais destaco os ensinamentos clínicos de Opção por permitirem que fossem direcionados para uma área específica de acordo com a necessidade de formação e motivação/interesse da mesma, dando oportunidade ao formando de selecionar uma área de interesse e desenvolver ele próprio um projeto de autoformação e autoformação/intervenção.

A realização de um projeto de autoformação parte da identificação de uma necessidade/problema visando a sua resolução. Pressupõe a realização de uma revisão teórico-metodológica sendo posteriormente elaborado um conjunto de objetivos gerais/específicos que serão implementados através de um conjunto de ações que posteriormente serão avaliadas de forma a validar a sua eficácia na resolução do problema (Tavares, 1990, Chiavenato, 1993, Tappen, 2005).

Neste sentido, durante a formação especializada optei por realizar o ensino clínico IV na Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria.

Neste ensino clínico tive oportunidade de desenvolver o projeto intitulado “Desenvolver competências na área da prevenção e Controlo da Infecção no Doente Hematológico” tendo como objetivos: desenvolver/aprofundar competências que promovem a prestação de cuidados seguros e de qualidade na prevenção da infeção do doente hematológico. Este projeto de autoformação permitiu-me desenvolver mais conhecimentos numa área em que já exercia funções, promovendo o aprofundar de conhecimentos, atualizar e difundir procedimentos mais seguros na minha prática atual.

Após a análise e reflexão na execução deste projeto foram implementadas algumas ações no serviço onde trabalho de forma a promover melhores cuidados, de qualidade e uniformizar os mesmos. Algumas das medidas implementadas foram relativamente à manipulação dos CVC. As competências adquiridas neste ensino clínico e decorrentes do projeto realizado vão de encontro ao que é definido pelo Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em que o enfermeiro desenvolve “Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade” (artigo 6, p.4689) bem como “Competências do domínio das aprendizagens profissionais” (artigo 8, p. 4689).

Em síntese, o ensino clínico na Unidade de Tratamento Intensivo de Hematologia e Unidade de Tratamento de Medula Óssea no Hospital de Santa Maria, contribuiu para a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e competências importantes para uma tomada de decisão autónoma e assertiva na área da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e a maximizar as intervenções na prevenção e controlo da infeção em pessoa situação crítica/falência multiorgânica em tempo útil. Isto vai de encontro ao que se encontra descrito no Regulamento n.º 124/2011 das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica em que “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.” (p. 8657) e “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção 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” (artigo 4, alínea 1, subalínea c, p. 8656).

Por outro lado, a aprendizagem realizada neste ensino clínico permite-me atualmente informar aos doentes, de forma mais assertiva, que se encontram internados da Unidade de Neutropénia e que posteriormente irão realizar o transplante de células-tronco hematopoéticas. A informação transmitida aos doentes/família e a desmitificação do processo, rotinas e cuidados realizados durante o transplante ajuda visivelmente a diminuir os níveis de ansiedade sobre o desconhecido. As ações relatadas anteriormente vão de encontro ao que Ordem dos Enfermeiros (2001) descreve nos Padrões de Qualidade como elementos fundamentais na satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem: “o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde “ (p.14).

Mais recentemente, a minha necessidade de autoaprendizagem direcionou-me para a realização do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica por forma a

adquirir/desenvolver as competências do mesmo, e seguirá conduzindo-me consecutivamente num caminho de atualização na área do doente crítico. A minha formação como mestranda contribuiu em especial para o desenvolvimento de competências que permitem o cuidado de enfermagem especializado nas situações de urgência/emergência Hemato-Oncológica e em particular para o cuidado ao doente em risco de Síndrome de Lise Tumoral.

Assim, outro projeto de autoformação/intervenção desenvolvido decorreu no âmbito do Estágio III do MEMC com o objetivo de adquirir e aprofundar as Competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica tendo como ponto de partida a identificação de uma problemática sensível à intervenção do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica presente no local de estágio visando a sua resolução. O Estágio III ocorre então na Unidade de Neutropenia/HO internamento do Hospital Nélcio Mendonça tendo sido envolvida a Enfermeira Chefe do serviço.

O internamento de Hemato-Oncologia fica localizado no Hospital Dr. Nélcio Mendonça no 8.º andar Nascente. Este tem uma lotação de 10 camas vocacionada para o atendimento de adultos com diagnóstico Hemato- Oncológico, necessitando de tratamento em regime de internamento. Quando estes apresentam instabilidade hemodinâmica são transferidos para outros serviços (Unidade de Neutropenia, Serviço de Medicina Intensiva e entre outros).

A Unidade de Neutropenia pertence ao mesmo serviço e está localizada no mesmo andar, com lotação de cinco camas, tendo sido inaugurada a 21 de Janeiro de 2013. Está vocacionada para o atendimento de adultos em regime de internamento com diagnóstico de leucemias agudas, linfomas e doentes em fase de neutropenia. Tem como missão vigiar e tratar doentes neutropénicos ou com alto risco de neutropenia que necessitam de isolamento protetor e de contenção, tratamento ou vigilância semi-intensiva ou intensiva. A unidade de Neutropenia está capacitada para a monitorização hemodinâmica contínua e cuidados específicos, tratamento quimioterápico em altas doses, isolamento protetor para os doentes neutropenicos e/ou com instabilidade hemodinâmica na área de Hemato-Oncologia. A equipa que a constitui é multidisciplinar incluindo enfermeiros, médicos, psicólogo, nutricionista e assistente social (Manual de Integração dos Novos elementos, 2013). A equipa de enfermagem é formada por 12 elementos sendo três enfermeiros EEMC, uma enfermeira mestre em EMC, uma enfermeira mestre em EMC e Dr.<sup>a</sup> em Ciências de Enfermagem e os restantes generalistas.

Neste contexto, e após análise como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade de Neutropenia e segundo a minha experiência profissional, constatei que a rotação da equipa na Unidade de Neutropénia se faz com elementos cada vez mais jovens quer em idade profissional ou em experiência na área HO. A ausência de diagnósticos de enfermagem específicos direcionados para as urgências Hemato-Oncológicas em especial da SLT e a frequência destas faz com que seja uma situação a ter em atenção por necessitar de um cuidado específico. Neste sentido, os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) enunciam que

o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (p. 12).

O projeto foi inicialmente planeado e realizado para a equipa de enfermagem da Unidade de Neutropénia, uma vez que os doentes com grande risco de SLT encontram-se internados nesta unidade e a equipa de enfermagem que a constitui são elementos mais fixos sendo estes substituídos por elementos da equipa do internamento em momentos pontuais. Numa segunda fase e por sugestão da enfermeira-chefe o projeto foi alargado para o serviço de internamento de HO, por se considerar que os colegas iriam beneficiar deste conhecimento.

Neste sentido, os meus objetivos numa primeira fase do projeto passaram por: Aprofundar conhecimentos científicos sobre a Síndrome de Lise Tumoral; Conhecer as intervenções específicas do enfermeiro (e outros técnicos) dirigidas à prevenção, diagnóstico e controlo da Síndrome de Lise Tumoral.

A partir da revisão de literatura efetuada, pude concluir que a doença oncológica continua a ser uma das doenças mais assustadoras de forma geral, uma vez que ainda se encontra associada a incurabilidade, à mutilação, ao sofrimento e à morte. Apesar dos progressos científicos e tecnológicos e de diversos meios de diagnóstico e terapêuticos, este conjunto de doenças intimida a vida daqueles que acomete alterando o seu bem-estar físico, psicológico e emocional, assim como em toda a sua vida pessoal e profissional (Ezequiel e Simões, 2014).

O cancro é considerado a principal causa de morte a nível mundial (seguida ou antecipada das doenças cardíacas conforme as diversas fontes).

Atualmente a incidência de cancro na população em geral está aumentando assim como a longevidade dos doentes com o recurso de diversas terapias e do tratamento

ambulatório. Sendo assim, é importante que as equipas estejam preparadas para compreender e tratar as emergências associadas ao cancro (Fortes, 2011).

O número de novos casos e óbitos oncológicos durante estas décadas mostram-se em crescimento, sendo alguns destes casos resultantes do envelhecimento da população ou de mudanças de estilos de vida, por outro lado, surgem mais casos de sucesso com o tratamento adequado (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2017).

De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2017) da DGS, a taxa de mortalidade bruta em Portugal em 2015 foi de 256,7 por 100 000 habitantes.

A doença oncológica propicia um conjunto de possíveis complicações resultantes dos tratamentos ou do diagnóstico de base. Algumas destas possíveis complicações são: as emergências oncológicas, sinais/sintomas gastrointestinais, neurológicos, hematológicos, entre outros.

As emergências oncológicas são frequentes e necessitam da colaboração de uma equipa multidisciplinar. Estas situações podem se manifestar na forma inicial (antes do diagnóstico de cancro), durante o curso desta ou após a remissão da doença, durante anos ou mesmo décadas. As emergências oncológicas podem decorrer da neoplasia ou resultante dos tratamentos efetuados (Fortes, 2011).

Durante a minha revisão constatei que as urgências/emergências hemato-oncológicas são uma área que embora se encontre descrita a nível teórico, na prática é pouco documentada, uma vez que os doentes oncológicos de uma forma geral são descritos como “doentes em fase terminal” mesmo quando estão sob tratamento curativo. Esta situação, pude também constatar na minha prática, a título de exemplo pude verificar que durante o início da minha atividade profissional quando era ativada a Equipa de Emergência Interna e refenciado o serviço, parecia não ser valorizado a necessidade de cuidados de emergência. Porém, atualmente a evidência demonstra taxas de curabilidade em doentes oncológicos, resultando em sobrevida maiores devido ao desenvolvimento científico e tecnológico (Alves & Abreu, 2014; DGS, 2015c). Em 2014 Costa, citando Michel, Coebergh e Mugno, acrescentaram que a diminuição das taxas de mortalidade subiam consoante o aumento do investimento em saúde.

Desta forma, a evidência científica mostrou que uma avaliação precoce e completa que permita um diagnóstico e tratamento urgente permite promover a manutenção da vida ou prevenir perdas irreversíveis de função. Desta forma é fundamental que todos os profissionais que cuidam de doentes oncológicos possuam conhecimento

sólido das principais emergências oncológicas e estejam atentos aos sinais de alarme de cada situação concreta (Fortes, 2011). O reconhecimento clínico e os recursos terapêuticos têm permitido uma identificação com maior recorrência das urgências oncológicas que se podem desenvolver de forma insidiosa (horas) ou durante um período (meses) sendo fundamental iniciar o seu controlo de forma rápida e oportuna (López, Nuche & Weber, 2008).

Fortes (2011) acrescenta que a maior parte das situações de alto risco podem ser antecipadas, se diagnosticadas, reconhecidas e tratadas. Por vezes, as síndromes clínicas podem ser manifestadas antes da situação de emergência, sendo desta forma importante a análise e vigilância do doente.

A revisão de literatura e a minha prática permitiu-me verificar que relativamente às urgências/emergências Hemato-Oncológicas são pouco conhecidas no âmbito dos cuidados o que me levou a definir a minha autoaprendizagem e intervenção neste sentido. De acordo com os autores, em Espanha as urgências oncológicas mais frequentes são: síndrome da veia cava superior, compressão medular, hipercalcemia tumoral, síndrome de lise tumoral e metástases cerebrais (Alvarez Marcos & Fernandez Fernandez, 2014).

Em 2017 e 2018 verificou-se que a maioria do número de utentes internados na Unidade de Neutropénia apresentaram moderado a alto risco de SLT, enquanto no internamento de HO a sua maioria apresenta um baixo risco de SLT (os dados foram solicitados ao gabinete de estatística, porém após várias tentativas, até o momento não foram disponibilizados). Embora não apresente um valor estatístico real, como enfermeira neste serviço constatei esta evidência.

De entre as diversas urgências HO referidas pela bibliografia, neste projeto optei pela SLT por ser a situação com mais frequência (morbilidade/mortalidade) e a mais recorrente na minha prática clínica quer seja em contexto hematológico ou oncológico. Assim desenvolvi o projeto denominado de “Os cuidados de enfermagem na prevenção, deteção e controlo na síndrome de Lise Tumoral no doente Hemato-Oncológico” pois considero ser essencial para criar uma base de um cuidado efetivo e seguro.

A síndrome de lise tumoral é um transtorno eletrolítico frequentemente associado com insuficiência renal aguda que se manifesta em utentes com transtornos linfoproliferativos sob quimioterapia, radioterapia, ou corticosteróides, embora por vezes seja provocado sem a realização destes tratamentos (López Nuche & Weber, 2008). É resultante da lise celular originada pela massa tumoral, procedendo a hipercaliemia, hiperuricemia e hiperfosfatemia. A insuficiência renal desenvolve-se com o acúmulo de

ácido úrico e cristais de fosfato de cálcio nos túbulos renais que podem ser agravados com a depleção concomitante de volume intravascular (López Nuche & Weber, 2008).

Este síndrome é uma consequência que poderá provocar a morte devido a destruição celular resultante da radiação ou quimioterapia de neoplasias volumosas e da progressão acelerada (leucemia, linfoma, cancro do pulmão de pequenas células). As substâncias que encontravam-se no interior das células neoplásicas provocam desequilíbrios eletrolíticos (hipercaliemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, hiperuricemia) uma vez que o rim não consegue eliminar avultados volumes de metabolitos intracelulares (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2011; Hochberg, 2015). Outros autores acrescentam que a destruição maciça de células promove uma rápida liberação de anions, cátions, produtos metabólicos de proteínas e de ácidos nucleicos intracelulares para a corrente sanguínea (Darmon, Malak, Guichard, Schlemmer 2008).

A SLT pode ocorrer de forma espontânea ou associada ao efeito do tratamento quimioterápico e radioterápico. Esta, é relacionada às neoplasias hematológicas e em especial às leucemias agudas, sendo que atualmente é constatada também em tumores sólidos (Tallo et al, 2013).

Os factores de risco e o género de neoplasia determinam a incidência desta síndrome, de acordo com alguns autores, podendo variar entre 3 a 20% (Behl, Hendrickson & Moynihan, 2010, citado por Silva, 2012). De acordo com outros autores, é estimado que a SLT ocorra em 30% dos doentes com Linfoma Burkitt/LLA-B e 15% LMA, numa percentagem menor no Linfoma difuso de grandes células B e em situações raras na Leucemia Linfocítica e Mieloma Múltiplo. Relativamente aos tratamentos realizados, o Rituximab (anticorpo monoclonal) foi relacionado a SLT em doentes com número de células circulantes ( $\geq 25.000$ ) ou com carga tumoral maior (Hochberg, 2015).

A presença de comorbilidades potencia o risco de SLT, algumas destas são: a diminuição da diurese, desidratação, insuficiência renal crónica ou falência renal marcada, acidez urinária e hiperuricemia (Hochberg, 2015).

Os factores de risco para a SLT estão relacionados com a neoplasia e com o doente. Os riscos mais específicos são: o grande volume de doença, a grande velocidade de proliferação e a elevada sensibilidade ao tratamento. Os fatores do utente e as características da neoplasia estão organizados num sistema de estratificação que permite categorizar em três níveis: alto, intermediário e baixo risco. Nos doentes de alto risco para a SLT na antecipação do tratamento, este deverá ser equacionado devendo ser instituídas medidas preventivas. É recomendado a suspensão de terapêutica nefrotóxica que obstrua a

eliminação de ácido úrico e potássio assim como os que possam provocar irregularidades eletrolíticas (Hochberg, 2015). A classificação de diversos critérios de acordo com Baixo risco, Risco Intermediário e Alto Risco de SLT encontram-se em anexo (Anexo A).

Assim, tendo em conta a morbilidade/mortalidade associada a SLT e o papel do enfermeiro especialista no cuidado ao doente crítico, achei pertinente a realização deste projeto de autoformação/intervenção com o objetivo de potenciar o papel do enfermeiro do serviço de HO do Hospital Nélcio Mendonça na identificação do risco, prevenção, deteção precoce e o controlo do SLT. Tendo em conta a especificidade da área de HO, as características próprias do grande leque de doenças desta área e as particularidades como cada organismo reage ao tratamento e a individualidade de cada pessoa, podemos assumir que é uma área complexa que exige da equipa cuidadora um cuidado acrescido com especial atenção para esta problemática. Neste contexto e somando a entrada de novos elementos quer em experiência profissional quer na área de HO, é fundamental sedimentar o objetivo proposto ao relembrar, aprofundar e validar conhecimentos nesta área como também fomentar o papel do enfermeiro perante o risco de presença de SLT.

Isto vai de encontro ao que descreve Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em que o enfermeiro tem “competências do domínio da melhoria contínua da qualidade” (artigo 6, p.8649), por realizar um papel dinamizador, conceber programas de melhoria contínua assim como manter um ambiente terapêutico seguro e “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.8653).

Assim, e de modo a melhor fundamentar a minha opção da problemática, realizei uma ficha de diagnóstico cuja aplicação se fez numa primeira fase à equipa de enfermagem da Unidade de Neutropenia a uma amostra de 10 enfermeiros, entre 13 de Novembro a 2 de Dezembro de 2017 (85,6% da equipa da Unidade). A segunda fase da mesma aconteceu de 4 a 8 de Janeiro de 2018 à equipa de enfermagem do internamento com uma amostra de 11 elementos (73,3% da equipa ativa do internamento). A Ficha de diagnóstico permitiu-me obter mais conhecimento sobre as verdadeiras lacunas no conhecimento da amostra. Esta ficha foi criada por mim após a revisão de literatura de forma a contemplar as principais áreas da SLT. A mesma encontra-se dividida por partes: a primeira refere-se às variáveis de caracterização da amostra, a segunda parte refere-se ao âmbito geral das urgências Hemato-oncológicas, e a terceira parte constituída pelas restantes seis perguntas referentes à SLT. As respostas foram analisadas de acordo com os critérios “resposta completa”, “resposta parcial”, “resposta incorrecta” e “não respondeu”. Por “resposta

completa” entende-se a resposta mais adequada, por “resposta parcial” entende-se que foi respondido apenas uma alínea que é correcta e por “resposta incorrecta” foi respondido de forma errónea.

Após a aplicação da ficha de diagnóstico conclui que a equipa apresentava um conhecimento teórico parcial sobre a temática, mas com compreensão real de alguns dos papéis do enfermeiro nestes doentes considerando como respostas “promover a qualidade de vida, prevenção de complicações, atuação precoce, monitorização, vigilância e identificação do risco”. Saliento que os colegas, apesar de não apresentarem um conhecimento sedimentado sobre a problemática, estavam conscientes do papel do enfermeiro em traços gerais (89% responderam corretamente à questão sobre o papel do enfermeiro na SLT). No Apêndice C encontra-se apresentado o gráfico que ilustra as respostas obtidas relativas pelos inqueridos relativos a intervenção do enfermeiro

A segunda fase do projeto passa pela definição dos objetivos. Tavares (1990), define que um objetivo é a exposição de um propósito que se pretende atingir a curto, médio ou longo prazo. Os objetivos deverão ser, pertinentes, coerentes mensuráveis, e alcançáveis, descrevendo a ação desejada e esclarecendo as metas a conseguir nos diversos termos. Já Chiavenato (1993) acrescenta que os objetivos são resultados antecipados a ser concretizados num espaço de tempo, permitindo organizar e orientar. Assim, os diversos objetivos formativos deverão ter em atenção as carências individuais, os recursos disponíveis, os profissionais envolvidos, as competências do formando, a situação sociocultural e entre outros fatores.

Desta forma tal como através referido o objetivo geral do projeto de autoformação/intervenção no serviço tendo em conta a resolução da problemática de enfermagem identificada e descrita acima foi, potenciar o papel do enfermeiro na identificação do risco, prevenção, deteção precoce e o controlo da SLT.

Os objetivos e a elaboração das estratégias realizadas foram parte de uma tomada de decisão de acordo com o “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” que se encontra descrito no Regulamento nº 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em que o enfermeiro têm “Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade” (p.8649) e no “Domínio da gestão dos cuidados” (p.8652) sendo que o enfermeiro “Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar” (p.8652).

Assim, após ter delineado os objetivos (gerais e específicos) do projeto foram projetados um grupo de atividades e estratégias a desenvolver definindo os recursos humanos, materiais e temporais necessários e planeado indicadores de avaliação de forma a avaliar os resultados obtidos. As atividades e estratégias são apresentadas em tabela no apêndice A.

A terceira etapa do projeto, decorreu de 13 de novembro de 2017 a 18 de janeiro de 2018. As estratégias implementadas incluíram sessões formativas, realização e exposição de um poster e discussões informais com os elementos da equipa durante os turnos.

As sessões formativas realizaram-se no dia 08, 09, 11 e 12 num total de 45 minutos para 21 participantes (80,7% ativos). A formação foi realizada em quatro dias distintos de forma a atingir o máximo de pessoas das equipas. Pude constatar algumas dificuldades na participação da mesma, devido a vários fatores, tais como: insuficiência nas dotações seguras e desmotivação por parte de alguns elementos da equipa. As sessões formativas promoveram o enriquecimento e desenvolvimento da aprendizagem do formador e dos participantes.

Como fatores facilitadores/positivos para o sucesso da formação registo: a participação da enfermeira-chefe por realçar, para a equipa, o carácter importante da mesma; o parecer de alguns colegas experientes da equipa de Unidade de Neutropenia para os elementos mais jovens sobre a importância do tema; a realização da formação no serviço permitiu que os colegas que se encontravam a exercer funções pudessem participar, assim como a hora escolhida da formação permitindo um maior número de participantes.

Nos diferentes módulos formativos, durante as sessões, foram discutidas situações práticas reais e hipotéticas como também foram analisadas ferramentas que pudessem trazer benefícios à prática. Um dos assuntos abordados refere-se a utilização de escalas como ferramentas para detetar o grau de risco de SLT. Embora pertinente, após reflexão, constatamos que devido aos recursos disponíveis não se tornaria muito prático, permitindo que outras intervenções pudessem ser colocadas em segundo plano e que são extremamente importantes tendo em conta a fase de aceitação do diagnóstico do utente. Neste sentido e tendo em conta que existem outras formas de deteção do grau de risco, nomeadamente através dos dados laboratoriais, diagnóstico e entre outros abordados anteriormente, foi acordado a utilização destes dados na nossa prática o que não implica que num futuro próximo a utilização de outras ferramentas possa vir a ser implementada. Estas estratégias vão de encontro ao que é descrito no Regulamento nº 122/2011 das

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em que o enfermeiro “Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes” (p.8653) “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p.8651)

Após a conclusão das diversas sessões formativas, disponibilizei um poster ilustrativo sobre os itens mais relevantes cujo principal objetivo é servir de mnemónica para a equipa de forma a sedimentar as ideias principais e elucidar a equipa de enfermagem para a problemática da SLT. Após a colocação deste, surgiram algumas questões que foram esclarecidas durante os turnos. Já o Regulamento nº 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descreve que o enfermeiro especialista “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.8652).

O conteúdo exposto no poster é uma súmula da SLT com a definição, as manifestações clínicas, o tratamento, a abordagem do enfermeiro na identificação do risco, prevenção, deteção precoce e controlo sintomático, conclusão e principais referências bibliográficas (Apêndice B).

Encontram-se também disponibilizados no serviço os documentos referentes aos diapositivos da formação bem como bibliografia de suporte tendo sido informado aos colegas a sua localização para consulta.

Durante todo o processo de estágio realizei uma supervisão contínua das atitudes da equipa na deteção do risco, prevenção e o controlo da SLT. Promovi no momento, quando possível, a reflexão sobre as situações e sua abordagem. De acordo com o Regulamento nº 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista o enfermeiro “avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (p.8650), “Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática” (p.8651) e “desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade” (p.8652-8653).

Após todo o processo de intervenção constatei que a equipa de enfermagem na Unidade de Neutropénia encontrava-se mais aberta à análise e reflexão desta problemática necessitando ainda assim de uma intervenção contínua. Já a equipa de internamento de HO, por ter também revelado maiores lacunas na avaliação diagnóstica realizada, tem requerido uma intervenção mais contínua e profunda, tendo, neste sentido, sido incorporado a temática no plano de formação do serviço.

Por fim, e de acordo com Tappen (2005) a última etapa do projeto é a conclusão que consiste na avaliação dos resultados. Após as estratégias anteriores, apliquei a mesma ficha utilizada na fase de diagnóstico de forma a avaliar a evolução da aprendizagem dos

colegas após as atividades implementadas. A utilização da mesma ficha foi propositada de forma a comparar a resposta relativa a cada questão antes da implementação do projeto e após o mesmo. A ficha foi aplicada entre os dias 8 a 18 de janeiro, numa amostra de 20 elementos da equipa ativa da Unidade de Neutropnia/HO internamento (80% da equipa ativa).

Após à análise das fichas de resultado posso concluir uma melhoria nos conhecimentos teóricos. Tendo em conta o tempo curto após a implementação das atividades e a avaliação, considero um ganho positivo. No Apêndice C encontra-se apresentado o gráfico que ilustra as respostas obtidas relativas pelos inqueridos relativos a intervenção do enfermeiro.

Ainda assim saliento que mesmo após a melhoria no conhecimento teórico por parte dos colegas, a ação necessária para detetar as situações de risco, prevenir e controlar a SLT, poderá não se tornar tão evidente, pois a mudança de comportamentos no ser humano não passa só pelo conhecimento teórico, mas sim por iniciar o caminho. De acordo com Knapik (2006) “as organizações são compostas de pessoas, que representam o coração da empresa, bombeando informações e ações para sua sobrevivência. Para que a relação homem-empresa seja agradável e eficaz, devemos buscar harmonia e equilíbrio de interesses” (p. 95).

Um dos fatores influenciadores no comportamento é a motivação, pelo que esta passa por manter motivadas as pessoas da organização tendo em conta o grau de interesse, habilidade e aptidão para uma atividade profissional. Assim, “mudar comportamentos não é fácil, nem uma solução rápida para melhorar o desempenho de segurança (...) É preciso consolidar valores, envolver todos os colaboradores, e perceber-se os benefícios da mudança” (Step Changues citado por Hilion, 2011). Com certeza que é um passo de um longo caminho.

Assim, neste momento considero que, para a consolidação dos conhecimentos, será benéfico continuar a reunir a equipa para discutir situações clínicas e formas de abordagem da mesma por forma a colocar em prática os conhecimentos e preparar a equipa para as situações reais. É importante um maior número de sessões formativas de forma a qualificar os enfermeiros para práticas uniformizadas, seguras e de qualidade aos doentes. De acordo com os padrões de qualidade da Ordem dos enfermeiros (2001), “a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (p.07).

De futuro espero que estes resultados venham a ser melhorados com a continuidade do projeto. Como dificuldades refiro a recusa de participação de alguns colegas no preenchimento do questionário. Considero que apesar de ter sido aplicado o projeto num intervalo de tempo curto foram observados resultados positivos na sua avaliação. Estes resultados com certeza que serão aperfeiçoados com a continuidade do projeto. Atualmente considero que os objetivos propostos foram atingidos de acordo com o que foi planeado. O Regulamento nº 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enuncia que “os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada” (p. 8650). Os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) acrescentam que “o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (p. 12).

Atualmente, encontra-se a ser elaborado um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas com esta problemática. O diagnóstico atualmente planeado é o: “Risco de complicação relacionada com a Terapia”, como diagnóstico a ser identificado no plano de cuidados para os doentes de alto risco de SLT e respetivas intervenções preventivas. A parametrização deste diagnóstico e intervenções vai de encontro ao que é descrito nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) como “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” e “a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados” (p.15). Outros diagnósticos se seguirão, nomeadamente relacionados com a deteção precoce e controlo da SLT.

O desenvolvimento de competências é um processo contínuo sendo que é necessário um contato permanente e assíduo, de forma a vivenciar a prática, promover a reflexão e permitir a mudança. Desta forma, é sempre uma área em crescimento contínuo. De acordo com Benner (2001) “as enfermeiras adquirem cada vez mais conhecimentos clínicos com o tempo e perdem o rasto do que apreenderam” (p.68). Neste sentido é necessário realizar atualizações contínuas por forma a relembrar conhecimentos aprofundar e atualizar.

A evidência científica descreve de forma sucinta a “Síndrome de Lise Tumoral” e tudo o que está implica. Porém, constatei que não é valorizada como real complicação e é pouco documentada na prática. A falta de atenção para este síndrome, não permite um reconhecimento prévio, podendo ser detetada tardiamente provocando uma situação potencialmente fatal. Uma deteção precoce com o reconhecimento de doentes de risco (alto e intermédio risco) e a instauração de medidas preventivas, promovem cuidados de qualidade prevenindo a instauração de um quadro crítico evitando o sofrimento ao doente e a família. Esta situação vai de encontro ao que é descrito pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril em o enfermeiro deve "procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa" (artigo 88, alínea b, p. 1755).

A pouca documentação sobre a “Síndrome de Lise Tumoral” tornou-se num desafio de forma a poder fundamentar com a evidência científica, noutro sentido demonstra a importância de ser diagnosticada como problema e reconhecer como um foco de atenção durante o processo de cuidados. Considero ser um tema que deveria ser reconhecido de forma geral e em particular nos serviços oncológicos e de urgência. Neste sentido, os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) descrevem que a satisfação do cliente e o foco de atenção do enfermeiro passa pelo “ empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (p.14) assim como “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos cliente” (p15.).

Ao analisar o papel do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica e a missão correspondente aos serviços, de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (artigo 4, alínea a, p. 8656).

Na mesma perspetiva, de acordo com o Regulamento nº 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista o enfermeiro especialista “gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (p. 8650). Desta forma é papel do especialista a formação e atualização de conhecimentos dos seus pares, assim como das técnicas adequadas.

Assim, mediante o que foi dito anteriormente, deverá fazer parte integrante das competências específicas e gerais do enfermeiro especialista no cuidado ao doente crítico, a prevenção de complicações, identificação dos doentes de risco, deteção precoce e o controlo da SLT.

Neste sentido, a autoaprendizagem nas diversas áreas desenvolvidas permite que o enfermeiro na sua actuação profissional incorpore esses conhecimentos promovendo cuidados especializados, eficientes e seguros. É responsabilidade do enfermeiro especialista criar e “manter um ambiente terapêutico” (artigo 6, alínea c, p.8649) nas “competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (artigo 6, p.8649) de acordo com Regulamento n. 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Desta forma, todo o percurso desenvolvido visa a segurança dos cuidados no âmbito da prevenção e controlo de complicações no doente Hemtao-oncológico no sentido de uma melhoria continua nos cuidados de enfermagem. A CIPE<sup>®</sup> 2017 descreve a segurança como “estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.149).

Lima, citado por Santos (2017), refere que a segurança do doente relaciona-se com a diminuição do risco de malefícios desnecessários, resultantes ou associados a ações realizadas durante a prestação de cuidados e que não se relacionam directamente ao diagnóstico ou evolução clínica.

Sousa, Uva e Serranheira (2010) acrescentam que

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu grande relevância nos últimos anos, tanto para os doentes e seus familiares que desejam sentir-se confiantes e seguros, como para os profissionais de saúde cuja “missão” principal consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efectividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível (p.90).

Já o Diário da República nº 86/1976 na Constituição da República Portuguesa descreve “o direito à liberdade e à segurança” (artigo 27º) assim como na Declaração Universal dos Direitos do Homem em que “ Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (artigo 3) .

Sousa, Uva e Serranheira (2010) acrescentam que “são consideradas soluções inovadoras todas as acções, intervenções, procedimentos ou programas que contribuem para reduzir o risco e melhorar a segurança do doente” (p. 93).

O Regulamento nº 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere que o enfermeiro deve promover “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo” (p. 8651) e

“gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (p.8650).

Assim, é fundamental os enfermeiros reconhecerem o seu papel na garantia de cuidados seguros através da identificação de fenómenos sensíveis à intervenção do enfermeiro e promovendo metamorfoses (Santos, 2017). É através da identificação de problemas na prática e a predisposição para a elaboração de estratégias visando promover cuidados de qualidade que poderemos garantir a segurança nos mesmos. É neste sentido que foi desenvolvido todo este processo de aquisição de competências.

## **CONCLUSÃO**

Ao longo do relatório procurei descrever o percurso formativo que culminou com o de desenvolvimento de competências de Mestre, partindo da minha formação e experiência como enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em particular no contexto do doente oncológico.

Este trabalho permitiu o meu enriquecimento pessoal e profissional facultando-me as ferramentas que permitiram desenvolver competências no cuidado ao doente crítico de forma a promover cuidados com melhor qualidade e segurança contribuindo para a excelência no exercício da profissão, em particular numa situação tão delicada, para todos os envolvidos no processo de doença. Vivenciar uma situação de doença em contexto crítico e mais especificamente em contexto oncológico é um percurso frágil e que necessita de um acompanhamento multidisciplinar de forma a promover a adaptação ao novo contexto.

Desta forma, a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de uma prática de enfermagem especializada à pessoa/família em situação crítica, através de um pensamento crítico e relacionando as competências científicas, comunicacionais, éticas, deontológicas, relacionais e práticas, permitirão certamente um cuidado diferenciado. Os diversos projectos realizados, quer em contexto pessoal como profissional e académico, assim como todas as experiências decorrentes destes nove anos de profissão promoveram o meu caminho até a actualidade. Considero ter atingido o principal objetivo do presente trabalho que consistia em: descrever, analisar e refletir criticamente sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro EEMC até à mestria.

O profissional é considerado competente quando apresenta conhecimentos na sua área, sabe mobilizar os mesmos e adequa estes na prestação de cuidados. Quando o profissional coloca continuamente em prática os conhecimentos teóricos e práticos surgem novas competências desde que apresente meios (conhecimentos, capacidades cognitivas, capacidades relacionais) e mobilize a sua aptidão pessoal para a situação (Zangão, 2014).

Como enfermeira EEMC foi-me permitido detectar diversos fenómenos de enfermagem que carecem de um cuidado atento, aprofundando e dedicado na área de exercício profissional. Neste sentido optei por desenvolver e aprofundar os cuidados de enfermagem específicos a um doente em risco ou com Síndrome de Lise Tumoral. Os

doentes Hemato-Oncológicos devido a uma maior sobrevivência à doença apresentam maior longevidade o que incorre na possibilidade de mais reinternamentos quando a doença está em progressão. Sendo estes doentes considerados doentes potencialmente críticos devido a todo o seu processo patológico, são doentes que merecem toda a nossa atenção. Já Tallo et al, em 2013 referiam que a Síndrome da Lise Tumoral é uma emergência oncológica metabólica que exige da equipa uma abordagem específica e adequada. Desta forma, é essencial a equipa prestadora de cuidados estar familiarizado com as emergências oncológicas como a Síndrome da Lise Tumoral. Neste sentido, ao desenvolver o projeto de auto-formação/intervenção, foi possível desenvolver e demonstrar as competências especializadas no cuidado ao doente crítico, bem como aquelas que são requeridas ao Mestre. Assim, partindo da evidência científica, com base numa prática refletida e com o apoio e orientação dos diversos profissionais, esta aprendizagem tornou-se significativa com reflexos na prática de todos os intervenientes, em particular nos doentes beneficiários do projeto.

A prática reflexiva é um processo que relaciona o pensamento, acção e reflexão à prática. É necessário analisar e pensar criticamente a acção de forma a desenvolver uma prática profissional. Assim, é fundamental relacionar a evidência científica com a prática e a reflexão, só assim é possível o desenvolvimento e o crescimento.

O enfermeiro ao realizar a reflexão sobre o seu trabalho pode potenciar os aspectos positivos e intervir para ultrapassar as dificuldades reais, as falhas e as incoerências apuradas. Deste modo irá promover o processo de mudança de atitude, a edificação de competências e seu desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Durante esse percurso surgiram algumas dificuldades, nomeadamente conciliar a atividade profissional com o percurso académico, a gestão de emoções pois a união de um doente oncológico à um doente crítico pode-se afirmar como altamente desafiador. Também saliento que a temática do projecto de auto-formação/intervenção tornou-se desafiante, dada a escassez de bibliografia sobre o tema, em particular sobre a intervenção específica do enfermeiro. Porém, esta situação acabou por tornar-se gratificante resultando na promoção do papel do enfermeiro na gestão da situação contribuindo para cuidados mais seguros ao doente com ou em risco de Síndrome de Lise Tumoral. Relativamente às situações de sucesso, considero ser toda a jornada que se mostrou num processo de aprendizagem gratificante e positivo e da qual resultou o desenvolvimento e aprofundamento de competências profissionais e pessoais. Certamente provoca no presente

e provocará no futuro práticas mais ricas e fundamentadas, mais seguras e de qualidade para todos os intervenientes nos processos de cuidados .

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Alvarez Marcos, M. & Fernandez Fernandez, G. (2014). *Guía de urgências oncológicas*.  
Retrieved from <http://www.aclo.es/wp-content/uploads/guiaurgenciasoncologicas.2014.pdf>
- Alves, A. (2011). *Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar*. (Projecto de investigação para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, Universidade Nova de Lisboa).  
Retrieved from <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9585/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Isabel%20Alves.pdf>
- Alves, C. & Abreu, A. M. (2014). *Modelos de cura aplicados ao cancro da mama*.  
Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/309134899\\_Modelos\\_de\\_Cura\\_Aplicados\\_ao\\_Cancro\\_da\\_Mama](https://www.researchgate.net/publication/309134899_Modelos_de_Cura_Aplicados_ao_Cancro_da_Mama)
- Alves, M. L. S. D., Jardim, M. H. de A. G., Gomes, B. P. & Freitas, O. M. S. (2015). Efeito da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (2). Retrieved from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602015000100020](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100020)
- American Heart Association. (2015). *Destaques da American Heart Association 2015: Atualização das diretrizes de RCP e ACE*. Retrieved from <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
- Antunes, M. (2012). *Relação terapêutica: Enfermeiro e pessoa em fase final de vida*. (Relatório de estagio, Escola Superior de Saúde de Santarém). Retrieved from <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1249/1/Rela%C3%A7%C3%A3o%20terapeutica....pdf>

- Aparício, P. S. D. (2011). *Rumo à excelência no cuidar*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa) Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13986/1/v1\\_Relatorio%20EMCC%202011.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13986/1/v1_Relatorio%20EMCC%202011.pdf)
- Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Gráfica-Maiadouro.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kryakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care a thinking-in-action approach*. New York: Springer publishing Company.
- Bucchi, S., & Mira, V. (2010). Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, 44(4), 1003-1010. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/21.pdf>.
- Caldas, A., Petronilho, C., Petronilho, F., & Machado, M. (2010). Monitorização hemodinâmica. In A. R. Silva & M. J. Lagé. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (p. 11-30). Coimbra:Formasau.
- Canário, R. (1999). *Educação de adultos: Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- Cardoso, A. (2014). *Controlo da dor em pacientes oncológicos* (Artigo de revisão bibliográfica, Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76533/2/32651.pdf>
- Carlucci, V. (2012). *Cuidados de Enfermagem prestados a pacientes onco-hematológicos submetidos a altas doses de quimioterapia*. (Dissertação para obtenção do grau de mestre em Ciências, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06112012-191147/en.php>

- Carvalho, E. & Kusumota, L. (2009). Processo de enfermagem: Resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (Especial-Nefrologia). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/22.pdf>
- Carvalho, L., Tavares, O., Freitas, S., Espíndula, B., & Prado, L. (2011). A enfermagem no atendimento emergencial: riscos e medidas preventivas de infecção. *Revista Electrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 3(3), 1-16. Retrieved from <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/A%20enfermagem%20no%20atendimento%20emergencial%20riscos%20e%20medidas%20preventivas%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Cestari, M. (2003). Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24(1). Retrieved from <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGaucha%20de%20Enfermagem/article/viewFile/4435/2361>
- Chapman, S. (2012). Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*, 26(47), 42-46.
- Chiavenato, I. (1993). *Teoria geral da administração* (4ªed.). São Paulo: Editora McGraw-Hill Ltda.
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de enfermagem: Uma prática baseada na evidência*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Supervisão Clínica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>.
- Coelho, M. T. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. (Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>

- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3ª ed.). Lisboa: Lidel Edições.
- Comissão Europeia (2000). *Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida*. Bruxelas: Comissão Europeia. Retrieved from: [www.eu.int/comm/education/II/life/memo.pdf](http://www.eu.int/comm/education/II/life/memo.pdf).
- Cordeiro, I. (2013). Cuidados de enfermagem especializados para a segurança do cliente. (Relatório para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Saúde). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4670/1/Trabalho%20de%20Projeto%20-%20Cuidados%20de%20Enfermagem%20especializados%20para%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20cliente.%20Isabel%20Reis%20Cordeiro%20100519011.pdf>
- Costa, F. J. (2014). *Comparação da incidência e mortalidade por cancro nos municípios do Porto e São Paulo*. (Artigo de Investigação Médica de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76668/2/32779.pdf>.
- Costa, M., Devechi, T., Fernandes, V., Silva, M. & Assis, M. (2016). Julgamento clínico em enfermagem: a contextualização do desenvolvimento de competências e habilidades. *Revista Univap*, 22(40). Retrieved from <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1665/418>
- Craig, J. & Smith, R. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Darmon, M., Malak, S. , Guichard, I. & Schlemmer, B. (2008). Síndrome de lise tumoral: uma revisão abrangente da literatura. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(3), 278-285. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n3/v20n3a11.pdf>
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: Valorização da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.

- Dias, A. (2012). *A tomada de decisão autónoma em enfermagem* (Relatório para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Médico-Cirúrgica, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10888/1/A%20Tomada%20de%20Decis%C3%A3o%20Aut%C3%B3noma%20em%20Enfermagem.pdf>
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho?*. Loures: Lusociência.
- Dias, T. (2016). *A competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa situação crítica como membro dinamizador na unidade cuidados intensivos* (Relatório de estágio, Escola Superior de Saúde de Portalegre). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14594/1/ESSTFC589.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015c). *Portugal doenças oncológicas em números: 2015. Programa nacional para as doenças oncológicas*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numero-2015-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (Eds.) (2017). *Programa nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Author.
- Endacott, R., Bogossian, F., Cooper, S., Forbes H., Kain, V., Young, S., ... First2Act Team (2014). Leadership and teamwork in medical emergencies: performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 90-100, doi: 10.1111/jocn.12611.
- Esperidião, E., Munan, D., & Stacciarini, J. (2002). Desenvolvendo pessoas: Estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 10(4), 516-22. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13363.pdf>
- Ezequiel, C. & Simões, S (2014). *Apoio emocional nas alterações psico-oncológicas do doente hematológico* In Reunião Anual de Sociedade Portuguesa de Hematologia. Évora, Portugal.
- Fernandes, H. (2011). *Aprender a cuidar em enfermagem: Do diálogo reflexivo aos significados, perspectiva do estudante da licenciatura*. (Tese de Doutoramento

apresentada para a obtenção do grau de Doutor, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). Retrieved from [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2695/tese\\_Final\\_12\\_Janeiro.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2695/tese_Final_12_Janeiro.pdf?sequence=1)

Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência: Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.

Fernandes, S. J. D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese para obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>

Ferreira, M., Pontes, M. & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem: percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 358-366.

Ferreira, S. C. (2015). O envolvimento da família no hospital: Perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9762/1/Tese%20Sandra%20Cristina%20Marques%20Ferreira.pdf>

Fetsch, C., Portella, M. P., Kirchner, R. M., Gomes, J. S., Benetti, E. R. R., & Stumm, E. M. F. (2016). Estratégias de *coping* entre familiares de pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(1), 17-25. Retrieved from [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_62/v01/pdf/04-artigo-estrategias-de-coping-entre-familiares-de-pacientes-oncologicos.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_62/v01/pdf/04-artigo-estrategias-de-coping-entre-familiares-de-pacientes-oncologicos.pdf)

Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, (5). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

Fortes, O. (2011). *Emergências oncológicas*. (Dissertação para obtenção do grau de mestre em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

- Universidade do Porto). Retrieved from [https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=24658](https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=24658)
- Freire, L. (2009). Auto-regulação da aprendizagem. *Ciência & cognição*, 14(2). Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-58212009000200019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212009000200019)
- Garcia, T., & Nóbrega M. (2009, Março). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista*, 13(1). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>
- Gonçalves, M. P. (2013). *Supervisão clínica de pares: Práticas supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem, Escola superior de enfermagem do porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9458/1/Tese%20Mestrado%20Rui%20Gon%C3%A7alves.pdf>
- Griffin, J. (1985). Nursing Care of the Critically Ill Cancer Patient. In W. Howland & W. Carlon. *Critical care of the cancer patient*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Guedes, A. (2012). *A excelência do exercício profissional: Aquisição de competências*. (Relatório apresentado para obtenção do grau de Mestre em enfermagem, Instituto de ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8712/1/Mestrado.pdf>
- Guedes, H. (2014). *Deteção precoce da sépsis na pessoa em situação crítica: uma abordagem de enfermagem*. (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16360/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Helena%20B%C3%A9nard%20Guedes.pdf>
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.

- Hilion, C (2011). *A influência da motivação no trabalho sobre a percepção do risco*. (Dissertação para obtenção de grau de mestre, Instituto Politécnico de Setúbal). Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4005/1/TESE\\_MSHT-Carla\\_Hilion.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4005/1/TESE_MSHT-Carla_Hilion.pdf)
- Hochberg, E. (2015). Emergências Metabólicas em Oncologia. In B. Chabner & D. Longo. *Manual de Oncologia de Harrison* (2ª ed.). Porto Alegre: AMGH editora Ltda
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho = Cuidados de Qualidade*. Genebra: Author. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf)
- Jesus, E. H. de, Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*, 26-44. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Antonio\\_Amaral5/publication/289537196\\_Estudo\\_RN4Cast\\_em\\_Portugal\\_ambientes\\_de\\_pratica\\_de\\_enfermagem/links/568fd7bb08aed0aed810bbe0/Estudo-RN4Cast-em-Portugal-ambientes-de-pratica-de-enfermagem.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Amaral5/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem/links/568fd7bb08aed0aed810bbe0/Estudo-RN4Cast-em-Portugal-ambientes-de-pratica-de-enfermagem.pdf?origin=publication_detail)
- João, D. (2010). *Protocolo de intervenção nutricional em oncologia: evidência internacional adaptada à realidade Portuguesa*. (Tese para obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62574/2/135566\\_52M.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62574/2/135566_52M.pdf)
- Kim, H. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing* (13th ed.). New York: Spring Publishing Company.
- Knapik, J. (2006). *Gestão de pessoas e talentos* (20ª ed.). Curitiba: Ibpx.
- Kong, L., Zhan, H., Cheng, Y., Yuan, W., Chen, B., & Fang, M. (2013). *Massage Therapy for Neck and Shoulder Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Evidence-

*Based Complementary and Alternative Medicine*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3950594/>

Lacerda, M. , Lima, J. & Barbosa, R. (2007). Prática de enfermagem em transplante de células tronco hematopoyéticas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), Retrieved from: [https://www.researchgate.net/publication/239551067\\_Pratica\\_de\\_enfermeria\\_em\\_transplante\\_de\\_celulas\\_tronco\\_hematopoyeticas](https://www.researchgate.net/publication/239551067_Pratica_de_enfermeria_em_transplante_de_celulas_tronco_hematopoyeticas)

Le Boterf (2006). Avaliar a competência de um profissional, três dimensões a explorar. *Pessoal*. Retrieved from <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Bookman-Artmed.

Leonard, K. (2012). A European survey relating to cancer therapy and neutropenic infections: Nurse and patients viewpoints. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 380-386.

Levy, M. , Evans, L. , Rhodes, A. & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 Update . *Critical Care Medicine*, 46(6). Retrieved from <http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/Surviving-Sepsis-Campaign-Hour-1-Bundle-2018.pdf>.

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

López Nuche, M. & Weber, F. (2008). Urgencias oncológicas. *Acta médica grupo ángeles*, 6(4). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084d.pdf>

Magalhães, D., Manuel, L. & Fonsenca, A. (2013). Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: contributos conceptuais e interrogações. *Enfermagem Contemporânea: Dez temas, Dez debates*. Retrieved from <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/10343/1/tomada%20decisao.pdf>

- Marques, C. (2010). A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal. Lisboa. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade de Lisboa) Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/12423289.pdf>
- Marques, M. I. D. (2000). Percepção significativa dos cuidados de enfermagem pelos utentes Hospitalizados. *Referência*, (5) , 5-15.
- Marquis, B. & Huston, C. (2009). *Administração e liderança em enfermagem* (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Marrs, J. (2006). Care of Patients with Neutropenia. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(2), 164-166. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16927894>
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos, desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta
- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Informar*, (36). Retreved from <https://dspace.uevora.pt/rdpc/.../1/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006.pd>
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Santo Tirso: Editorial Novembro.
- Mestrinho, M., Durão, J. B. F., Pinto, C. M. B., Mendes, J. M. G., Da Paz, A. M. V., Coelho, M. F., ... Garcia, E. M. B. (2000). *Formação em enfermagem: Docentes investigam*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Miranda, S. (2013). *Suscetibilidade e Controle da Infecção no Doente Neutropénico/Família*. (Relatório de projecto para obtenção de grau de Mestre, Instituto Politécnico de Setúbal). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/5000>
- Neto, I. (2006). Principios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos* (p.17-49). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Nikiforow, S. & Spitzer, S. (2015). Visão Geral do Transplante de Medula óssea na Prática Clínica. In B. A. Chabner & D.L. Longo. *Manual de Oncologia de Harrison* (2ªed.) 8p.486-499). Portalegre: McGRAW-HILL EDUCATION.
- Nunes, B., Câmara, D., Renovato, L., Montefusco, S. & Amaral, M. (2017). Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: caracterização do atendimento mediante protocolos: uma revisão da literatura. *Revista Científica FacMais*, X (3). 2º Sem. Retrieved from <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/09/1.-ATUA%C3%87%C3%83O-DO-ENFERMEIRO-NO-ACOLHIMENTO-COM-CLASSIFICA%C3%87%C3%83O-DE-RISCO-CARACTERIZA%C3%87%C3%83O-DO-ATENDIMENTO-MEDIANTE-PROTOCOLOS-UMA-REVIS%C3%83O-DA-LITERAT.pdf>
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão em enfermagem de emergência. *Nursing*, (219), 6-11.
- Nunes, L (2008). Ética em cuidados paliativos: Limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 41 – 50.
- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. In II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf)
- Nunes, P. & Alminhas, S. (2012). Cateter Venoso Central: Práticas? ... Na Procura da Excelência. *Revista Onco.News Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa*, (20). Retrieved from <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/8172>
- Nunes, L. (2011). *Ética em enfermagem: fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, A. & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 115-124.
- Oliveira, B. & Ferreira, I. (2017). *Manejo nutricional em pacientes neutropênicos*. retrieved from <https://sbno.com.br/materia/post?year=2017&month=12&title=manejo%20nutricional%20em%20pacientes%20neutrop%C3%8Anicos>

- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Parecer CJ-036/2002*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/ParecerCJ36\\_%202002\\_Posic%C3%A3oEutanasia\\_site\\_Proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/ParecerCJ36_%202002_Posic%C3%A3oEutanasia_site_Proteg.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Edição: Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2008a). *Dor, Guia Orientador de Boa Prática*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008b). *Parecer CJ-44/2008*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer44\\_2008\\_ordem\\_nao\\_reanimar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer44_2008_ordem_nao_reanimar.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Parecer CJ-117/2009*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer117\\_condicoes\\_exercicio\\_estabelecimento\\_prisional.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer117_condicoes_exercicio_estabelecimento_prisional.pdf)
- Ordem dos enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Parecer n.º 20/2015*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC\\_Parecer\\_20\\_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer n.º 09 / 2017*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_09\\_2017\\_MCEEMC\\_TransportePessoaSituacaCritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer n.º 64 / 2017*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/CJ\\_Parecer%2064\\_2017\\_DisponibilizacaoIndicacaoMedicacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaoIndicacaoMedicacao.pdf)
- Ordem dos enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Author
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Parecer n.º4/2016*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer\\_04\\_2016\\_10\\_03\\_mceemc\\_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf)
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Retrieved from <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em Fase terminal*. Loures: Lusociência.
- Paes, G. (2011). Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a prática em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde. (Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro). Retrieved from [http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_GracieleOroskiPaes.pdf](http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_GracieleOroskiPaes.pdf)
- Paes, G., Mello, E., Leite, J., Mesquita, M., Oliveira, F. & Carvalho, S. (2014). Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: Ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(2), 303-310. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0303.pdf>
- Paulo, A. (2017). *Desenvolvimento de competências especializadas do pré-hospitalar aos cuidados intensivos*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem de São José de Cluny). Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21424/1/Relat%C3%B3rio%20final%20\\_%20Carolina%20Paulo.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21424/1/Relat%C3%B3rio%20final%20_%20Carolina%20Paulo.pdf)
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. (1ªed.) Coimbra: Formasau.

- Pereira, P. & Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4\\_61\\_73.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf).
- Pereira, P. S. (2015). *O amor na relação terapêutica em enfermagem*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa) Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/305502317\\_O\\_amor\\_na\\_relacao\\_therapeutica\\_em\\_enfermagem\\_experiencia\\_vivida\\_do\\_enfermeiro\\_de\\_saude\\_mental/download](https://www.researchgate.net/publication/305502317_O_amor_na_relacao_therapeutica_em_enfermagem_experiencia_vivida_do_enfermeiro_de_saude_mental/download)
- Pilatto, M. (2011). *Medidas não farmacológicas possíveis de serem Implementadas por enfermeiros para tratar de Pacientes com dor oncológica* (Trabalho no âmbito do Curso de Pós-Graduação em Oncologia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul) Retrieved from <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/494/marisatrabalho.pdf?sequence=1>
- Pimenta, N. (2015). *Acompanhar o fim de vida: Dilemas éticos dos enfermeiros*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre, Instituto politécnico Viana do Castelo). Retrieved from [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1325/1/Nuno\\_Pimenta.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1325/1/Nuno_Pimenta.pdf)
- Pontes, A. , Leitão, I. & Ramos, I. (2007). Comunicação terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira Enfermagem*, 61(3), 312-8. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- PORTUGAL. Assembleia da República. (16 de setembro). Decreto-Lei no 156/2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República* nº181, I série.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (22 de Setembro de 2009). Decreto-Lei n.º 248/2009. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* n.º 184/2009, I Série .
- PORTUGAL. Assembleia da República. (24 de agosto 1990). Lei n.º 48/90: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* n.º195, I Série.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde. Norma nº 021/2015. 2017-05-30. Feixes de Intervenção de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Acessível na DGS.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde. Norma nº 022/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Acessível na DGS.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Clunny - Regulamento do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Adaptação do despacho nº 8046 publicado em Diário da República nº 141, II Série. Funchal, Portugal

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (13 de Setembro de 2016). Decreto-Lei nº 63/2016. Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República nº 176/2016, I Série*.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 de março de 2006). Decreto-lei nº 74/2006: Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República nº 60, I Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (16 de Julho de 2018). Regulamento nº 429/2018. *Diário da República nº 135/2018, II Série II*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (22 de abril de 2015). Regulamento nº 188/2015. *Diário da República nº 78, II Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (15 de Setembro de 2015). Decreto-lei nº 104/98. *Diário da República nº 181, I Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 35, II Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 Fevereiro de 2011). Regulamento nº 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 35, II Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 de Junho de 2015). Regulamento n.º 361/2015. *Diário da República*,— N.º 123, , II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (4 de Setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República* nº 205, I Série.

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. (5ª ed.) Loures: Lusociência.

Queirós, P. (2016, Julho/Setembro). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery*, 20(3). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160079.pdf>

Queirós, P. J. (2015). O saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade prático-reflexiva. *Investigación y educacion en. Enfermería*, 33(1). Retrieved from <http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/21891/18082>

Queirós, P. J. P. (2014). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (2) Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a04.pdf>

Ramalho, M. & Antunes, N. (2012). *Relação terapêutica: Enfermeiro e pessoa em fase final de vida*. (Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Santarém). Retrieved from <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1249/1/Rela%C3%A7%C3%A3o%20terapeutica....pdf>

Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., ... Dellinger, R. P. (2017). Campanha sobrevivendo à sepse: Diretrizes internacionais para a gestão de sepse e choque séptico: 2016. *Critical Care Medicine*, 45(3), 486-556. Retrieved from [http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/SurvivingSepsisCampaignInternational\\_Portuguese\\_2018.pdf](http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/SurvivingSepsisCampaignInternational_Portuguese_2018.pdf)

Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (10). Retrieved from

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832016000300014](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000300014)

- Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – adaptação e validação da escala de jefferson*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pdf#page=26&zoom=auto,-134,400>
- Rua, M. S. (2011). *De aluno a enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. (Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro). Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/8922/1/2010000418.pdf>
- Sanhudo, N., Moreira, M. & Carvalho, V. (2011). Tendências da produção do conhecimento de enfermagem no controle de infecção em oncologia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 402-410
- Santos, J. M. F. (2017). *O Enfermeiro como promotor da qualidade e segurança nos cuidados: Gestão do erro*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Saúde de Leiria). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15944/1/Gest%C3%A3o%20de%20Risco%20e%20Efetividade%20de%20Cuidados%20de%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15-23.
- Serviço de Documentação ESESJCluny. (2017). *Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Shannon, S., Long-Sutehall, T., Coombs, M., (2011): Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners. *British Association of Critical Care Nurses*. 16(3). Retrieved

from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21481114>  
&site=ehost-live

Silva, D. & Silva, E. (2008). O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Escola superior de enfermagem de Viseu*. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/8.pdf>

Silva, D. M. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millennium*, (26). Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%C3%Aancias%20de%20enfermagem.pdf>

Silva, J. (2013). *A Família e o doente em situação crítica em fim de vida: estratégias de comunicação em enfermagem especializada*. (Relatório de Estágio, Escola de Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15695/1/2%C2%BA%20Curso%20de%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20PSC%20Relat%C3%B3rio%20Final%20Jos%C3%A9%20Silva%204015.pdf>

Silva, L., Brasil, V. & Barbosa, A. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-americana enfermagem*, 8(4), 52-58.

Silva, M (2012). *Urgências Oncológicas Metabólicas e Infeciosas*. Fernando Fonseca Hospital. Retrieved from <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1263/1/Michelle%20Silva-%20Urgencias%20oncologicas.pdf>

Silva, S., Nascimento, E. & Salles, R. (2012). *Bundle* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*; 21(4). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/14.pdf>

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & Cheever, K. (2011). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (A. F., Paulo, J. E. Figueiredo, P. L. Voeux, Trad.) (12a ed.) (Vol. 1 e 2). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan (tradução do original inglês Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing, 12th ed., 2010). (P.1270-1287, 703-737)..

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transportes de Doentes Críticos. Recomendações* Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)
- Sousa, L. & Barroso, M. (2009). Reflexão Sobre o Cuidado como Essência da Liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 181-187. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25.pdf>
- Sousa, M. F. C. O. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_mestrado\\_F%C3%A1tima%20Sousa.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_mestrado_F%C3%A1tima%20Sousa.pdf)
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10 ( 90) . 89-95.
- Sousa, R. , Santo, F. , Santana , R. & Lopes, M. (2015). Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. *Escola Anna Nery*.19(1):54-65. Retriveid from <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0054.pdf>
- Sousa, S. (2014). *Contributo para a compreensão da vivência emocional da doença oncológica num serviço de Cuidados Paliativos*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15129/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20com%20anexos%20incluidos\\_S%C3%B3nia%20Sousa.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15129/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20com%20anexos%20incluidos_S%C3%B3nia%20Sousa.pdf)
- Sousa, T. (2012). *Competências de liderança nas chefias de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from [https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=147402](https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=147402)
- Tallo, F., Vendrame, L., Lopes, R. & Lopes, A. (2013). Síndrome da lise tumoral: uma revisão para o clínico. *Revista Brasileira Clinica Medica*. São Paulo. 11(2):150-4. Retrieved from <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&>

uact=8&ved=0ahUKEwjW5Nbw2OHWAhVJtxoKHZkrAjAQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.bvs.br%2Fupload%2FS%2F1679-1010%2F2013%2Fv11n2%2Fa3569.pdf&usg=AOvVaw2o9D1SqDJmu98bOGV1cT2f

Tanaka, O. & Tamaki, E. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência saúde colectiva*, 17 (4). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research based model of clinical judgment in nursing. *Journal nursing education*, 45(6), 204-211. Retrieved from <https://www.ccdhb.org.nz/working-with-us/nursing-and-midwifery-workforce-development/preceptorship-and-supervision/3-tanner-2006.pdf>

Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em enfermagem* (4ª ed.) (A. H. Martins & F. Martins, Trad.). Loures: Lusociência.

Tavares, A., (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde: Departamento dos Recursos Humanos.

Teodosio, S., Enders, B., Lira, A., Padilha, M. & Breda, K. (2017). Análise do conceito de Identidade Profissional do Enfermeiro. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2. Retrieved from <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/viewFile/1511/1468>

Thom, K., Kleinberg, M. & Roghmann, M. (Agosto, 2013). Infection, Prevention in the Cancer Center. *Clinical Infections Disease*, 57(4), 579-585. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23652528>

Thompson, C., Foster, A., Cole, I. & Dowding, D. (2005). Using social judgement tory to model nurse use of clinical information in critical care education. *Nursing Education Today*. 25. 68-77.

Tojal, A. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24174&code=634>.

- Trindade, R. (2014). A autoaprendizagem no ensino superior e a aprendizagem baseada na resolução de problemas: perspetivas e questões. *Revista Lusófona de Educação*, 27, 43-57. Retrieved from <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4829>
- Vale, J. & Batista, R. (2010) Abordagem do doente séptico In A. Silva, & M. Lage. *Enfermagem em cuidados intensivos*. (p.101-110). Coimbra: Formasau.
- Verde, F. F (2015). *A família como parceira nos cuidados*. (Relatório para obtenção de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa ). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19685/1/A%20FAM%C3%8DIA%20COMO%20PARCEIRA%20NOS%20CUIDADOS.pdf>
- Vieira, E. (2014). *As estratégias de comunicação no cuidado à pessoa em situação crítica* (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Lisboa) Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16387/1/AS%20ESTRAT%C3%89GIAS%20DE%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20NO%20CUIDADO%20%C3%80%20PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20CR%C3%8DTICA.pdf>
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. (2º ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Zangão, M (2014). *Desenvolvimento de competencias relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar*. (Tese para obtenção do grau de doutor, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16711>



## **ANEXOS**



## ANEXO A- FACTORES DE RISCO PARA A SLT.

|                                                                                                | Baixo risco                                                           | Risco Intermediário       | Alto risco                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de tumor                                                                                  | Mama, pulmão de pequenas células; Linfomas indolentes; LLA;LMA e LLC. | LLA, LMA, LLC, L. Hodgkin | Linfoma de alto grau, Linfoma de Burkitt, LLA, LMA.                                                                  |
| Carga tumoral<br>Contagem de:<br>-Leucócitos<br>-LDH<br>-Outros                                | <200U/L                                                               |                           | >50*10 <sup>9</sup> /L-aumento na contagem de blastos;<br>>400U/L;<br>Envolvimento extenso da MO;<br>Tumor volumoso; |
| Intensidade do tratamento                                                                      |                                                                       |                           | Cisplatino, Etoposido, Rituximab, Radiação ionizante, Fludarabina, IT, MTX, paclitaxel,interferon alfa               |
| Sensibilidade ao tratamento do tumor                                                           | Baixa                                                                 |                           | Alta                                                                                                                 |
| Função renal                                                                                   | Normal                                                                | Insuficiência renal       | Falência renal; Infiltração renal pela doença.                                                                       |
| Ácido úrico sérico                                                                             | <10mg/dL                                                              |                           |                                                                                                                      |
| Outros:<br>Hidratação<br>pH sérico<br>pH urinário<br>Débito urinário<br>Produto cálcio-fósforo | Euvolemia<br>Alcalino<br>Alto                                         | Euvolemia                 | Desidratação<br>Ácido<br>Ácido<br>Baixo<br><br>>70                                                                   |

Fonte: Hochberg (2015). Emergências Metabólicas em Oncologia (p.246).



## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A- PLANEAMENTO DO PROJETO DE AUTO- FORMAÇÃO/INTERVENÇÃO

**Objetivo Geral:** adquirir e aprofundar as Competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica tendo como ponto de partida a identificação de uma problemática sensível à intervenção do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica presente no local de estágio visando a sua resolução

| Objetivos específicos                                                                                                                               | Actividades/Estratégias                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caraterizar epidemiologicamente a SLT                                                                                                               | Consulta de dados estatísticos Internacionais, Nacionais, Regionais.                                                               |
| Aprofundar conhecimentos sobre a SLT                                                                                                                | Revisão de literatura através de consulta em bases de dados na Internet e bibliotecas.                                             |
| Conhecer as intervenções específicas do enfermeiro relacionadas com a prevenção, diagnóstico e controlo da SLT.                                     |                                                                                                                                    |
| Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre SLT, especificamente relacionadas com o risco, prevenção e controlo da SLT.                          | Elaboração de ficha de diagnóstico<br>Aplicação de ficha de diagnóstico<br>Análise dos dados                                       |
| Sensibilizar os enfermeiros para a Síndrome de Lise Tumoral                                                                                         | Planeamento da sessão de formação<br>Calendarização/Divulgação da sessão<br>Realização de sessões sobre a Síndrome de Lise Tumoral |
| Dinamizar junto à equipa de enfermagem o papel do enfermeiro perante a identificação do risco, prevenção, detecção precoce e o controlo da Síndrome | Elaboração de poster<br>Colocação em local facilmente acessível                                                                    |

|                                                                                  |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| de Lise Tumoral                                                                  | Disponibilização informação sobre SLT no manual do serviço       |
| Avaliação do impacto da formação7sensibilização sobre a Síndrome de Lise Tumoral | Aplicação de ficha de avaliação<br>Análise comparativa dos dados |

## ANEXO B- POSTER



Escola Superior de Enfermagem  
**S. José de Cluny**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOSÉ DE CLUNY**

**Lise tumoral no doente HematoOncológico**

O síndrome de lise tumoral é frequentemente associado à insuficiência renal aguda que se manifesta em utentes com transtornos linfoproliferativos sob tratamento (quimioterapia, radioterapia, corticosteróides) ou de forma espontânea. É provocado pela lise celular da massa tumoral, incitando hipercaliemia, hiperuricemia e hiperfosfatemia. A insuficiência renal desenvolve-se com o acúmulo de ácido úrico e cristais de fosfato de cálcio nos túbulos renais, que podem ser agravados com a depleção concomitante de volume intravascular (López Nuche & Weber, 2008; Hochberg, 2015). Este síndrome poderá levar a morte devido a destruição celular provocada por radiação ou quimioterapia de neoplasias volumosas ou de um desenvolvimento acelerado (leucemia, linfoma, cancro do pulmão de pequenas células). As substâncias que se encontram no interior das células neoplásicas provocam desequilíbrios eletrolíticos uma vez que o rim não consegue eliminar avultados volumes dos metabólitos intracelulares (Brunner & Suddarth, 2009).

| Manifestações clínicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tratamento clínico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>As manifestações clínicas são diversas, desde alterações laboratoriais assintomáticas aos sinais e sintomas inespecíficos secundários às alterações metabólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Neurológicas:</b> estado mental alterado, confusão mental, alucinações, perda de memória, crise convulsiva, fadiga, caibras musculares, tetânia, síncope;</li> <li>❖ <b>Hemodinâmicas:</b> hipotensão, hipertensão arterial;</li> <li>❖ <b>Cardíacas:</b> arritmias, complexos QT encurtados, ondas QRS alargadas, paragem cardio-respiratória;</li> <li>❖ <b>Gastrointestinais:</b> náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia, anorexia;</li> <li>❖ <b>Renais:</b> dor no flanco, oligúria, anúria, hematuria, pH urinário ácido, urémia, insuficiência renal;</li> <li>❖ <b>Outros:</b> edemas, Insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar.</li> </ul> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><b>Hiperuricemia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hidratação;</li> <li>-Alopurinol;</li> <li>-Rasburicase.</li> </ul> <p><b>Hipercaliemia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Poliestireno sulfonato de sódio;</li> <li>-Insulina com Dextrose em água;</li> <li>-Bicarbonato de sódio EV</li> <li>-Diuréticos de alça;</li> <li>-Beta-agonista inalatórios;</li> <li>-Gluconato de cálcio a 10% ;</li> <li>-Hemodialise .</li> </ul> </div> <div style="width: 48%;"> <p><b>Hiperfosfatemia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diminuir ingestão oral de fosforo;</li> <li>-Quelantes de fosforo (Hidróxido de alumínio , Carbonato de alumínio );</li> <li>-Insulina + dextrose;</li> <li>-Hemodialise .</li> </ul> <p><b>Hipocalcemia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gluconato de cálcio.</li> </ul> <p><b>Insuficiência Renal Aguda:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hemodialise .</li> </ul> </div> </div> |



**Papel do enfermeiro**

**Controlo das manifestações**

**Identificação do risco:**  
**Varável de acordo com o tipo de tumor, carga tumoral (contagem de leucócitos e LDH), Intensidade e sensibilidade ao tratamento, função renal, hidratação, pH sérico, pH urinário, débito urinário.**

**Prevenção e detecção precoce**  
**Avaliar sinais e sintomas de desequilíbrios electrolíticos;**  
**Analisar pH urinário;**  
**Analisar os níveis séricos de electrólitos e ácido úrico;**  
**Monitorizar o balanço hídrico (sobrecarga de volume hídrico secundaria a hidratação aumentada);**  
**-Educar os doentes sobre sintomas de distúrbios electrolíticos.**

**Conclusão**

A Síndrome de Lise tumoral pode manifestar sob tratamento (quimioterapia, radioterapia, corticosteróides) até 7 dias após este ou de forma espontânea.

A prevenção da lise tumoral passa pela adequada hidratação, ingestão equilibrada dos alimentos, por uma terapêutica ajustada e pela monitorização continua (através de análises laboratoriais e manifestações clínicas).

É importante detectar estes doentes de risco e tomar medidas de prevenção como também detectar manifestações atempadamente por forma a adequar o tratamento eficaz mais seguro, e promover a qualidade de vida dos doentes.

**Bibliografia**

Hochberg, E. (2015). Emergências Metabólicas em Oncologia IN Chabner, B & Longo, D. Manual de Oncologia de Harrison (2ed). Porto Alegre: Mc Graw Hill Education artmed .

López Nuche, M & Weber, F. (2008). Urgencias oncológicas. *Acta médica grupo ángeles*. 6 (4) Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084d.pdf>

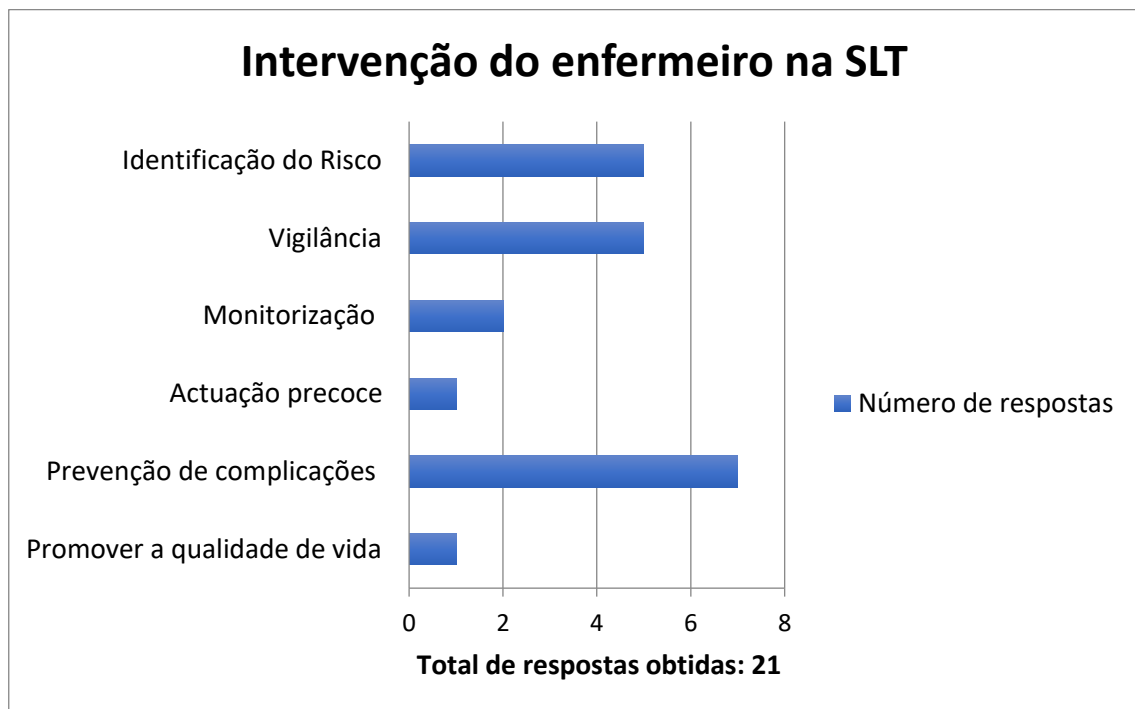
Silva, M (2012). Urgências Oncológicas Metabólicas e Infecciosas. Retrieved from <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1263/1/Michelle%20Silva-%20Urgencias%20oncologicas.pdf>

Smeltzer, S. & Bare, B. (2009). *Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. (11a. ed., vols 1-2) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (P.1270-1287, 703-737 ).

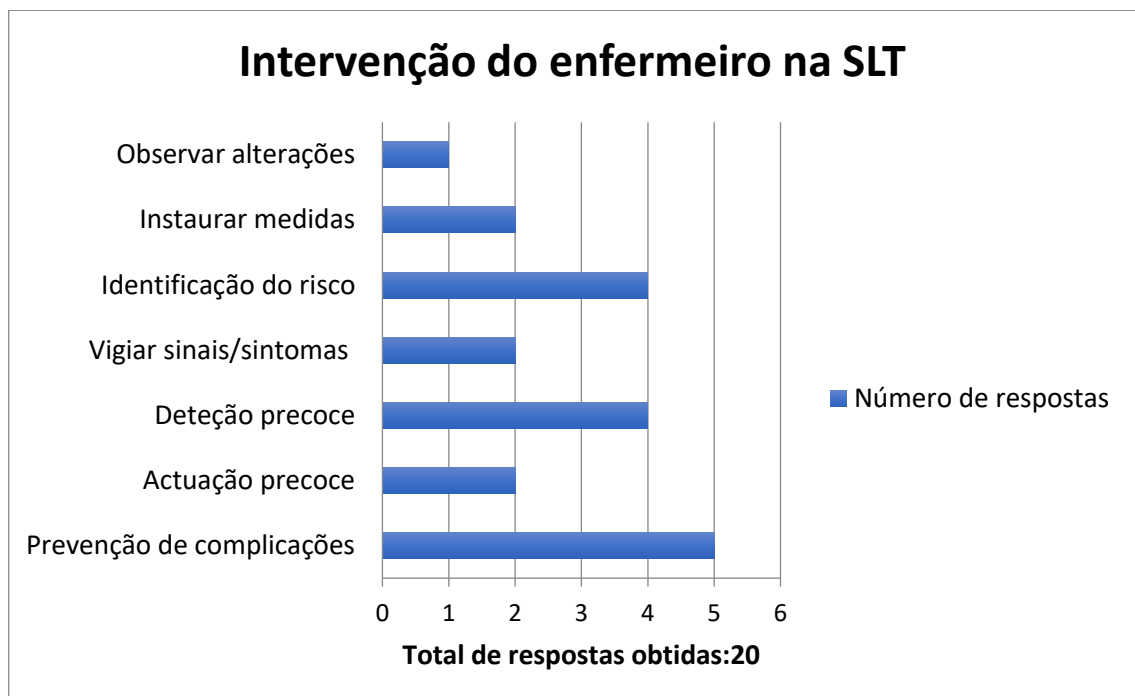
**Autor a**

❖ **Jenny Pinto**  
Funchal,  
Janeiro 2018

## APÊNDICE C- GRÁFICOS REPRESENTATIVOS DAS CATEGORIAS/INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NAS FICHAS DE DIAGNÓSTICO/ RESULTADO



**Gráfico 1-** Resultados da ficha de diagnóstico à questão 9 referente à intervenção do enfermeiro na SLT.



**Gráfico 2-** Resultados da ficha de avaliação da questão 9 referente a intervenção do enfermeiro na SLT

