

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**A TRANSVERSALIDADE DAS COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA:**

do doente crítico ao doente oncológico

Piera Sharim Gonçalves Gómez

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

Funchal,

2020

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**A TRANSVERSALIDADE DAS COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA:
do doente crítico ao doente oncológico**

Piera Sharim Gonçalves Gómez

Orientadora: Prof.^a Doutora Cristina Bárbara Pestana

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

**Funchal,
2020**

Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.

Friedrich Nietzsche

AGRADECIMENTOS

À minha mãe por apoiar-me sempre nas minhas decisões e ensinar-me que sem esforço e dedicação não concretizamos os nossos sonhos.

Às minhas irmãs, por estarem sempre ao meu lado e terem sempre a palavra certa e a gargalhada no momento certo, dando-me lufadas de ar fresco que me permitem continuar a sonhar e lutar pelos meus objetivos.

Ao meu marido, pelo seu amor, dedicação, paciência, compreensão sempre, e sobretudo nesta caminhada. Sem ti não teria conseguido!

À minha colega e amiga Letícia Alves pelo incentivo em fazermos mais esta etapa juntas! Conseguimos!

Às minhas amigas e colegas de Mestrado Carla Jesus e Angélica Sousa pela amizade e motivação constante!

À Professora Cristina Pestana pela sua orientação, compreensão, disponibilidade e motivação. Muito obrigada!

À minha chefe, por ser uma referência para mim, pela partilha de conhecimentos, disponibilidade e flexibilidade. Obrigada!

Aos enfermeiros orientadores e todas as equipas multidisciplinares por onde passei pela partilha, ajuda e apoio, contribuindo para meu crescimento profissional e conclusão desta etapa.

A todos os mais queridos, pelo tempo que não lhes pude dar! Pela vossa compreensão e apoio!

E por fim a todos os que me apoiaram de alguma forma e tornaram possível este percurso académico, profissional e pessoal!

MUITO GRATA! UM BEM-HAJAM!

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny e a sua realização e subsequente discussão destina-se à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O relatório descreve as atividades e aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios I – Urgência, realizado no Serviço de Urgência do Hospital Nélcio Mendonça; II – Cuidados Intensivos, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do mesmo hospital e III – Opção realizado na Fundação Champalimaud, Unidade de Neutropenia, Clínica de Radio-oncologia Joaquim Chaves Saúde e Hospital de dia do Hospital Nélcio Mendonça. Neste se evidenciam as competências científicas, técnicas, deontológicas, éticas, comunicacionais e relacionais que foram aperfeiçoadas e que foram adquiridas ao longo do meu percurso, se espelha a integração e aplicação de conhecimentos científicos em diferentes contextos, bem como se revela o desenvolvimento de competências de autoaprendizagem e de reflexão.

A escolha da opção fundamenta-se no meu gosto pessoal pelo cuidado ao doente oncológico e doente paliativo, área em que trabalho atualmente, e também pelo facto de ser uma necessidade crescente na sociedade atual, uma vez que a sua incidência está a aumentar, sendo uma das principais causas de morte no nosso país e em todo o mundo. A transversalidade de cuidados especializados que o doente oncológico exige no seu processo de doença também me motivou à sua escolha, uma vez que este pode necessitar de cuidados numa situação aguda e emergente, derivada da própria doença ou do seu tratamento, que requerem uma rápida intervenção justificando o doente oncológico como doente crítico; ou após um longo período de doença, com deterioração progressiva do estado de saúde e descontrolo de sintomatologia associada - doente oncológico como doente paliativo.

A metodologia utilizada para a realização do relatório foi descritiva, analítica e reflexiva, tendo como base a evidência científica mais recente e os referenciais de enfermagem, em particular as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para além da introdução e conclusão este organiza-se em quatro grandes capítulos: o primeiro capítulo que denominei: “A transversalidade das competências de mestre/especialista em enfermagem médico-cirúrgica: do doente crítico ao doente oncológico”, onde procuro explicar a pertinência do meu percurso de aprendizagem; O

segundo, terceiro e quarto capítulos onde descrevo os estágios realizados de acordo com os contextos de prática por onde passei, fazendo referência às atividades realizadas, as competências especializadas e de Mestre adquiridas e aprofundadas.

Palavras-chaves: Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Enfermagem Médico-cirúrgica; Emergência; Urgência; Oncologia; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

This report appears in the scope of the 3rd Master's Course in Medical-Surgical Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem São José Cluny and its realization and subsequent discussion is aimed at obtaining a Master's degree in Medical-Surgical Nursing. The report describes the activities and learning developed during stages I - Urgency, carried out in the Hospital Nélcio Mendonça; II - Intensive Care, carried out at the Intensive Care Unit of the same hospital and III - Option carried out at the Champalimaud Foundation, Neutropenia Unit, Joaquim Chaves Saúde Radio-oncology Clinic and Hospital Nélcio Mendonça Day Hospital. This shows the scientific, technical, deontological, ethical, communicational and relational skills that have been perfected and that have been acquired along my path, the integration and application of scientific knowledge in different contexts is mirrored, as well as the development of skills of self-learning and reflection.

The choice of option is based on my personal taste for the care of cancer patients and palliative patients, an area in which I currently work, and also because it is a growing need in today's society, since its incidence is increasing, being one of the main causes of death in our country and worldwide. The transversality of specialized care that the cancer patient requires in his disease process also motivated me to choose him, since he may need care in an acute and emerging situation, derived from the disease itself or its treatment, which require rapid intervention justifying the cancer patient as a critical patient; Or after a long period of illness, with progressive deterioration of health status and lack of control of associated symptoms - cancer patient as palliative patient.

The methodology used to carry out the report was descriptive, analytical and reflective, based on the most recent scientific evidence and nursing references, in particular the specialized and Master skills. In addition to the introduction and conclusion, it is organized into four main chapters: the first chapter that I called: "The cross-cutting of the skills of a master/specialist in medical-surgical nursing: from the critical patient to the cancer patient", where I try to explain the relevance of the my learning path; The second, third and fourth chapters where I describe the internships carried out according to the contexts of practice where I went, making reference to the activities carried out, the specialized and Master competences acquired and deepened.

Keywords: Nursing; Nursing care; Medical-surgical nursing; Emergency; Urgency; Oncology; Palliative care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica de Portugal

ASCO - American Society of Clinical Oncology

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavioral Pain Scale

CFL – Câmara de Fluxo Laminar

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CS – Centro de Saúde

CVC – Cateter Venoso Central

CVCTI – Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral da Saúde

DIB – Drug infusion ballon

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESMO - European Society for Medical Oncology

FCH – Fundação Champalimaud

HDHO- Hospital de dia de Hemato-oncologia

HNH – Hospital Nélcio Mendonça

IACS – Infecções associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IV - Intravenoso

MASCC - Multinational Association of Supportive Care in Cancer

MRMI - Medical Response to Major Incidents

MRSA - Staphylococcus aureus resistente à meticilina

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p.e – por exemplo

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PCR – Paragem cardiorespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PRERPCAM - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM

PVC – Pressão Venosa Central

QT - Quimioterapia

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RT - Radioterapia

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SC - Subcutâneo

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SHD – Serviço de Hospitalização Domiciliar

SNG – Sonda Nasogástrica

SO – Sala de Observação

SPO – Sociedade Portuguesa de Oncologia

SU - Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TCE – Traumatismo Craneo-encefálico

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System 28*

TOT – Tubo orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UN – Unidade de Neutropénia

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. A TRANSVERSALIDADE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE/ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA: DO DOENTE CRÍTICO AO DOENTE ONCOLÓGICO	23
2. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ESPECIALISTA NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO E SUA FAMÍLIA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA.....	27
3. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ESPECIALISTA NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO E SUA FAMÍLIA, EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	54
4. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ESPECIALISTA NO CUIDADO AO DOENTE ONCOLÓGICO E SUA FAMÍLIA, EM DIVERSOS CONTEXTOS	75
4.1.Hospital de dia de Hemato-Oncologia do SESARAM – Doente Oncológico em tratamento de Quimioterapia, Imunoterapia e Hormonoterapia.	80
4.2.Clínica de Radioncologia da Madeira Joaquim Chaves Saúde – Doente oncológico em tratamento de adioterapia.....	96
4.3.Unidade de Neutropenia do SESARAM – Doente Oncológico Neutropénico	101
4.4.Serviço de hospitalização domiciliária da Fundação Champalimaud – Doente oncológico em cuidados paliativos, no domicílio.....	103
CONCLUSÃO.....	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114

INTRODUÇÃO

No meu percurso enquanto estudante de enfermagem, e posteriormente na minha prática profissional como enfermeira, deparei-me com uma constante crescente nas necessidades assistenciais dos clientes alvos de cuidados de enfermagem. A meu ver, isto desafia o enfermeiro na procura de maior conhecimento e aquisição de novas competências que o tornem capaz de dar uma resposta mais eficiente e adequada às situações com que se depara no seu dia-a-dia, com o propósito de prestar os melhores cuidados à pessoa e família de quem cuida.

Nesta linha, já em 2015 no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na Lei nº 156, Artigo 109º, que diz respeito aos deveres deontológicos no geral, encontra-se manifesto que são deveres do enfermeiro, manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, realizar formação permanente e aprofundada, bem como, deve analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude

Tendo isto como base, surge a decisão de realizar o CMEMC, no sentido de assim adquirir e consolidar Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC) e as competências de Mestre, e implementando-as na prática diária de enfermagem, com fundamentação na evidência científica e nos referenciais da profissão, com a finalidade de dar respostas às necessidades do doente e família, e procurar alcançar assim o complexo objetivo que é a excelência do exercício profissional de enfermagem.

Também considero que atualmente as sociedades colocam-nos novos desafios na saúde, estando mais voltada para a qualidade, o que, no meu ponto de vista, exige ao enfermeiro competências diferenciadas de forma a conseguir atender as complexas e crescentes necessidades das pessoas, na sua individualidade. Desta forma, acredito que, enquanto enfermeiros, devemos procurar manter um desenvolvimento permanente de conhecimentos científicos, aptidões técnicas, éticas e humanas que permitam cuidados de qualidade em saúde.

Serrano, da Costa, e da Costa (2011) corroboram esta ideia, defendendo que:

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projecto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado. O avanço tecnológico tem determinado alguma centralidade nas técnicas. O desenvolvimento e as mudanças importantes nos locais de trabalho, relacionados com a inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho, fazem emergir as novas lógicas empresariais em que se procura valorizar o factor humano nas organizações a par com o desenvolvimento

tecnológico. O processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências. (p.16)

Silva, da Luz, Fernandes, da Silva, Cordeiro, & da Mota, (2018), reforçam esta ideia, referindo que “face às constantes mudanças da sociedade em que vivemos, reflexo da evolução da ciência, construção de conhecimento e desenvolvimento de técnicas inovadoras nas diferentes áreas profissionais, especificamente na área da saúde, é imprescindível a capacitação profissional dos enfermeiros” p.149.

Assim, este relatório surge no âmbito do 3º CEMEC da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny, ano letivo 2018/2019 e insere-se na Unidade Curricular Relatório de Estágio do 2º ano, 3º semestre.

Tem como objetivo demonstrar as competências científicas, técnicas, deontológicas, éticas, comunicacionais e relacionais, comuns e especializadas, que foram aperfeiçoadas e que foram adquiridas ao longo do meu percurso no cuidado de enfermagem à pessoa e família em situação crítica e acometida de doença oncológica, durante os estágios I, II, realizados o Serviço de Urgência (SU) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Serviço de Saúde da Região autónoma da Madeira (SESARAM), respetivamente, e III de opção, que tendo como base o projeto de autoformação, foi dirigido ao cuidar do doente oncológico em diversos contextos, nomeadamente realizado: na Clínica de Radioncologia da Madeira Joaquim Chaves Saúde; Unidade de Neutropenia (UN) do SESARAM; Serviço de Hospitalização Domiciliária (SHD) da Fundação Champalimaud (FCh); Hospital de Dia de Hemato-Oncologia (HDHO) do SESARAM.

Como base para este percurso formativo tive sempre presente o alcançar das Competências Comuns do EE, e as Competências Específicas do EEMEC, preceituadas nos Regulamentos nº140/2019 e Regulamento nº429/2018 respetivamente, bem como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (Regulamento nº 361/2015) onde estão expostos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos EEMEC, nomeadamente, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, que serviram também de alicerces.

No Regulamento nº140/2019 da OE, que diz respeito às Competências Comuns do EE, define-se EE como sendo aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica

e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...).”.

Neste Regulamento, refere-se que, seja qual for a área da especialidade, todos os EE partilham um grupo de domínios de desenvolvimento de capacidades que são denominadas como competências comuns correspondendo a quatro áreas distintas:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: dizem respeito a uma prática de enfermagem tendo como base os princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais inerentes;
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: o EE garante a dinamização de estratégias para o desenvolvimento e suporte de iniciativas na área da governação clínica, bem como gere e colabora em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro.
- Competências do domínio gestão dos cuidados: gere os cuidados de enfermagem, procurando otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a restante equipa multidisciplinar, bem como adapta a liderança e a gestão de recursos, tendo em conta a situação e o contexto onde se encontra, visando a otimização da qualidade dos cuidados.
- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, fundamenta sua prática clínica especializada em evidência científica.

Por sua vez, a OE, através do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica esplanava o perfil de competências específicas do EEEMC no Regulamento nº 429/2018. Este documento define “ (...) o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (...) ”.

Vemos assim a transversalidade e diversidade inerente à Enfermagem Médico-cirúrgica, uma vez que abrange a pessoa/família em diversos contextos e situações de saúde/doença, indo também ao encontro da nossa sociedade atual, onde, por um lado, tal como descrito no Regulamento nº 361, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, temos um número crescente

de doenças com início súbito, aumento de doenças crónicas que agudizam, aumento de acidentes e sua complexidade, mais catástrofes naturais, em que a falência ou risco de falência das funções vitais podem levar à morte se não forem implementadas medidas de suporte de vida rapidamente. Por outro lado, sabe-se também que toda a evolução social e científica alcançada permitiram um aumento da longevidade, aumento da esperança média de vida, passando assim a morte a acontecer mais frequentemente no final de uma doença evolutiva mais prolongada, como por exemplo (p.e), o cancro, requerendo frequentemente cuidados paliativos (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

A escolha pela área de opção baseia-se então no meu gosto pessoal pelo cuidado de enfermagem ao doente oncológico e doente paliativo, aliado ao facto de ser uma necessidade crescente na sociedade atual, uma vez que a incidência da doença oncológica está a aumentar, sendo atualmente uma das principais causas de morbilidade e morte no nosso país e em todo o mundo. Assim como também pela exigência em termos de diversidade de cuidados que o doente oncológico e sua família envolvem, tendo em conta que existem situações que são causadas pela própria doença ou pelo seu tratamento que requerem uma rápida intervenção por parte do enfermeiro, tornando-o crítico, bem como situações onde, após doença prolongada, visam-se intervenções dirigidas para o conforto e bem-estar do doente e família. Isto tendo em conta que a sobrevida do doente também tem aumentado como consequência da evolução no conhecimento científico da doença e melhorias nas opções terapêuticas.

A realização deste relatório fundamenta-se numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva, tendo como foco as experiências vividas, fundamentando-as na evidência científica mais recente e nos referenciais de enfermagem.

De modo a facilitar a leitura, o relatório encontra-se estruturado em quatro grandes capítulos: Capítulo I – A transversalidade das competências de mestre/especialista em enfermagem médico-cirúrgica: do doente crítico ao doente oncológico, onde procuro explicar a pertinência do mesmo no meu percurso de aprendizagem; O segundo e terceiro capítulos dizem respeito ao desenvolvimento competências de mestre e de especialista nos cuidados ao doente crítico e sua família em contexto de urgência e de cuidados intensivos, respetivamente. O Capítulo IV denomina-se “Desenvolvendo competências de mestre e de especialista no cuidado ao doente oncológico e sua família, em diversos contextos”. Nestes capítulos descrevo os estágios realizados de acordo com os contextos de prática por onde passei, faço referências as atividades realizadas, às competências adquiridas, à aquisição de

conhecimentos e capacidade de compreensão e mobilização dos mesmos; o relatório inclui ainda uma introdução e conclusão.

Importa ainda mencionar que as citações e referências bibliográficas encontram-se elaboradas de acordo com a 6ª Edição Normas da American Psychological Association (APA), e a estruturação do trabalho, tem como base o documento fornecido pela Escola Superior de Enfermagem São José Cluny (ESESJC) intitulado “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações”.

1. A TRANSVERSALIDADE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE/ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: DO DOENTE CRÍTICO AO DOENTE ONCOLÓGICO

O conceito de competência tem sido amplamente discutido e tem evoluído ao longo do tempo (De Oliveira, Queirós, & Castro, 2015). Competência, do latim *competentia*, “proporção”, pelo francês “*compétence*”, significa qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções; Aptidão (Porto Editora, 2019).

De acordo com Fleury e Fleury (2001), competência define-se como sendo “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo” p. 187.

Serrano, da Costa, e Da Costa (2011), referem que a multiprofissionalidade na complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente, assumindo o conceito de competência da OE (2003), que a define como “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

Já para Oliveira, Queirós, e Castro (2015), competência profissional dos enfermeiros define-se como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores, e é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança dos cuidados.

De acordo com o Decreto-lei nº161/96, Artigo 4º, referente ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), a profissão de enfermagem é aquela que, na área da saúde, tem como objetivo “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde (...)” e o enfermeiro é “o profissional (...) que se lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais (...)”; por sua vez destaca que o EE é aquele que é 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”.

Tendo em conta a diversidade das problemáticas de saúde, cada vez mais complexas, e também uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade em saúde, o EEEMC, assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados no Sistema Nacional de Saúde, em diferentes contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No Regulamento nº 429/2018 esta ideia vê-se reforçada no descritivo que diz

Atendendo à diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa acometida por doença aguda ou crónica e respetiva família/cuidadores, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados” (p.1961).

A enfermagem em situações de urgência e emergência define-se como a prestação de cuidados a pessoas, de todas as idades, com alterações de saúde física ou psíquica, reais ou intuídas, não diagnosticadas ou que requeiram outras intervenções. Estes cuidados são episódios primários, geralmente prestados em situações agudas e em diferentes ambientes. O enfermeiro na prática tem que ser capaz de fazer uma avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e avaliação final em situações de grande *stress* e risco (Gilboy, 2011).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2001) define-se urgência como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (p. 7), e emergência como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (p. 7).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 da OE (2018), a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

A OE (2018) salienta que,

os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (p.19363).

Para além da doença aguda e da pessoa em situação crítica advinda de situações súbitas, ocorrem também situações de doença prolongada que agudizam e que também causam situações de saúde complexas. A realidade é que a ocorrência de morte após um período curto de doença, ao longo do século XX, devido aos avanços da medicina, foi sendo combatida, e a cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças, levando consequentemente ao aumento da longevidade, dando origem a um fenómeno – emergência das doenças crónicas não transmissíveis - passando assim a morte a ocorrer mais frequentemente no final de uma doença crónica, evolutiva e mais prolongada (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

Tendo isto em conta, a OE, engloba também a doença crónica e paliativa nas competências do EEEMC. No Regulamento nº 429/2018, mais concretamente, a OE refere que,

O envelhecimento demográfico da população portuguesa, o registo crescente de doenças oncológicas, neurológicas, insuficiência de órgão, são fatores que têm vindo a contribuir para a existência de um vasto grupo de doentes que padecem de grande sofrimento, para os quais os enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados. (p.19364).

Ainda acrescenta que em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos não tem capacidade de resposta às necessidades de todos os doentes com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, apontando isto como mais um motivo para a necessidade de profissionais formados e especializados nesta área.

Neste sentido, espera-se do EEEMC, como competência específica, que: “Cuide da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Constata-se assim que a profissão de enfermagem é complexa e que exige do enfermeiro a articulação de várias competências de diversos domínios, pelo que se pensarmos no enfermeiro especialista, mais fortalecidas, e evidentes estas devem ser.

No sentido de desenvolver as competências comuns do EE e as competências específicas do EEEMC, ao longo do CMEMC tive aulas teóricas e teórico-práticas que me permitiram adquirir, aprofundar e sistematizar conhecimentos teóricos em diversas áreas. Posteriormente, as práticas clínicas em diferentes contextos, em serviços regionais e nacionais, ao requererem a transferência e aplicação do que havia aprendido, a reflexão crítica e a fundamentação científica, permitiram autodesafiar-me no percurso do

desenvolvimento de competências especializadas e de mestre.

Os capítulos que se seguem visam fundamentar a escolha do título do meu relatório “A Transversalidade das Competências Especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica: do doente crítico ao doente oncológico” como temática para o desenvolvimento das competências comuns do EE, competências específicas do EEEMC e competências de mestre, bem como demonstrar o caminho percorrido para tal, através dos estágios realizados.

A primeira prática clínica foi “Estágio II – Cuidados Intensivos” que foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), a segunda prática clínica foi “Estágio I – Urgência” que decorreu no serviço de urgência (SU) do mesmo hospital e por último, O “Estágio III - Opção” que tal como o nome indica, é opcional, exigindo a realização de um projeto de autoformação que direcione o percurso e as aprendizagens.

Para este, uma vez que sou enfermeira a desempenhar funções na Unidade de Cuidados Paliativos da RAM onde, de acordo com o Relatório de Atividade de 2019 da mesma, 87% dos doentes acompanhados são doentes oncológicos, decidi realizá-lo em diversos contextos tendo como objetivo perceber o percurso do doente oncológico desde o diagnóstico até à morte, na perspectiva de enfermeira especialista.

Deste modo percorri diversos serviços, sendo estes: Clínica de Radioncologia da Madeira Joaquim Chaves Saúde - Radioterapia; Unidade de Neutropenia do Hospital Dr. Nélio Mendonça; Serviço de Hospitalização Domiciliar da Fundação Champalimaud; Hospital de Dia de Hemato-Oncologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, sendo o que o maior período foi realizado neste último.

2. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ESPECIALISTA NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO E SUA FAMÍLIA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

O estágio I decorreu no SU do HNM no período de 7 de janeiro a 30 de janeiro de 2019 com um total de 130 horas de contacto. Este localiza-se no andar técnico, e está dotado de um conjunto de profissionais, materiais e equipamentos diferenciados que asseguram os cuidados necessários à população que a este recorre. A diretora clínica do serviço é cirurgia e o enfermeiro chefe é EEEMC.

Segundo o SESARAM (s.d), este serviço tem como missão prestar cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todo o ciclo vital, abrangendo a população proveniente da ilha da Madeira e Porto Santo. Funciona 24h/365 dias no ano. Divide-se por áreas de atuação, nomeadamente: médica, cirúrgica e ortopédica neste andar, mas também tem a área de ginecologia e obstetrícia que se situa no 4º piso.

O SU do HNM é um serviço de urgência polivalente. De acordo com o Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde a rede de SU integra três níveis de resposta por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: a) Serviço de Urgência Básico (SUB); b) Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC); c) Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Assim vemos que o SU do HNM corresponde ao nível mais diferenciado de resposta em situações de urgência e emergência, dando resposta a todas as valências de especialidade médica e cirúrgica.

Em termos de estrutura física o SU do HNM possui uma sala de triagem; área de acolhimento; quatro gabinetes de observação médica (três da área de medicina interna e um da área cirúrgica); sala de ortopedia com gabinete médico e área de tratamento; sala de tratamentos; sala de recuperação; sala aberta; sala de observação (oito camas + um isolamento); unidade de cuidados especiais (duas camas) e sala de emergência.

Adjacente a estas áreas temos o Serviço de Imagiologia e o Serviço de Medicina Intensiva e ainda conta com áreas de apoio, nomeadamente, secretaria; sala de espera; balneários; gabinetes; copa; rouparia; zona de sujos; entre outros. Já o bloco operatório (BO) fica no andar superior, sendo que o transporte de doentes do SU para o BO ou vice-versa é feito em elevador exclusivo para transporte de doentes e, tratando-se de situação de urgência

ou emergência, é chamado e bloqueado com recurso a chave, garantindo deste modo a segurança e eficiência em termos de tempo de atuação para o doente.

Descrita a estrutura do nosso SU, e comparando com aquilo que se recomenda para serviços de urgência, podemos afirmar que este tem as áreas preconizadas se tivermos em conta o relatório elaborado pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) (2012).

No entanto, devido à elevada afluência de doentes, o espaço torna-se pequeno e despersonalizado, pelo que, constatei que, frequentemente a privacidade dos doentes fica afetada. De acordo com a carta dos direitos dos doentes da DGS “A privacidade e a intimidade do doente deverão ser sempre asseguradas” (p.3); também segundo o código deontológico do enfermeiro este tem o dever de salvaguardar (...) a privacidade e a intimidade da pessoa (p. 9).

A verdade é que a equipa de enfermagem está desperta para estas situações e tenta minorar alguns impactos com biombos, cortinas, mudando as macas de lugar, entre outras medidas. Estas situações despertaram em mim momentos de reflexão sobre a segurança, privacidade e dignidade dos doentes, indo assim de encontro a alínea c) do domínio da melhoria contínua da qualidade, contemplada no Regulamento das competências comuns do EE “Garante um ambiente terapêutico e seguro”. Na minha opinião, as soluções que são procuradas pelos enfermeiros para contornar estas situações são aquelas que são possíveis; porém a médio prazo tem que ser pensado uma reestruturação do espaço físico do SU, uma vez que nesta fase, o espaço é pequeno para a afluência de doentes que procuram o serviço.

À chegada ao SU o cliente ou quem o acompanha, familiar/cuidador/acompanhante/bombeiro/tripulante de ambulância da Cruz Vermelha Portuguesa, apresenta a identificação nos serviços administrativos que ficam logo à entrada do SU, permitindo assim que o processo clínico fique disponível no sistema informático e acessível ao enfermeiro da sala de triagem.

Deverá então aguardar na sala de acolhimento até ser chamado para a triagem onde é feita a primeira avaliação pelo enfermeiro tendo como base o Protocolo de Triagem de Manchester; a partir deste é determinada a prioridade clínica e também é selecionada a especialidade médica pela qual o doente deve ser avaliado.

O doente passa agora para a sala de espera aguardando a observação médica. Após observação médica várias situações podem ocorrer: pode ter alta, normalmente quando são

situações não urgentes; ou poderá ser encaminhado para a sala de tratamento, onde são feitas colheitas de sangue, urina, administração de terapêutica, entre outras técnicas necessárias.

Após estas técnicas e consoante a gravidade do seu estado de saúde, pode ser encaminhado para a Sala Aberta para aguardar por resultados dos exames complementares de diagnóstico, por nova avaliação médica, ou para avaliação de outra especialidade médica que no momento não se encontre em presença física no SU; estes doentes à partida requerem uma vigilância menos apertada e contava com um enfermeiro por turno.

Pode ir para a Sala de Recuperação, que se destina a doentes que necessitam vigilância durante um período de tempo médio, com monitorização de sinais vitais, administração de terapêutica fundamental à recuperação do doente, ou mesmo, a aguardar vagas para serviços de internamento. Esta sala conta com dois enfermeiros por turno.

Para a Sala de Cirurgia, podem ir doentes do foro cirúrgico com necessidade de alguma intervenção invasiva por parte do cirurgião, feridas complexas, execução de algum penso ou aguardar vaga de internamento na área cirúrgica ou ida para o bloco operatório. Esta sala conta com um enfermeiro por turno.

Ainda podem ser encaminhados para a Sala de Observação (SO) quando são situações que requerem uma maior vigilância, gestão de protocolos terapêuticos complexos e monitorização hemodinâmica, p.e., doente com fibrilação auricular. Para a Sala de Isolamento são encaminhados doentes com suspeita ou confirmação de doenças infecciosas ou doentes imunodeprimidos. Na SO e isolamento ficam dois enfermeiros por turno. Para os cuidados especiais vão doentes críticos com necessidade de vigilância permanente, monitorização hemodinâmica rigorosa, suporte ventilatório, e gestão de protocolos medicamentosos complexos, p.e., doentes provenientes da sala de emergência. Nesta sala fica um EEMC por turno.

Na sala de emergência, também designada como Sala Zero, são admitidos doentes que requerem cuidados emergentes. Segundo a DGS (2011) a sala de emergência existe para o atendimento ao doente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte.

Quando o doente crítico é proveniente do pré-hospitalar acompanhado pela Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), esta contacta telefonicamente o chefe de equipa médica a avisar a situação clínica do doente; posteriormente este avisa a equipa de enfermagem e contacta as áreas de especialidade médicas que parecem ser mais pertinentes segundo o caso.

Este doente é triado com a cor vermelha segundo o protocolo da Triagem de Manchester, sendo ativado um sinal sonoro que se ouve em todo o SU e faz com que a equipa

destacada para atuar nesta sala se dirija para a mesma. A sala está equipada com meios de diagnóstico rápidos (p.e. ecocardiógrafo para realização do FAST), meios de monitorização, ventiladores, desfibriladores, para além de medicamentos e kits de materiais para intervenções rápidas como algalias, colocação de drenos torácicos... entre outras. Desta sala normalmente os doentes são transferidos para o BO; SO; Cuidados Especiais; UCIP; Unidade de AVC; Hemodinâmica, ou em caso de óbito, morgue.

O que é preconizado para SUP em termos de Recursos Humanos são equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde que tenham especialização adequada e necessária para o atendimento da população da área de influência, e devendo ser periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU (CRRNEU, 2012).

Isto verifica-se no SU do HNM; há disponibilidade de todos estes profissionais. Nalguns casos as especialidades médicas poderão não estar 24h em presença física, mas estão de prevenção sendo que são chamadas quando necessário, como p.e., oftalmologia. Relativamente à equipa de enfermagem esta é constituída por 81 enfermeiros organizadas por cinco equipas de trabalho, sendo que, em cada equipa, há EEEMC, enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, algumas também integram enfermeiros especialistas em saúde comunitária e uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação mais ligada à gestão do SU.

Pude constatar ao longo da prática clínica que, tendo em conta a complexidade de doentes que podem chegar ao SU, uma equipa dotada com enfermeiros especialistas é essencial para a qualidade dos cuidados, uma vez que estes mobilizam conhecimentos e competências nas mais diversas áreas que lhes permitem tomar decisões fundamentadas rápidas, seguindo princípios, valores e normas éticas e deontológicas, bem como também desempenham um papel de consultor quando os cuidados que o utente necessitava correspondiam à sua área de especialidade. Isto vai ao encontro da competência comum de EE “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”. Considero assim de extrema pertinência, num SU, existirem enfermeiros das diferentes áreas de especialidades de enfermagem, porque pude constatar como exemplo, que tanto existem doentes críticos, onde competências de urgência e emergência são preciosas, doentes que necessitam de ações paliativas, bem como doentes e famílias em crise, onde o EE em saúde mental e psiquiátrica é solicitado.

Relativamente à metodologia de trabalho adotada no SU pelos enfermeiros, esta depende do posto de trabalho, normalmente é por enfermeiro responsável; as exceções acontecem na sala de triagem onde o método de trabalho é individual, e na sala de emergência em que a atuação é por equipa.

Na sala de emergência, a equipa de três enfermeiros organiza-se conforme o plano previamente estabelecido pelo chefe de equipa. Normalmente em cada equipa existem dois ou três EEEMC, sendo que na chamada à sala de emergência costumam ir dois EE e um enfermeiro generalista.

A abordagem ao doente é feita tendo como base a metodologia A/B/C/D/E, ou seja, cada enfermeiro é destacado para atuar nesta sala com uma responsabilidade inerente, que pode ser A, B ou C.

O elemento A tem como funções ser team líder; fica à cabeça do doente e estabelece e coordena as prioridades de atuação. Para além disso é responsável pela respiração/ventilação, permeabilização da via aérea, observação e avaliação da expansão torácica, colocação de oxigenioterapia, auxílio na ventilação com respirador manual, colaboração na entubação endotraqueal. Também deve estar atento a parâmetros neurológicos e ainda assegura os registos de enfermagem.

O elemento B tem como funções a monitorização hemodinâmica do doente, avaliação de sinais vitais, glicémia capilar e INR quando se justifica; colocação de cateteres venosos periféricos; colheita de sangue para análises e determinação do grupo sanguíneo; administração de medicamentos via IV; cateterização vesical, quando necessário, colaboração com outros profissionais na execução de técnicas complexas como p.e. colocação de drenos ou de cateter venoso central (CVC). É responsável ainda no despir/vestir o doente e observar e avaliar a pele e feridas caso haja; também executa pensos e imobiliza membros sempre que necessário.

O elemento C, circulante, é normalmente o enfermeiro generalista; colabora com o elemento B quando necessário e é responsável por preparação de material para qualquer técnica que seja necessária e para transporte do doente; preparação de medicamentos; colher dados relevantes junto à família, bombeiros, tripulantes de ambulância.

Durante o estágio constatei que na sala de emergência desenvolve-se um excelente trabalho de equipa, assumindo os enfermeiros o seu papel de forma natural, tornando-se mais fácil o trabalho mesmo perante situações de grande stress. É de salientar que a liderança assumida pelo elemento A, EEEMC, era notória e essencial para a organização do trabalho,

utilizando linguagem simples e diretiva, dirigindo-se pelo nome próprio da pessoa e assim cada elemento sem vacilar assumia a função que era pretendida.

O papel assumido na sala de emergência pelo elemento A, EEEMC, vai ao encontro das competências comuns de EE “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.8). Assim a otimização das respostas de enfermagem era evidente, o que fazia com que a segurança do doente e a qualidade das técnicas realizadas fossem garantidas.

Para além disso, nas situações de emergência, foi notória a competência específica do EEEMC “Dinamiza a resposta em situações de emergência, (...), da conceção à ação” onde, perante uma situação de emergência, atuava concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência.

Um dos exemplos práticos que vivenciei e que ilustra o atrás exposto, foi a situação de um senhor, de 64 anos de idade, que se encontrava em cadeira de rodas na sala de espera aguardando observação médica e apresentou paragem cardiorrespiratória (PCR). Tendo sido o chefe de equipa que era EEEMC a detetar, acionou de imediato o sinal de emergência e transportou o doente para a sala.

Quando cheguei à sala com o enfermeiro tutor, também EEEMC, encontravam-se apenas o enfermeiro chefe de equipa e o auxiliar de ação médica. O enfermeiro tutor ao se deparar com a situação assumiu a coordenação da situação, incluindo-me e no final foi um caso de sucesso. Refletindo sobre esta situação a posteriori, o papel de liderança assumido foi fulcral para o sucesso da intervenção, pois se esta posição não tivesse sido adotada pelo enfermeiro, podia conduzir os elementos que estavam lá a perder o foco de atenção e levar a um ambiente caótico logo de início, tendo depois repercussões no doente em questão. Considero então que foi notória a competência específica de EE, no domínio da gestão “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, bem como foi evidente a representação do enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 4.3 - A prevenção de complicações.

Pela complexidade destas situações a CRRRNEU (2012) exige que o enfermeiro de um SUP que tenha responsabilidade de atuação numa sala de emergência tenha formação em suporte avançado de vida (SAV) e SAV em trauma, adulto e pediátrico; prática básica em medicina intensiva; gestão de situações multivítimas; formação em transporte de doentes

críticos e formação em vias verdes. Esta exigência verifica-se como cumprida no nosso SU uma vez que os EEEMC detêm estas competências.

Relativamente ao sistema de triagem, este aborda de forma organizada e sistematizada os utentes em situações urgentes e emergentes, tendo como base o princípio da equidade, ou seja, promove respostas ajustadas às necessidades e carências de cada vítima. O objetivo principal é clarificar a prioridade de atendimento que cada pessoa necessita, em função da gravidade do estado geral das mesmas e das expectativas de sobrevivência (Gilboy, 2011; Montán, 2012).

A elevada procura dos serviços de urgência nas últimas décadas originou alterações a nível da organização da assistência hospitalar. O excessivo número de doentes que recorre diariamente aos serviços de urgência levou a que fossem elaboradas metodologias de trabalho, nomeadamente sistemas de triagem, capazes de garantir a correta identificação das prioridades clínicas de cada paciente e assim facilitar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde (Acosta, Duro & Lima, 2012).

Um grupo de dezanove médicos e enfermeiros de várias origens criaram o grupo Manchester Triage Group com o objetivo de promover um atendimento médico em função de critério clínico e não do administrativo ou ordem de chegada ao serviço de urgência. Assim, em 1997, nasce a triagem de Manchester, em Manchester, no Reino Unido (Silva, 2009).

Em 2000 foi implementada em Portugal enquanto instrumento de trabalho em contexto de urgência. Este sistema de triagem tem por objetivo definir o nível de prioridade através da identificação de critérios de gravidade que vão indicar a prioridade e o tempo alvo em que a pessoa deve ser atendida até à primeira observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos, mas identificar problemas e prioridades (DGS, 2018).

A utilização deste método consiste em identificar a queixa inicial da pessoa e seguir o respetivo fluxograma de decisão que contempla cerca de 52 situações clínicas possíveis. Estes fluxogramas contêm várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada que constituem os discriminadores. Após escolhido o discriminador relevante determina-se a prioridade clínica com a respetiva cor de identificação em: Emergente: vermelho, tempo máximo de espera 0 minutos; Muito urgente: laranja, tempo máximo de espera 10 minutos; Urgente: amarelo, tempo máximo de espera 60 minutos; Menos urgente: verde, tempo máximo de espera 120 minutos; Não urgente: azul, tempo máximo de espera 240 minutos.

E assim conclui-se a triagem. É de salientar que a prioridade não é definitiva podendo mudar a qualquer momento; sublinhe-se pois que a triagem constitui um processo

dinâmico que implica múltiplas reavaliações da prioridade clínica durante o período de espera do doente (Silva, 2009; DGS, 2018).

Também é de salientar que em Portugal existe a cor branca no sistema de triagem, para identificar doentes que dão entrada no SU, mas que na realidade não necessitam de lá estar, como p.e., doentes que recorrem ao serviço por indicação médica para reavaliação do estado de saúde ou para realização de algum exame de diagnóstico. O uso desta cor é uma medida adotada para gerir a utilização errada do SU e assim serve também para quantificar a dimensão do problema de “atividade programada” em SU (Grupo Português de Triagem, 2008).

Em Portugal normalmente é o enfermeiro que faz a triagem, embora possa ser desempenhada também por pessoal médico. O enfermeiro que faz triagem no SU deve possuir conhecimentos e habilidades específicas como experiência em situações de urgência e emergência, intuição, comunicação eficaz e formação específica em triagem, fazendo com que seja o elemento mais bem preparado para a definição de prioridades de atendimento (Acosta, Duro e Lima, 2012).

O meu primeiro turno no SU foi na área de triagem. Verifiquei que a triagem é realizada por enfermeiros peritos e EE com formação específica em Triagem de Manchester.

A verdade é que, na minha perspetiva, faz todo o sentido que assim seja; a triagem é um papel muito difícil pois cada pessoa que lá chega com o seu problema de saúde considera sempre que é o mais grave possível. É necessário ter uma grande habilidade e conhecimentos no sentido de dar resposta adequada a todas as situações, bem como prever focos de instabilidade para que assim o doente seja priorizado de forma correta e atendido em tempo útil.

Como na sala de triagem estão dois enfermeiros, em situações mais complexas via-se trabalho em equipa no sentido de escolher a melhor prioridade para o doente, o que denota o sentido de responsabilidade por parte dos enfermeiros.

Pude também constatar que em situações em que se podia optar por diversos fluxogramas, independentemente do escolhido, a prioridade atribuída era a mesma, o que dá segurança na hora da escolha.

Relativamente às “triagens” brancas considero que isto é uma má prática para o sistema de saúde, uma vez que faz com que a população seja incentivada a ser “má usuária” do SU com situações que não são urgentes. Estes doentes deviam ser encaminhados para

consulta externa ou centros de saúde e não para esta situação que se verifica num número elevado de casos.

Outra realidade que por vezes se encontra na triagem, é a ativação das Vias Verdes (VV). As VV é o nome utilizado em Portugal para designar sistemas de resposta rápida perante situações de saúde consideradas graves. Estas são algoritmos clínicos para avaliação e tratamento de processos patológicos complexos em que o tempo de atuação é determinante para o resultado terapêutico (CRRNEU, 2012).

Segundo a DGS na Norma nº 015/2017 a Via Verde é:

uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações (p.17)

Na ativação de um VV deve ser subentendido, como referido no relatório do CRRNEU (2012) que:

cada uma das VV radica num modelo colaborativo entre o SU e diferentes especialidades, em que uma delas é fundamental: Neurologia/Medicina Interna para o AVC, Cardiologia/Cateterismo cardíaco para a Coronária, Cirurgia Geral para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sepsis. (p.22)

No HNM as VV instituídas são: VV sépsis: em vigor desde 2009; VV AVC: em vigor desde 2009; VV coronária: em vigor desde 2010; VV do Trauma em vigor desde 2011.

VV da Sepsis

A definição de sépsis tem vindo a mudar ao longo dos anos, e em 2016 a Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock - Sepsis-3, definiu-a como “disfunção de órgãos com risco de vida devido a uma resposta do hospedeiro desregulado à infeção” (Singer, et al., 2016, p. 801).

É uma problemática de saúde que é considerada muito grave, e, de acordo com Carneiro, Andrade-Gomes e Póvoa (2016), o seu reconhecimento e a instituição de tratamento correto precoce, condiciona fortemente o prognóstico. O primeiro passo para tal é haver uma suspeita de infeção ou uma infeção já diagnosticada e assim procurar sintomas da mesma. Os sintomas a procurar são alteração da temperatura (inferior a 35º e superior a 38º) conjugada com cefaleias, confusão ou alteração do estado de consciência, dispneia, tosse, dor abdominal, icterícia, disúria, dor lombar e sinais inflamatórios cutâneos extensos (Seymour et al., 2016).

Havendo presença de um ou mais destes sintomas deve ser aplicado o score do Quick Sepsis Related Organ Failure Assessment – qSOFA, cujos parâmetros são: Tensão Arterial sistólica inferior a 100mmHg; frequência respiratória superior a 22cpm; e alteração do estado mental com Escala de Coma de Glasgow inferior a 15. Cada variável conta como 1 ponto, pontuação igual ou maior a 2 indica maior risco de mortalidade por sépsis (Singer, et al., 2016; DGS, 2016).

Na Norma nº 010/2016 da DGS recomenda-se que os SU tenham uma equipa de sépsis constituída por um médico do SU; um médico de medicina intensiva e EEEMC. No HNM esta equipa ainda não foi constituída formalmente.

Durante a minha prática clínica não presenciei nenhuma ativação da VV da sépsis; Porém, de modo a colmatar esta lacuna tive a oportunidade de falar com a EEEMC, que está mais ligada ao projeto de implementação da equipa da VV da sépsis e sobre o seu projeto. Foi também explicado que normalmente o utente é triado com o fluxograma da triagem de Manchester – indisposição no adulto, é encaminhado para avaliação médica e depois é decidido se se ativa a VV.

Sendo esta ativada, é contactada a equipa médica dos cuidados intensivos que depois decide o tratamento. Por vezes as VV da sépsis iniciam-se em SUB, é ativada a EMIR e quando chegam ao SU já fizeram a atuação da primeira hora – gasometria com lactatos; administração de oxigenioterapia; reposição volémica com soluções cristaloides; colheita de sangue para análises e hemocultura; início de antibioterapia de largo espectro, como preconizado pela DGS na sua norma de 2016.

VV Coronária

Em todo o mundo, a cardiopatia isquémica é a causa isolada mais comum de morte, sendo cada vez mais frequente. No entanto, na Europa tem havido uma tendência global para uma redução da mortalidade por cardiopatia isquémica durante as últimas três décadas. Presentemente a cardiopatia isquémica é responsável anualmente por quase 1,8 milhões de mortes ou por 20% de todas as mortes na Europa (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017).

Os principais fatores de risco para desenvolver doença coronária são a idade avançada, ser do género masculino, ter história familiar de doença cardíaca precoce, tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, colesterol elevado e obesidade (DGS, 2016).

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) define-se como lesão miocárdica com necrose, num contexto clínico compatível com isquemia do miocárdio. Clinicamente, isto vai definir-se com a elevação da troponina cardíaca pelo menos um valor acima do limite superior do valor de referência, bem como a elevação do segmento ST em pelo menos duas derivações do eletrocardiograma (ECG) de duas derivações (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017).

Já em 2009, Lino, Garcia e Costa referiam que a VV coronária é uma estratégia que, quando implementada, permite a acessibilidade precoce dos doentes acometidos com doença cardíaca emergente aos cuidados de saúde adequados. Esta, segundo os mesmos autores, teria como principais objetivos, alívio de sintomas, preservação do miocárdio, antecipação de possíveis complicações e realização da angiografia e angioplastia coronária para limitar danos no miocárdio.

No estágio não tive oportunidade de observar a ativação da VV coronária. No entanto fiquei a conhecer o seu funcionamento, que me foi explicado pelo enfermeiro tutor. O doente chega ao SU, é triado com o fluxograma Dor torácica; quando a dor é precordial é ativada a VV, sendo o doente encaminhado para observação médica, bem como é ativado o técnico cardio-pneumologista para realização do ECG de 12 derivações sendo também chamado o cardiologista de prevenção. Se o ECG demonstrar elevação do segmento ST vai diretamente para hemodinâmica fazer angiografia e angioplastia coronária, se for com infradesnívelamento do segmento ST é desativada a VV coronária, o doente colhe sangue para determinação dos marcadores cardíacos.

Guidelines atuais sobre atuação no EAM recomendam apenas a Angioplastia Primária como a estratégia para o tratamento do EAM com supradesnívelamento do segmento ST, pois no infradesnívelamento pode significar tempo elevado de sofrimento cardíaco, não beneficiando assim da terapêutica, daí a razão da VV coronária se desenvolver desta forma (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2018).

VV do AVC

O AVC é a segunda causa de morte no mundo e a terceira nos países desenvolvidos. A sua elevada incidência de sequelas determina um elevado impacto socioeconómico. O AVC pode ser hemorrágico ou isquémico, sendo este último o mais frequente (Almeida, Falcão & Madeira, 2013).

O objetivo no tratamento do AVC é minimizar a lesão cerebral aguda e maximizar a recuperação neurológica, diminuindo assim o risco de sequelas. A natureza tempo-

dependente do atendimento do doente com AVC é o aspeto central no estabelecimento de sistemas de resposta rápida, VV. Na Norma 015/2017 da DGS pode ler-se que perante a instalação de dificuldade em falar, desvio da comissura labial e falta de força num membro deve suspeitar-se de AVC. Neste documento é explicado o conceito de “tempo é cérebro”:

o conceito de que “tempo é cérebro” traduz o facto de o tecido cerebral ser extremamente vulnerável à privação de irrigação sanguínea e que em cada minuto de isquémia, um número elevado de células nervosas é destruído. Para evitar este fenómeno que é irreversível e se traduz em défices de gravidade variável com sofrimento e custos sociais importantes, é necessário agilizar um sistema de socorro em que a luta contra o tempo é o primeiro objetivo (p.17).

São critérios de ativação da VV do AVC: Deficit neurológico focal com menos de três horas de evolução (desde hora 0). Esta determinação atende a escalas de estratificação do risco e com uma sensibilidade elevada, como a escala de Cincinnati a qual avalia três parâmetros designados como os três “Fs”: face, fala e força. A alteração em apenas um destes parâmetros implica probabilidade de 72% da pessoa ter um AVC (Jauch et al., 2010). Outros critérios de ativação são: idade inferior a 80 anos e ausência de AVC prévio com sequelas.

A Norma nº 015/2017 da DGS especifica que a equipa da Via Verde AVC intra-hospitalar deve incluir um médico de medicina interna ou de neurologia com experiência no diagnóstico e tratamento do AVC, nomeadamente no diagnóstico clínico do AVC e aplicação das escalas neurológicas (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS); na interpretação dos meios complementares de diagnóstico, à situação clínica; na decisão terapêutica (fibrinolítica ou endovascular); na prescrição e monitorização de terapêutica fibrinolítica. A equipa deverá contar também com enfermeiros com experiência na abordagem do AVC.

Durante o estágio no SU do HNM tive oportunidade de participar nos cuidados a uma doente em que foi ativada a VV do AVC. A doente vinha do domicílio em ambulância, foi observada pelo enfermeiro da triagem: apresentava diminuição da força à direita, desvio da comissura labial e disartria, tinha 72 anos de idade. Foi acionada a VV. Na sala zero a doente foi observada pela equipa de medicina interna e da unidade de AVC.

A abordagem primária foi feita segundo o A/B/C/D/E, foi monitorizada e avaliados sinais vitais, glicémia capilar e INR, e foi colhido sangue para análises. Foram também colocados dois cateteres venoso periféricos, que segundo algoritmo da VV do AVC devem ser nº 18 e nº 20. No membro superior esquerdo, é importante que seja o nº18 para a administração do produto de contraste no serviço de imagiologia aquando da realização do TAC; no membro superior direito cateter nº 20 para administração de medicamentos de urgência.

De acordo com o protocolo, a enfermeira da unidade de AVC foi contactada, trazendo a mala de trombólise; acompanhamos o doente à TAC onde se confirmou que era AVC isquémico. Uma vez que a doente reunia os critérios para iniciar trombólise, nomeadamente a idade, o valor de INR ($> 1,7$) e valor de glicémia capilar (< 50 , e > 400 mg/dl), iniciou logo no serviço de imagiologia, pela enfermeira da unidade de AVC, tendo em conta o peso da doente. Posteriormente acompanhamos a doente até a Unidade de AVC segundo o protocolo de atuação da VV do AVC do HNM, sem intercorrências.

VV do Trauma

Os acidentes de viação (carro, motorizadas e outros veículos) isoladamente são responsáveis por aproximadamente 1.350.000 mortes anuais, constituindo a principal causa de morte de indivíduos entre cinco e os 29 anos em todo o mundo (World Health Organization, 2018).

A classificação das mortes por trauma em relação ao momento em que se deu o acidente é, classicamente, dividida em três momentos: em minutos, em horas e após as primeiras 24 horas, resultado de uma distribuição trimodal das mortes e que podem ser classificadas em imediatas, precoces ou tardias.

Segundo Pereira e Melo (2012), as mortes imediatas devem-se a causas irreversíveis e que por norma correspondem a apneia provocada por lesão cerebral grave ou lesão medular alta, ou rutura de grandes vasos. O segundo pico dá-se entre os primeiros minutos e algumas horas após o acidente, resultando em mortes que se devem, na grande maioria dos casos, a hemorragia. As mortes tardias ocorrem passados alguns dias ou semanas após o trauma e devem-se a complicações infecciosas, falência multiorgânica ou embolia pulmonar. Estas mortes são influenciadas pelos cuidados prestados inicialmente ao politraumatizado. Logicamente, a compreensão desta distribuição de mortes no tempo permite delinear estratégias que reduzam a mortalidade em cada um dos picos.

Segundo a Norma nº 07/DQS/DQCO da DGS, o atendimento inicial do doente com trauma obedece à sequência “A/B/C/D/E”, atendendo que

este período de cuidados clínicos exige ações bem coordenadas. A metodologia de intervenção deve ser efetuada de uma forma horizontal, isto é, em equipa, em que cada elemento tem objetivos claros e responsabilidades bem definidas nessa sequência de intervenção, de modo a possibilitar uma mais rápida identificação e correção das anomalias encontradas (p.6)

Segundo a mesma norma, os seguintes aspetos devem ser tidos em conta:

- Equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida, em termos de suporte científico e experiência no doente vítima de trauma;
- Liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão;
- Sala de emergência com os recursos necessários, organizados e preparados para a reanimação;
- Meios de comunicação para notificação pré-hospitalar ao hospital, ativação da equipa, comunicação inter-hospitalar, comunicação interpessoal e comunicação com a equipa consultiva.

Durante a minha prática clínica no SU não tive oportunidade de observar a ativação da VV do trauma. Porém, num dos turnos que realizei na EMIR, fizemos o transporte a um senhor, desde o SUB do CS da Ribeira Brava até ao HNM, que tinha caído de um muro com 5 metros de altura, tendo sido ativada a VV por via telefónica, uma vez que quedas acima dos 3 metros já são critério de ativação. O utente encontrava-se estável, com escala de coma de Glasgow de 15 apesar de apresentar uma laceração profunda do couro cabeludo. Também na inspeção do tórax conseguiam-se perceber crepitações, sugestivas de fratura de costelas, sendo que a expansão torácica na respiração se tornava assimétrica, daí que tinha risco eminente de ocorrer alguma complicação grave.

Concluindo, as VV procuram envolver a população e os profissionais de saúde no reconhecimento precoce de sinais de alarme, no conhecimento das formas de pedido de ajuda, na sistematização das primeiras atitudes de socorro a ter, definem claramente o encaminhamento para as unidades de saúde mais adequadas e com condições para tratamento diferenciado e definitivo, também definem as diversas responsabilidades técnicas, os vários procedimentos clínicos (protocolos e recomendações), os registos a serem realizados, bem como os indicadores de avaliação e monitorização e quais os objetivos de cada fase. Isto tudo com o objetivo principal de reduzir a morbilidade e mortalidade associadas aos quatro eventos que correspondem às VV (Direção Geral de Saúde, 2017).

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

Ao longo do estágio, pude observar que o contexto de um SU exige dos profissionais que lá trabalham, incluindo os enfermeiros, a necessidade de atuar de forma rápida, permanecendo sempre alerta perante as carências fisiológicas, psicológicas,

emocionais e sociais dos doentes, de forma a proporcionar um atendimento humanizado e adequado, estabelecendo prioridades.

Neste sentido é esperado que o EEEMC desempenhe um papel de destaque na equipa multidisciplinar devido ao seu conhecimento aprofundado e competências acrescidas no cuidado de enfermagem ao doente crítico. A OE (2011) corrobora esta situação referindo “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (p.3).

Também tive oportunidade de realizar várias atividades novas na minha vida profissional, que pelas suas diferentes naturezas, foram um desafio para a minha aprendizagem e contribuíram para o desenvolvimento de competências perante situações imprevisíveis e complexas. Pude ainda compreender a complexidade da dinâmica e dos cuidados que envolve o cuidar do doente no SU e o seu circuito.

Ao longo do estágio através da mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos nas aulas do CMEMC, na pesquisa bibliográfica e na minha prática profissional prévia, procurei sempre desenvolver as competências específicas de EEEMC, tentei sempre antecipar, identificar e responder de forma adequada a focos de instabilidade, reconhecendo evidências fisiológicas e emocionais de instabilidade dos doentes, e atuando de forma a resolver ou minimizar os problemas de saúde dos utentes no SU. Passo agora a relatar situações que evidenciam a minha evolução neste percurso de me tornar Mestre em EMC.

Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

Ao longo da prática clínica procurei sempre desenvolver e aprimorar o estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados, através de processos de tomada de decisão, sem que houvesse repercussões negativas no utente e reduzindo assim o tempo de atendimento nos utentes urgentes e emergentes. Segundo o nosso Código Deontológico (OE, 2005), é dever do enfermeiro coresponsabilizar-se pelo atendimento em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e tratamento. P.e., na sala de tratamento, por vezes tínhamos diversos utentes ao mesmo tempo; aqui, sem dúvida, tive que apelar a este dever e tomar decisões clínicas tendo em conta o estado em que o utente se encontrava e assim priorizar os cuidados, considerando as necessidades dos utentes e focos de instabilidade.

Na triagem também tive oportunidade de desenvolver capacidade de observação e de atuação consoante as situações dos doentes, sempre com supervisão de um enfermeiro. Sem dúvida fiquei a perceber que triar num SU é um processo minucioso, cada passo a tomar deve ser refletido e ponderado pois aquela decisão tem um valor preponderante, já que vai determinar a prioridade de atendimento aquela pessoa, e pode mesmo condicionar a sua situação. É necessário muito conhecimento teórico, técnico e experiência para que seja possível uma avaliação rápida e adequada de modo a não colocar vidas em risco.

Nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são exigidas ações coordenadas e competentes devido à complexidade das situações. Neste sentido a sala de emergência é um exemplo de tal.

A sala de emergência, tal como já mencionei, é uma área fulcral do SU. Pude observar, ao longo do estágio, que a abordagem segundo o A/B/C/D/E é clara e sempre utilizada facilitando assim a atuação, e identificando os focos de instabilidade para rápida atuação. Tive oportunidade de participar no atendimento ao doente após ativação da VV do AVC e em situação de PCR. Colaborei em diferentes funções indicadas aos diferentes elementos de enfermagem, tais como, monitorização, avaliação de sinais vitais, glicémia capilar e INR, cateterização de veia periférica e colheita de sangue, preparação de medicamentos de emergência, administração de medicamentos e fluídos prescritos. Assumo que, apesar de serem situações que tinha realizado antes, o contexto de urgência/emergência impõem uma celeridade na execução das mesmas que nunca antes tinha sentido, constituindo um desafio que me levou a desenvolver capacidade de organização e de atuação ponderada, mantendo a calma, o que sem dúvida levo comigo para qualquer contexto de trabalho.

Para além das situações em sala de emergência, vivenciei outras nos cuidados especiais, sala de observação e de recuperação que me permitiram desenvolver competências perante o doente crítico. P.e., doentes com dispneia aguda por edema agudo do pulmão, com fibrilação auricular, doente pós-ingestão de bifosfonatos, infeção por H1N1 com instabilidade respiratória, e outras. Perante toda esta diversidade de experiências tentei sempre manter um raciocínio lógico e reflexivo na minha atuação, estabelecendo prioridades e mantendo também o aspeto relacional, apresentando-me, informando sempre os procedimentos que ia realizar, e tentando sempre esclarecer dúvidas que me eram colocadas. Sabe-se que em situações de doença e *stress* o doente e família se encontram vulneráveis e a nossa atuação fundamentada numa relação terapêutica pode diminuir a ansiedade, tal como referido por Lukmanulhakim e Suryani (2016). Isto vai ao encontro do Artigo 105º do

Código Deontológico da nossa profissão “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015), bem como reflete as competências do EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”.

Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Sendo a minha prática profissional ligada aos CP, a dor surge naturalmente como um foco da minha atenção. A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (DGS, 2008).

De acordo com um estudo realizado por Bertoncello, Xaviera, Nascimento, e Amantea (2016), a dor aguda é um dos principais motivos de recorrência ao SU, sendo a dor severa a mais prevalente. Referem ainda que as dores na região lombar, abdominal, membros inferiores e cefaleias são as mais comuns.

A dor aguda é definida como uma dor previsível, com duração inferior a três meses e que desaparece quando tratada. Esta normalmente surge advinda de algum acontecimento agudo, associado a um traumatismo dos tecidos ou inflamação, como p.e. queimaduras, fracturas, procedimentos invasivos, ou outro tipo de traumatismo, mas também pode estar presente em exacerbações de doenças crónicas como artrites, doença oncológica, entre outras (Batalha, 2016).

Sabemos que o controlo da dor é um direito de todos nós, por conseguinte é um dever dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, ter a dor como um foco de atenção na sua prática.

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto da pessoa com dor, por esse facto, tem a oportunidade de contribuir para o conforto e o alívio da dor tendo por base intervenções autónomas e/ou interdependentes. O enfermeiro tem o dever de integrar nos seus cuidados uma avaliação e intervenções adequadas à pessoa (OE, 2015).

No SU do HNM não existe nenhum protocolo associado ao controlo da dor. O que acontece é que, conforme cada doente, e dependendo da situação, é prescrita medicação analgésica. Tive oportunidade de intervir junto ao doente monitorizando a dor e aplicando intervenções autónomas como otimizar posicionamentos, massagem de conforto, técnicas

de respiração profunda, bem como interdependentes como a gestão de medicação analgésica sobretudo por via IV, esta situação despertou em mim um motivo para reflexão. Citando Neto (2008) sabemos que:

É consensualmente reconhecido que existe uma maior invasibilidade e desconforto associados às vias IV e IM, quando usadas em doentes crónicos e terminais, frequentemente com caquexia associada e acessos venosos comprometidos. Para além disso, elas podem implicar um aumento dos custos do tratamento — associação a complicações locais (infecção e hemorragia) e sistémicas (sépsis) — e consequente aumento do tempo de internamento. (p.278)

Tendo como facto que a via mais usada na urgência é a IV e que nem sempre é uma via a que se acede facilmente, sobretudo em doentes idosos e com doenças em fases terminais, alertei a equipa para o facto de se poder administrar alguns fármacos analgésicos por via SC e como podem ser administrados.

A via SC é uma excelente alternativa para administração de fármacos (em bólus ou em perfusão contínua), para administração de fluidos (hipodermóclise), nos casos de doentes em fases terminais, e em fases de agonia que não tenham capacidade de deglutição, bem como para o controlo de sintomas como a dor, vómitos, náuseas, mioclonias, entre outros. Esta via apresenta um “índice de absorção semelhante ao da via intramuscular, mas com menos desconforto local associado, biodisponibilidade sobreponível à da via IV, mas com menos complicações e custos associados, que decorrem de menor necessidade de vigilância por possível infecção e extravasão” (p.279) (Neto, 2008).

As estratégias para viabilizar o conforto e o controlo sintomático, bem como a administração de fármacos representam seguramente um papel central, independentemente do local onde o doente se encontra. Procura-se com as intervenções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) assegurar um controlo sintomático constante e reduzir ao máximo as intercorrências negativas que agravem a qualidade de vida do doente e aumentem a ansiedade dos familiares (Neto, 2008). Tendo em conta os doentes que observei no SU, vindos de lares, do seu domicílio, com sintomas como a dor descontrolada, vejo que a utilização da via SC poderá ser uma excelente estratégia para a administração parentérica de fármacos, trazendo mais qualidade de vida e conforto ao doente, bem como menos custos.

Considero que, para além de ter desenvolvido a competência adjacente ao EEEMC, também vi evidenciada a competência de Mestre “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”, no sentido em que pude aplicar os meus conhecimentos e experiência profissional na avaliação e controlo da dor num contexto completamente diferente, tendo assim mobilizado meus conhecimentos e competências. Neste contexto acrescento a oportunidade de demonstrar a competência específica de enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área de especialidade”.

Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Segundo Costa (2014), a essência da enfermagem é o cuidado, que depende da competência técnica e sobretudo da relação interpessoal estabelecida com base nas habilidades de interação e comunicação.

A comunicação é considerada um instrumento básico de enfermagem, intrínseco e essencial à profissão que possibilita o acesso à informação e o conhecimento e satisfação das necessidades do cliente/família, encontrando-se presente em todas as atividades do enfermeiro, sendo por isso uma componente vital e necessária para um cuidado humanizado (Costa, 2014).

Ao longo do meu estágio constatei que, muitas vezes, devido ao estado de saúde das pessoas que se encontram no SU ser grave, a atenção acaba por ser mais direcionada para os aspetos físicos e de abordagem técnica para estabilização física da doença, passando assim a comunicação para “um segundo plano”.

De acordo com Brazão, Nóbrega, Bebian, e Carvalho (2016) o SU pode ser considerado uma das áreas hospitalares de maior complexidade de assistência, e com maior fluxo de atividades, exigindo para quem lá trabalha agilidade, competências e capacidade de resolução de problemas graves. Este ambiente de constante dinâmica, é um meio em que os profissionais estão sujeitos a maior sofrimento psíquico, tendo que lidar com o imprevisível, a frustração perante situações incontrolláveis e a ausência de condições e instrumentos de trabalho, a alta pressão para uma rápida circulação de doentes, muitas vezes dificulta a individualização de cuidados e o envolvimento ativo do doente no processo de comunicação,

uma vez que neste contexto, a prioridade vai para a estabilização dos doentes em situação crítica.

Deste modo, uma situação que vivenciei e me fez refletir, foi a de um utente que estava na sala de recuperação, consciente e orientado, tinha recorrido ao SU por dispneia e estava na companhia da esposa; como o utente ia realizar aerossolterapia e iria passar a noite no SU para observação a esposa regressou a casa, tendo-se depois agravado o estado do utente. Este foi para os cuidados especiais, onde acabou por ser entubado e transferido para a UCIP com o diagnóstico de EAM. Após todo o aparato gerado só me conseguia lembrar da esposa do senhor, que se tinha despedido do marido e agora, de repente, tinha que lhe ser transmitida esta informação de um diagnóstico grave, ou seja, uma má notícia. Esta má notícia foi dada pelo enfermeiro já na UCIP, e não pude estar presente, mas pensando sobre este aspeto, acredito que esta transmissão de más notícias deve ser feita por um EE com competências acrescidas na área da comunicação.

Más notícias, de acordo com Buckman (1984) é qualquer notícia que altere drasticamente e negativamente as expectativas que a pessoa tem em relação a algo, contribuindo para a inexistência de estabilidade a vários níveis, seja a nível dos pensamentos, das palavras ou das atitudes.

Este tipo de situações remete o profissional de saúde para um paradoxo, uma vez que é algo que não se tem vontade de dizer, bem como é algo que a pessoa do outro lado também não quer ouvir. Desta forma torna-se sempre uma tarefa difícil (Carvalho, 2008).

Não existem palavras certas, mas existem princípios que podem ajudar a que a transmissão de más notícias seja feita de uma forma sensível e de modo a que o impacto seja faseado. Destaca-se aqui o Protocolo de Buckman – Abordagem SPIKES. Este consiste em seis etapas:

1 – Setting - Conseguir o ambiente correto: garantir a privacidade e devem estar presentes as pessoas necessárias desde que não cause desconforto a quem irá receber a notícia;

2 – Perception – Descobrir o que a pessoa já sabe da situação até este momento;

3 – Invitation– Descobrir o que a pessoa quer saber;

4 – Knowledge – Partilhar a informação: deve ser feito em pequenas quantidades de informação, em função do que a pessoa consegue suportar. Devemos seguir-nos sempre pelo ponto em que a outra pessoa começou, e dar o que são chamados “tiros de aviso”. Muito

importante dar a perceber que não está sozinho neste momento da sua vida, assim como a utilização de uma linguagem simples.

5 – Emotions – Responder às emoções e perguntas da pessoa, e respeitar as reações que este tiver. O toque nesta fase por vezes é importante pois demonstra apoio e disponibilidade, assim como pode ajudar a tranquilizar.

6 – Summary – Fazer síntese e junto ao utente fazer plano de seguimento. Devemos também deixar “porta aberta” no sentido de deixar que a pessoa possa se exprimir e falar connosco se necessitar (Carvalho, 2008).

Descrevo uma outra situação de um casal estrangeiro, na casa dos 40 anos. O senhor diagnosticado com apendicite aguda, com dor severa, com indicação para cirurgia urgente. Enquanto realizava intervenções mais técnicas como a preparação para o bloco operatório, cumprindo a lista de verificação pré-operatório, administração de analgesia, monitorização de sinais vitais, colheitas de sangue, entre outras, observei na expressão facial do utente a ansiedade pela situação que estavam a vivenciar, de férias, num país diferente, com uma língua diferente. Perante isto, iniciei o estabelecimento de uma relação terapêutica, adaptei a comunicação tendo em conta o estado de saúde que vivenciavam, expliquei a intervenção cirúrgica e restante plano terapêutico. A esposa encontrava-se ansiosa e ambivalente pois confessou que, apesar de querer estar com o marido, tinha os dois filhos menores no hotel. Tranquilei-a, aconselhei-a ir ter com os filhos uma vez que no BO não pode acompanhar o marido. Ambos agradeceram os esclarecimentos que fui dando, e consegui notar o impacto positivo que a comunicação e a relação interpessoal tiveram neste caso.

Durante a minha presença no SU constatei que os doentes e as famílias, independentemente do motivo que os levou a recorrer ao serviço, precisam de apoio em termos emocionais. Outro exemplo, foi a oportunidade de cuidar de uma doente de 47 anos, que recorreu por dispneia grave, suspeitando-se de diversos diagnósticos inclusive gripe A. Perante o “alarido” à sua volta, pois diversos profissionais de saúde observaram-na, fez vários exames complementares de diagnóstico, encontrei-a no início do turno desfeita em lágrimas, “sem saber o que se passava”, e preocupada com o seu estado de saúde que não melhorava.

Estabeleci ligação com a utente, tendo escutado o que sentia e posteriormente explicando o porquê da realização de vários exames, ela agradeceu tendo ficado um pouco mais calma. Tal como se depreende, a relação de ajuda é fundamental nestas situações. Citando Phaneuf (2005), esta pode ser entendida como:

uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de (...) apoio de que a pessoa tem necessidade. (...) Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma” (p.324).

Vemos assim que no contexto de SU, a pessoa e a família perante situação de doença, umas vezes súbita, outras vezes doenças crónicas agudizadas ficam vulneráveis, surgindo assim situações de perturbação emocional.

Sabemos que tendo como objetivo a humanização dos cuidados de enfermagem, é dever do enfermeiro “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015).

Segundo Xavier, Nunes e Basto (2014), as emoções constituem um desafio permanente à capacidade do ser humano pensar sobre si e sobre a sua relação com o mundo. Compreender as emoções, enquanto figuras do comportamento humano, constitui um dos grandes objetivos para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para as pessoas.

Lukmanulhakim e Suryani (2016) no estudo que realizaram afirmam que o SU leva a situações de *stress*, ansiedade e medo da morte por parte dos familiares. Também apuraram que, de acordo com a situação que o doente vivencia, os níveis de ansiedade e *stress* alteram-se. Constataram p.e. que a dor por parte do doente é a situação que traz mais sofrimento ao familiar. Concluíram que a implementação de uma comunicação eficaz por parte do enfermeiro no SU, que envolva contacto visual, tom de voz empático, aberto calmo e amigável, usando linguagem clara e fácil de entender é essencial para que a família entenda a condição do doente, o que se repercute na diminuição do nível de *stress* e ansiedade da família.

Ao longo do estágio procurei manter sempre um atendimento integral junto da família e dos utentes, independentemente da sua situação de saúde, utilizei técnicas de comunicação, nomeadamente Protocolo de Buckman, assisti familiares e doentes com perturbações emocionais advindas da situação de saúde/doença que vivenciavam, respeitei sempre a dignidade do doente, bem como agi tendo por base princípios éticos, legais e a deontologia profissional.

Perante esta realidade, considero que é fundamental a intervenção do EEEMC no sentido de compreender a singularidade e sensibilidade de cada situação, identificar as necessidades e mobilizar as competências de comunicação, e assim prevenir situações mais complexas que possam surgir, promovendo ao máximo o bem-estar e conforto, apesar da situação

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Lei de Bases da Proteção Civil – Decreto Lei Nº 27/2006). Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (INEM, 2012).

O conceito de catástrofe, muito para além da sua definição, baseia-se em três componentes: afluxo intenso de vítimas; destruições de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer (Bandeira, 2008).

Estas situações são fenómenos imprevisíveis no que diz respeito ao seu acontecimento, mas perante o acontecimento destas, é dever do enfermeiro “Ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (OE, 2015).

O Serviço Regional de Proteção Civil, na RAM desde 1982, tem por missão “prevenir os riscos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, bem como resolver os efeitos decorrentes de tais situações, socorrendo pessoas e protegendo bens” (Proteção Civil, 2019). O Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) é o organismo da Proteção Civil na Madeira que é responsável pela coordenação da emergência médica na RAM.

Durante o período em que estive presente no SU não ocorreu nenhuma situação de exceção ou de catástrofe, pelo que, para o desenvolvimento desta competência, e tendo em conta os limites de conhecimentos e competências que apresentava nesta área, procurei conhecer o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM (PREPCRAM) e o Plano de Emergência interna do SESARAM assim como realizei o curso de Medical Response to Major Incidents (MRMI).

O PREPCRAM é um plano de âmbito geral, elaborado para enfrentar a generalidade das situações de emergência que se admitem para o âmbito territorial e administrativo da Região. O Plano de Catástrofe do SU do HNM é um conjunto de normas e procedimentos, de consulta simplificada, destinadas a minimizar os efeitos de um acidente grave, calamidade ou catástrofe que ocorra na RAM. Sempre que possa estar esgotada a capacidade de resposta

disponível e haja uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência/emergência, deve ser ativado.

Pude constatar que este plano já foi ativado várias vezes, p.e., acidente do autocarro em São Vicente em 2005, nas cheias de 20 de fevereiro de 2010, nos incêndios de 2015, tendo decorrido com sucesso, mas, como em qualquer plano foram detetados aspetos a melhorar e por esse motivo, e tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no SU neste tipo de situações, o plano de catástrofe interno está a ser reformulado.

Em complementaridade realizei o curso de MRMI, que consiste num modelo de simulação avançada, em que se treina toda a cadeia de comando em caso de catástrofes e situações de exceção, o que se revelou uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência específica.

Tendo em conta esta competência, também considerei pertinente ter experiência num contexto onde as situações imprevistas se sucedem, o pré-hospitalar. Assim, de modo a complementar o estágio I – Urgência, fiz 28 horas de estágio no SEMER, mais concretamente, na EMIR.

A EMIR tem como missão assegurar a prestação de cuidados em situações de emergência médica pré-hospitalar, com disponibilidade permanente, e coordenar e promover a formação a todos os agentes indispensáveis às ações de emergência médica pré-hospitalar.

Durante os turnos que realizei tive oportunidade de compreender o papel do EEEMC neste âmbito, identificar a metodologia de trabalho e os equipamentos que são utilizados. Fiquei a conhecer a estrutura física onde está sediada esta equipa, bem como a composição e organização da viatura de emergência. Assisti e colaborei na prestação de cuidados de enfermagem a doentes críticos em PCR e vítimas de Traumatismo Crânio-encefálico, na sua monitorização e estabilização, também acompanhei o transporte do doente crítico do pré-hospitalar até ao hospital.

As horas realizadas na EMIR revelaram-se muito pertinentes no sentido em que consegui cuidar da pessoa em situação crítica vítima de acidente ou doença súbita, num contexto complexo, onde se encontra em situação de maior vulnerabilidade física e emocional, e muitas vezes sem poder manifestar a sua vontade. Pude assim vivenciar a complexidade que se exige ao EEEMC no pré-hospitalar, bem como a sua importância neste contexto, uma vez que é-lhe requerido uma grande capacidade de trabalho em equipa, capacidade para lidar com situações complexas e imprevisíveis com precisão, onde tem pouca ou quase nenhuma informação sobre a vítima sem ser aquilo que estamos a

observar/monitorizar no momento, em ambientes não controlados, muitas vezes com a família da vítima e mais população à sua volta, exigindo-lhes competências na integração de informação, tomada de decisão com ética e estabelecimento de prioridades no menor tempo possível.

Para além disto, a OE (2007), nas suas orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no pré-hospitalar refere que este deve atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal na estabilização das funções vitais, garantir o acompanhamento e vigilância da vítima no transporte, assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem transmitindo a informação pertinente e garantir a adequada informação e acompanhamento à família do doente.

De referir que, legalmente, mesmo que o doente tenha Diretivas Antecipadas de Vontade, a atuação do enfermeiro e da equipa está salvaguardada, uma vez que, no Artigo 6º da Lei nº25/2012 se lê “Em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as diretivas antecipadas de vontade, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante” (p.3729).

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

“A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007).

Sabe-se que a prestação de cuidados deve ser realizada com medidas de combate à transmissão de infeção, de forma a diminuir a morbilidade e co morbilidade dos doentes. A implementação destas medidas interfere diretamente em todo o processo de doença. Se os enfermeiros prestarem cuidados tendo em conta as medidas de prevenção e controlo de infeção, teremos certamente doentes mais confortáveis, no sentido em que haverá um menor período de doença e consequentemente uma recuperação mais célere, o que vai dispensar a aplicação de medidas suplementares, entre elas a realização de exames complementares de diagnóstico, procedimentos invasivos, aumento de custos financeiros, menor tempo de

dispensa laboral, fatores que, podem interferir muito negativamente na vida dos doentes e das suas famílias (Figueira, 2013).

O EEEMC deve atuar e responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção, nos cuidados que presta, na supervisão e no treino de outros profissionais, nos diversos campos de intervenção, incluindo o SU. É neste sentido que esta competência se destaca.

Durante a minha prática clínica apliquei precauções básicas e específicas que eram necessárias para a prevenção e controlo de infeção, na prestação direta de cuidados, adequando-as ao tipo de intervenção pretendida. Na prestação de cuidados, quando necessário utilizei equipamento de proteção individual e alertei para o seu uso outros membros da equipa, atendendo assim à minha segurança, bem como à segurança dos doentes.

De entre as precauções básicas saliento a higiene das mãos. Para tal, sabe-se que a primeira escolha deve ser a solução antisséptica de base alcoólica (SABA), desde que as mãos estejam visivelmente limpas e/ou isentas de matéria orgânica. Deve ser utilizada na maioria dos procedimentos comuns na prestação de cuidados, devendo estar facilmente acessível ao profissional de saúde, preferencialmente no local de cuidados, sem que seja necessário sair da zona de atendimento/tratamento. Isto permite cumprir de forma rápida e fácil, os cinco momentos de higiene das mãos (DGS, 2010). No SU temos acesso fácil a SABA o que parece fomentar a higienização das mãos. Isto vai ao encontro do preconizado pelas *Guidelines* da OMS sobre a higiene das mãos, onde é recomendado o SABA estar colocado sempre num local acessível ao pessoal de saúde, o mais próximo possível e ao alcance das mãos, visto que incentiva sua utilização (DGS, 2016).

Porém, considero que a estrutura física do SU e sua sobrelotação, onde por vezes as macas ficam quase lado a lado, onde há separações feitas por cortinas, contribui para o aumento do risco de ocorrerem IACS. Consegui observar que é uma preocupação da equipa em assegurar que as limpezas e desinfecções dos equipamentos e das instalações sejam cumpridas, sendo os EE os que muitas vezes alertavam os assistentes operacionais para que isto fosse realizado, bem como para a reposição do sabão, do SABA, dos toalhetes para secar as mãos, indo assim ao encontro das competências gerais do EE: “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais: gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (OE, 2010).

3. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ESPECIALISTA NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO E SUA FAMÍLIA, EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio II - Cuidados Intensivos foi desenvolvido no Serviço de Medicina Intensiva do HNM, mais concretamente na UCIP no período de 30 de outubro a 30 de novembro de 2018, tendo a duração total de 130h de contacto.

Segundo o SESARAM (s.d), este serviço tem por missão “melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na investigação da ciência clínica aplicada e da formação de médicos e enfermeiros na área do intensivismo”, bem como “ser reconhecido interna e externamente como um Serviço de Excelência através da eficiência e modernidade da estrutura física e organizacional, do reforço da competência técnico-científica dos profissionais de saúde, da qualidade dos serviços prestados e dos resultados obtidos”.

A UCIP, tendo em conta o documento da DGS “*Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*” é classificada com o nível III, visto que possui quadros próprios de equipa médica e de enfermagem, assistência médica qualificada por intensivistas que se encontram em presença física 24h, possui os meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, possui também medidas de controlo de qualidade e de programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Localiza-se no andar técnico e possui sete camas e um isolamento, e no primeiro andar poente possui um anexo com três camas – denominada por UCIP 2. No andar técnico, o serviço está dividido em três áreas principais: A, B e C. Na área A estão situados os vestiários, os gabinetes (do enfermeiro chefe, do diretor, e gabinete médico); a área B (Área de Internamento) dispõe de sete unidades e um isolamento, sendo cada unidade individualizada. Nesta mesma área encontra-se a sala de trabalho de enfermagem, localizada no centro da unidade, o que também facilita a observação de todos os doentes. A área C serve como o local de entrada e saída dos utentes.

No que concerne aos materiais existentes, a UCIP está equipada de acordo com as recomendações da *European Society Of Intensive Care*, em que cada doente tem a sua unidade com todos os materiais e equipamentos necessários, sendo que a terapêutica é o único meio necessário que não se encontra na unidade do doente.

Em relação aos recursos humanos, a unidade possui um quadro próprio de pessoal constituído por dez médicos, 54 enfermeiros (seis EEEMC, cinco especialistas em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem de saúde mental e um em enfermagem de saúde comunitária), e 10 assistentes operacionais. Por turno há normalmente três médicos, nove enfermeiros (sete enfermeiros para a UCIP e dois enfermeiros para UCIP 2), um dos enfermeiros assume sempre o papel de chefe de equipa, o que normalmente fica destinado para os EE. Pude observar que isto vai ao encontro das competências comuns do EE no domínio da gestão de cuidados, uma vez que este é que gere os cuidados, otimiza a resposta da equipa de enfermagem e da restante equipa colaboradora e multidisciplinar, visando sempre a otimização e qualidade dos cuidados. O diretor de serviço é um médico intensivista e o enfermeiro chefe é EEEMC.

A metodologia de trabalho utilizada é a de enfermeiro responsável, num rácio de um ou dois enfermeiros por doente tendo em conta a criticidade do mesmo. Nesta unidade é utilizada uma escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem - *Therapeutic Intervention Scoring System* 28 (TISS 28). De acordo com Conceição (2016), esta escala tem-se demonstrado como sendo uma ferramenta de gestão útil, que faz uma boa correlação entre a gravidade da doença e permite assim quantificar o volume de trabalho nas UCI, tendo como base atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e em intervenções específicas. Esta é avaliada uma vez por dia e tive a possibilidade de conhecer e compreender esta ferramenta de trabalho e perceber a sua utilidade.

Também tive oportunidade de colaborar diariamente na gestão de recursos materiais, repondo *stock* de material e de fármacos na sala de trabalho de enfermagem e na unidade do doente mantendo assim o espaço operacional para uma atuação adequada, segura e rápida perante o doente crítico.

Considero assim que este conjunto de situações ajudaram-me a desenvolver a competência comum do EE, com o descritivo “Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”.

Os doentes são admitidos na UCIP vindos do SU, a maior parte após serem estabilizados na sala de emergência, ou então após agravamento dos doentes internados na sala de cuidados especiais do SU; também podem vir diretamente do BO, em contexto de pós-operatórios de risco. Este serviço também é responsável pela emergência intra-

hospitalar, ou seja, garante a atuação em situação de urgência e emergência a todos os adultos internados e nas imediações do HNM.

Os quadros sindrómicos prevalentes apontados pelo SESARAM (s.d) para a UCIP na RAM são a Sepsis e Choque Séptico; Choque circulatório de diferentes etiologias; Paragem cardiorrespiratória; Insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada; Politraumatismo; Doentes neuro-críticos; Insuficiências orgânicas agudas e crónicas agudizadas; Doenças cerebrovasculares; Estados pós-operatórios; entre outros. Isto vai ao encontro do referido no Relatório de Avaliação da Situação das Unidades de Cuidados Intensivos de Portugal, onde se refere que a maior parte dos doentes internados em UCI apresentam como situações clínicas frequentes os mesmos quadros sindrómicos que na RAM (Ministério da Saúde, 2016).

Como vemos trata-se de um vasto leque de situações graves, ou seja, o doente crítico na sua essência. Assim sendo, este tipo de situações, claramente exigem cuidados de enfermagem altamente qualificados, requerendo observação e avaliação contínuas, que permitam antecipar complicações, e assegurar uma intervenção qualificada e em tempo útil. Passo agora a descrever as situações mais marcantes vividas no estágio.

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Segundo a Administração Central dos Sistemas de Saúde (2013), os Serviços de Medicina Intensiva destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação crítica com potencial de reversibilidade, que carecem de monitorização e apoio às funções vitais, sendo que o tratamento é em horário contínuo e fica a cargo da equipa médica e de enfermagem.

Inicialmente, dada a especificidade e exigência de cuidados da UCIP, tornou-se necessário um trabalho pessoal árduo de aprofundamento teórico através de pesquisa bibliográfica, consulta e leitura de protocolos e procedimentos do serviço e discussão de situações e de casos clínicos com a enfermeira tutora. Isto permitiu que me sentisse mais segura na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e sua família em contexto de cuidados intensivos, desde a sua admissão até sua alta clínica ou morte.

Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

A admissão na UCIP é um momento crucial e exigente. No decurso do estágio, os doentes admitidos na UCIP eram provenientes do SU, do BO ou de outros serviços de internamento. A equipa de enfermagem tem que estar disponível para receber o doente, fazer a avaliação inicial e iniciar intervenções de enfermagem como monitorização, cateterização vesical, entre outras. Também devem estar alertas, pois o doente pode, em qualquer momento, despoletar situações urgentes e/ou emergentes tendo em conta a criticidade do estado de saúde do mesmo. Isto vai ao encontro da competência específica de EEEMC no que diz respeito à pessoa em situação crítica, o enfermeiro deve identificar focos de instabilidade e agir de forma antecipada para evitar complicações.

A passagem de turno foi outra novidade, no que diz respeito à metodologia utilizada neste serviço, uma vez que é realizada em dois momentos diferentes. O primeiro momento é junto ao doente, onde é feita uma passagem de informação pormenorizada, demonstrando no doente aquilo que se vai sendo transmitindo. O segundo momento é feito em frente de toda a equipa de uma forma menos pormenorizada, mas também contendo toda a informação clínica relevante que permita à equipa presente, em situação de agravamento ou caso seja necessário, cuidar do doente.

Considero que esta estratégia é sem dúvida uma mais-valia tendo em conta a complexidade dos doentes com que nos deparamos na UCIP; esta passagem de informação visa assegurar que as falhas de informação sejam menores, garantindo maior segurança na continuidade de cuidados. Segundo, Gonçalves (2018) o processo de comunicação durante os momentos de transição de cuidados, como p.e. a passagem de turno, pode sofrer falhas que colocam em causa a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes em várias áreas de atuação, tais como, erros na administração/preparação de medicamentos, atrasos nos tratamentos, infeções hospitalares, entre outros.

Durante o estágio, após a passagem de turno supramencionada, procedia então à consulta do processo clínico para complementar a informação que recebera com os diagnósticos médicos e de enfermagem identificados, exames complementares de diagnóstico e análises clínicas, e de seguida realizava uma avaliação minuciosa e sistemática do doente. Esta avaliação permitia-me assim planear intervenções a realizar no turno, bem como detetar algum foco mais instável ou alguma complicação ao longo do turno, tendo sempre os parâmetros iniciais como referência.

Cuidar da pessoa numa UCIP foi sem dúvida um desafio, começando pelo facto de a maior parte dos doentes se encontrarem sedados. De acordo com Dos Santos, Martins e Gonçalves (2016), o internamento em UCI geralmente está associado a diversos

procedimentos invasivos e para além disso é desconfortável devido ao uso de equipamentos eletrónicos de apoio às terapias e de monitorização intensiva. Este conjunto de aspetos, juntamente com a situação crítica do doente, criam muitas vezes desconforto, dor, ansiedade e outros sintomas que dificultam a recuperação, pois geram *stress* agudo no organismo causando um aumento nos níveis circulantes de catecolaminas, glucagon e cortisol que por sua vez vão gerar aumento do consumo de oxigénio, hiperglicemia, hipercatabolismo proteico e lipídico, retenção hídrica e depuração renal de potássio, havendo assim necessidade de iniciar analgesia e sedação na maior parte dos doentes.

Nos cuidados de enfermagem iniciava a minha avaliação pelo estado de consciência do doente, com recurso à escala protocolizada na UCIP, Escala de Agitação-Sedação de Richmond (Richmond Agitation Sedation Scale - RASS). Esta consiste num método de avaliar a agitação ou sedação de pacientes usando três passos claramente definidos que determinam uma pontuação que vai de -5 a +4. A pontuação zero refere-se ao paciente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis menores do que zero significam que o paciente possui algum grau de sedação. Níveis maiores do que zero significam que o paciente apresenta algum grau de agitação (Junior, Neto, Walquiria, & Park, 2008).

Outro aspeto novo e desafiante da UCIP é o ambiente repleto de ruídos, luzes, temperaturas mais frias. Estes aspetos variam de intensidade ao longo das 24h mas estão sempre presentes. Diz-nos Castro, Vilelas, e Botelha, (2011) que esta sobrecarga sensorial pode causar diversas alterações no doente, desde alucinações, *delirium*, ansiedade, agitação.

Um dos doentes que tive oportunidade de cuidar, após alguns dias de internamento e após o desmame da medicação sedativa e analgésica apresentou *Delirium*.

Faustino (2014), define *delirium* como uma entidade nosológica que surge em quadros orgânicos e caracteriza-se por uma perturbação da consciência, diminuição da capacidade de atenção e pensamento desorganizado. Esta perturbação pode desenvolver-se num curto período de tempo e tende a flutuar ao longo do dia.

Para Pereira, et al. (2016) o *delirium* é comumente conhecido como estado confusional agudo e está entre as doenças mentais mais prevalentes nos doentes críticos internados. O doente em questão apresentava diminuição da capacidade em se manter focado, estava desorientado e com períodos de confusão mental.

Este doente tinha estado consciente e orientado, e quando começou a apresentar este tipo de sintomatologia, fez-me sentir impotente e até com algum sentimento de

“fracasso” por estar agora naquele estado de confusão. Isto fez-me refletir e questionar, o que posso fazer para melhorar esta situação? Podíamos ter evitado o aparecimento?

Sabe-se que um doente internado em UCI apresenta um conjunto de fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*, alguns destes são considerados fatores não modificáveis, ou seja, pré-existentes à data do internamento, enquanto outros são considerados fatores modificáveis, uma vez que decorrem da situação de patologia aguda e/ou de causas iatrogénicas/ambientais (Pereira, et al., 2016). Por este motivo, os mesmos autores salientam que à semelhança de outras condições clínicas, prevenir é melhor do que tratar, já que a intervenção precoce permite não só diminuir a incidência do *delirium*, como também a sua severidade e duração dos sintomas. Torna-se assim fundamental intervir precocemente nos fatores de risco modificáveis, no sentido de diminuir a suscetibilidade dos doentes ao desenvolvimento de *delirium*.

De acordo com Faustino (2014) e Pereira, et al., (2016) alguns dos fatores de risco modificáveis para prevenir o aparecimento do *delirium* são: Promoção da visita de familiares, estimulando a sua interação com os doentes mediante diálogos que os orientem no tempo e no espaço; A promoção de um ambiente adequado à manutenção do ciclo sono-vigília, com redução do ruído, diminuição da exposição à luz artificial no período noturno e otimização da temperatura ambiental; Promoção de uma nutrição e hidratação adequadas, manutenção de uma boa higiene e hidratação da mucosa oral, evitando sempre que possível a alimentação por SNG; Prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados, tendo em consideração a gestão adequada dos dispositivos invasivos; Favorecimento da utilização de próteses visuais e auditivas já existentes, melhorando a capacidade dos doentes perceberem o meio e interagirem com ele; Gestão adequada dos medicamentos prescritos em SOS; Fazer uso mais sistemático de técnicas não farmacológicas para tranquilizar os doentes; Favorecimento de posicionamentos e oxigenioterapia adequados, adjuvados por uma aspiração oportuna de secreções; Retirada precoce da ventilação mecânica invasiva (VMI) e retardar ao máximo a necessidade de instituir ventilação mecânica.

Analisando a situação concreta do doente, muitas destas medidas foram implementadas pelo que provavelmente o motivo para o aparecimento do *delirium* não era prevenível. Por outro lado, esta situação também me levou a refletir sobre a importância da realização destas intervenções junto dos doentes de forma a prevenir estas situações, p.e. às vezes o facto de chegar junto do doente apresentar-se, orientar no tempo e no espaço é muito mais que “apenas isso”.

Na continuidade de avaliação do estado do doente, também analisava os dados de monitorização apresentados nos monitores. Todos os doentes na UCIP encontram-se monitorizados hemodinamicamente. De acordo com, Venturi et al. (2016):

A monitorização hemodinâmica é de suma importância no cuidado prestado ao paciente crítico com a finalidade de reconhecer e avaliar as complicações do estado hemodinâmico do paciente para que se possa intervir com uma terapia adequada e com o intuito de prevenir assim maiores complicações melhorando assim o prognóstico do paciente (p. 20).

Existe uma monitorização mais básica, que é recomendada para todos os doentes internados em UCI, com os parâmetros de frequência cardíaca; eletrocardiograma contínuo; oximetria de pulso; pressão arterial média não invasiva, frequência respiratória e temperatura (Venturi, et al., 2016). A monitorização hemodinâmica invasiva por sua vez consiste, como próprio nome indica, na monitorização de forma invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e que nos permitem determinar a eficácia da terapêutica implementada (Azeredo & Oliveira, 2013).

Em contexto de cuidados intensivos, geralmente os doentes apresentam um elevado nível de criticidade, que se traduz muitas vezes em instabilidade hemodinâmica grave, pelo que a monitorização invasiva nestes casos é mais usada para nos dar parâmetros de sinais vitais e resposta à terapêutica implementada de forma mais precisa. Por outro lado, devido ao elevado risco de infeção e possíveis complicações graves que este tipo de dispositivos pode causar, o objetivo é alcançar a monitorização não-invasiva o mais-breve possível que o estado do doente permitir (Coelho, 2015).

Prestei cuidados a doentes monitorizados, avaliando os parâmetros que apresentavam e fazendo uma correlação com o diagnóstico médico que apresentavam, bem como com os dados fornecidos por exames complementares, como p.e. a gasometrias, e ainda uma observação atenta. Isto exigiu estudo e pesquisa recorrente tendo em conta que foi uma novidade em termos de prática clínica para mim.

Na prática tive doentes com monitorização intra-arterial, que consiste num cateter numa artéria, normalmente radial ou femoral e que permite determinar a pressão arterial contínua do doente, bem como o acesso rápido para a realização de gasometrias arteriais ou outras amostras sanguíneas. Também cuidei de doente com monitorização da Pressão Venosa Central (PVC), realizada através de um CVC, ligado a um transdutor e que, quando necessário permitia avaliar a pressão arterial pulmonar e a função cardíaca esquerda.

Cuidei de doentes no pós-operatório com monitorização da Pressão Intracraniana (PIC); esta é realizada através da implantação de um cateter através do crânio até o espaço

subaracnoídeo ou ventrículo cerebral. Este tipo de monitorização é utilizado para controlar as alterações na pressão dentro da cavidade craniana em doentes com PIC instável ou que apresentem hipertensão intracraniana. O valor preconizado para a PIC para que haja uma manutenção de Pressão de Perfusão Cerebral é de 20 mmHg (Azeredo & Oliveira, 2013).

Reforço que a necessidade de procedimentos invasivos está, frequentemente ligada ao doente crítico, sendo mesmo essenciais para a manutenção da vida. Outra técnica que se verificou essencial nos cuidados à pessoa em situação crítica foi a VMI. A VMI é um método de suporte, não curativo, com indicações específicas, possíveis repercussões hemodinâmicas funcionais e complicações potenciais. É realizada através de um equipamento denominado «respirador ou ventilador», que é acoplado ao utente por uma via artificial, seja um Tubo Orotraqueal (TOT) ou traqueostomia (Melo et al., 2014).

Vemos assim que o cuidado de enfermagem numa UCI é um cuidado complexo, rigoroso e minucioso, exigindo saber e conhecimento científico, de modo a detetar precocemente possíveis alterações, visando a prevenção de complicações que possam interferir negativamente no prognóstico do doente. Venturi, et al., (2016) corroboraram esta afirmação afirmando que

Com o passar dos anos a assistência de enfermagem prestada ao paciente tem ocorrido de forma mais complexa. Com isso a enfermagem acaba tendo a necessidade de se capacitar cada vez mais com conhecimentos científicos, para que com isso possa prestar uma assistência eficaz fundamentada em conhecimentos científicos (...) O enfermeiro de UCI é responsável pelo acompanhamento constante e consequentemente o compromisso de manter a homeostasia do paciente (p.21 e 22).

Isto vai ao encontro do Regulamento nº135/2018 da OE, que diz respeito às competências específicas de EMC onde se lê que na pessoa em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes são de importância máxima no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, sendo isto uma das competências clínicas especializadas do EEEMC.

Um dos doentes que cuidei na UCIP apresentava diagnóstico do foro cardíaco, foi uma das situações interessantes e complexas, não só pela gravidade do doente, mas também pelo facto de se tratar de um doente estrangeiro de férias na região.

Tratava-se de um senhor de 53 anos de idade, de nacionalidade Austríaca que sofreu uma PCR em via pública, tendo sido observado e assistido de imediato por duas pessoas que se encontravam no local, pedindo ajuda e iniciando suporte básico de vida até à chegada da ajuda diferenciada, bombeiros e EMIR.

Após intervenção das equipas do pré-hospitalar, é levado ao SU do HNM em status pós-PCR com Fibrilação Ventricular com retorno a circulação espontânea após 20 min. Já entubado e ventilado, escala de coma de Glasgow de 3, acidemia metabólica. É aqui diagnosticado a causa da PCR - EAM através de electrocardiograma com supra ST.

Vai para hemodinâmica onde é realizado uma Angiografia e Angioplastia da artéria descendente anterior com colocação de stent. Durante o procedimento volta a ter PCR onde foi feito SAV com desfibrilhação, retorno à circulação espontânea após o primeiro ciclo. E depois é transferido para a UCIP com diagnóstico médico de Status pós-paragem cardiorrespiratória.

A PCR é um acontecimento súbito que constitui uma das problemáticas de maior importância da saúde pública, tanto pela sua incidência como pelo seu prognóstico. Na Europa afeta entre 55-113 pessoas/100.000 habitantes, estimando-se que sejam entrem 350.000-700.000 indivíduos por ano (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2019).

Independentemente da causa subjacente, tem morbilidade e mortalidade elevada. Sabe-se que entre 25-50% das vítimas de PCR no pré-hospitalar têm fibrilação ventricular, sendo que a sobrevida à alta hospitalar nestas situações é de 9% na Europa (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2019).

O tratamento no *status* pós-PCR é essencial, e foca-se essencialmente na preservação das funções orgânicas, evitando a progressão da lesão e mantendo uma adequada pressão de perfusão. Paralelamente deve-se estar atento às potenciais complicações que possam surgir e obviamente ao tratamento da causa subjacente à PCR (Pereira J., 2008).

A síndrome pós paragem, inclui a lesão cerebral pós paragem, disfunção miocárdica pós paragem, síndrome de isquémia/reperfusão e a persistência da patologia que desencadeou a paragem cardíaca e que pode ser causa de novas complicações na fase pós-reanimação (European Resuscitation Council, 2015)

Poderá manifestar-se por coma, convulsões, mioclonias, disfunções cognitivas de gravidade variável e morte cerebral. Para os autores supracitados preconiza-se neste último elo da cadeia de sobrevivência a normocápnia, angiografia coronária precoce, normoglicémia (prevenção da hipo e hiperglicémia que estão associadas a maior mortalidade) e a hipotermia terapêutica com vista à neuroproteção.

Em relação ao doente que teve oportunidade de cuidar, este encontrava-se sedoanalgesiado com perfusão IV de Propofol 2% e Fentanilo. Com uma avaliação da escala Richmond Agitation Sedation Scale de – 5 que correspondente ao nível de “Não desperto”, sem resposta a estímulos verbais ou físicos. As pupilas encontravam-se isocóricas e isoreativas, apesar de ter uma resposta lenta à luz.

De acordo com Dos Santos, Martins, e Gonçalves (2016) o uso de sedação e analgesia exige um acompanhamento e avaliação rigorosos uma vez que, procura-se através destas promover o conforto do doente, mantendo-o passível de despertar, com o mínimo de fármacos possíveis. Posto isto, a avaliação pelo enfermeiro e pela restante equipa é fundamental para que este tratamento seja benéfico para o doente. A avaliação constante do nível de consciência/sedação e ou agitação reflete a natureza complexa e dinâmica dos doentes em UCI. Para que esta avaliação seja fidedigna, necessitamos de medidas objetivas, confiáveis e reproduzíveis, recorrendo assim ao uso de escalas.

O doente encontrava-se também sob VMI, em modo ventilatório controlado; com suporte de Noradrenalina com PAM de ~80/85mmHg, apresentava ECG irregular, com perfusão contínua de amiodarona, o que exige do enfermeiro a identificação rápida de focos de instabilidade e o diagnóstico precoce de complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, apelando assim à tomada de decisão fundamentada e monitorização contínua, indo ao encontro da competência específica de EEEMC “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”.

Elaborei e apliquei o plano de cuidados de enfermagem, onde planeei a monitorização continua dos sinais vitais, ECG, avaliação contínua da pele e balanço hídrico uma vez que a disfunção cardíaca pós-PCR causa instabilidade hemodinâmica, que se manifesta por hipotensão, baixo débito e disritmias cardíacas. A taquicardia pode ocorrer como mecanismo compensatório devido à diminuição da contratilidade ventricular. As extrassístoles e a fibrilação auricular ocorrem frequentemente e deverão ser vigiadas. Hipotensão grave pode ocorrer quando os mecanismos compensatórios deixam de ser eficazes. Já a vasoconstrição sistémica ocorre como consequência da diminuição do débito cardíaca, tornando a pele pálida, viscosa e fria ao toque (European Resuscitation Council, 2015).

Deve-se manter um controlo hemodinâmico para assegurar débito urinário > 1ml/Kg/h. Os rins reagem à diminuição do débito cardíaco através da retenção de água e sódio, isto reflete-se no estado de hidratação, características da urina e função renal (European Resuscitation Council, 2015). A monitorização destes parâmetros foram

intervenções que também planeei.

A realização do protocolo de hipotermia terapêutica também foi de extrema importância para o doente, tendo eu oportunidade de o realizar. Sabemos que habitualmente a temperatura cerebral é cerca de 0,5°C superior à temperatura sistémica. No cérebro lesado essa diferença pode atingir até os 3°C. Após a PCR pode verificar-se aumento da temperatura sistémica e consequente hipertermia cerebral. A European Resuscitation Council, (2015) baseia-se em vários estudos para documentar a associação entre hipertermia pós-PCR e mau prognóstico, e também refere que depois de um período de isquémia-reperfusão cerebral global, a hipotermia ligeira é neuroprotetora e melhora o prognóstico uma vez que diminui a taxa metabólica cerebral do oxigénio em cerca de 6% por cada °C de redução da temperatura e isto pode diminuir a libertação de aminoácidos excitatórios e de radicais livres. Também bloqueia as consequências intracelulares da exposição às excito-toxinas e reduz a resposta inflamatória da síndrome pós-PCR.

Outra das situações que foi uma novidade para mim foi o transporte de doentes críticos, tendo tido oportunidade de colaborar ativamente no transporte de doentes para realização de exames complementares de diagnóstico. No meu estudo prévio tive como base as recomendações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos em 2008. Pude constatar com a minha experiência no estágio que esta é uma atividade de alto risco, pois podem ocorrer diversos incidentes que podem ser ligeiros ou até fatais, daí que o transporte deve seguir várias fases (decisão, planeamento e efetivação) de forma a conseguirmos antecipar alguma complicação que possa ocorrer e executá-lo com a maior segurança possível. Deverá ser assegurada toda a logística previamente, não devendo, portanto, transportar o doente se não se verificarem condições de segurança.

De acordo com o documento supracitado, a realização destes transportes, apesar de serem uma situação de risco, têm justificação pela necessidade de o doente receber assistência diferenciada, ou para realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêuticas que não podem ser realizadas no serviço onde este se encontra. Recomendam também a utilização de *check-lists* para reduzir assim o risco do transporte. Todos os transportes de doentes devem ser realizados pelo médico e pelo enfermeiro responsáveis pelo doente e a responsabilidade médica do transporte é partilhada com a equipa que transporta (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Na minha prática, realizei sempre uma observação criteriosa do doente antes do transporte; equacionei os possíveis riscos; planeei o transporte tendo em conta o tempo de

duração do mesmo e trajeto a realizar; preparei meios de monitorização, equipamentos e terapêuticas; garanti que todos os meios de monitorização e acessos estavam a funcionar adequadamente e bem fixados; contatei previamente o serviço de destino. Os transportes em que participei e outros que observei foram sempre realizados pelo enfermeiro responsável do doente, médico e um auxiliar de ação médica.

Tendo em conta que segundo o Parecer nº09/2017 da OE “o profissional com melhor formação para integrar as equipas de transporte de doente crítico (...) é o EEEMC (...)” foi sem dúvida uma atividade muito importante que me ajudou a desenvolver competência específica “Cuida da pessoa (...) a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”.

De uma forma resumida descrevi algumas das intervenções realizadas ao doente e sua fundamentação; uma vez mais vemos aqui a complexidade exigida nos cuidados de enfermagem ao doente crítico, bem como a necessidade de mobilizar conhecimentos para assim atuar com segurança, e em tempo útil para prevenir complicações. Isto vai ao encontro às competências de EE e de mestre no que diz respeito à capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções, tendo como base responsabilidades éticas, sociais e deontológicas.

Ao longo do estágio, apliquei o processo de enfermagem para identificar focos de atenção e de instabilidade, estabeleci diagnósticos de enfermagem e planeei e apliquei intervenções de enfermagem ajustadas à condição do doente ao longo dos turnos, e tendo em conta a mudança do seu estado.

Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento (...) na unidade de cuidados intensivos, quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita. A experiência vivenciada pelo doente é ainda agravada, pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade e repercute-se no seu estado geral, manifestando-se através de alterações ao nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Teixeira & Durão, 2016, p. 136).

Tendo em conta minha prática clínica e segundo a OE (2008), no seu Guia Orientador de Boas Práticas relativamente à dor, reconhece-se que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor, ou seja, a autoavaliação é considerada o *Gold-standard* da avaliação dolorosa, sendo que as Escala Visual Analógica e Escala Numérica de Dor, são as mais válidas e fiáveis em doentes conscientes e colaborantes. Isto também é reforçado por

Ferreira et al. (2014) no seu artigo de revisão.

O recurso a VMI, agentes neuromusculares e sedoanalgesia são alguns dos fatores que tornam a autoavaliação de dor muito complexa, fazendo com que grande parte dos doentes críticos internados em UCI sejam incapazes de reportar a sua dor verbalmente.

Nos doentes incapazes de comunicar verbalmente não existe uma única forma de monitorizar a dor. Existem sim escalas de avaliação em que são considerados critérios subjetivos como expressão facial e movimento no leito, bem como parâmetros fisiológicos como tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, lacrimejo ou sudorese. As escalas de monitorização de dor como a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* são os instrumentos de avaliação mais válidos para aplicação em doentes críticos incapazes de autoavaliação (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - Grupo de Avaliação Dor, 2016).

A monitorização da dor na UCIP, para doentes incapazes de comunicar verbalmente ou motora está protocolada para ser realizada com base na escala BPS. Esta avalia a dor através de Expressão facial; Movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador de 1 a 4. Sendo pontuação mínima 3: sem dor.

Ao longo do estágio pude aplicar esta escala, e assim monitorizar a dor no doente crítico, fazer o registo deste sinal vital em documento próprio. Pude constatar que é uma ferramenta muito prática que nos permite atuar de forma eficaz e em tempo útil para minimizar o sofrimento do doente por dor. De acordo com Ferreira et al., (2014), a implementação de escalas de dor em UCI melhoram os *outcomes* clínicos, uma vez que permitem uma monitorização da dor ativa, o que leva a menor recurso de agentes analgésicos e sedativos bem como menor duração de VMI e duração de internamento em UCI.

Por outro lado, quando a dor está presente no doente crítico em UCI, as consequências físicas e psicológicas deletérias da experiência de dor não tratada são significativas e duradouras, uma vez que a resposta de *stress* que a dor causa, leva ao um conjunto de respostas físicas que mantém processos inflamatórios prejudiciais no organismo, bem como atrasam processos de cicatrização e aumentam o risco de infeção (Ferreira et al., 2014).

Os mesmos autores ainda defendem que “A prevenção da dor é mais eficaz que o tratamento da dor estabelecida, pelo que devem ser concebidos, antecipadamente, planos terapêuticos adaptados ao doente em causa, com objetivos definidos no tempo”. Pude constatar na prática que todos os doentes tinham medicação analgésica prescrita adaptada à

sua situação clínica, e com objetivos terapêuticos definidos no tempo, o que vai ao encontro da bibliografia (Ferreira et al., 2014; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - Grupo de Avaliação Dor, 2016).

A maior parte da terapêutica analgésica utilizada, são medicamentos opióides. Os mais utilizados foram o Ramifentanilo, Fentanilo e Morfina, indo ao encontro do que Ferreira et al., (2014) mencionam que este grupo de medicamentos opióides são os mais indicados no tratamento da dor nociceptiva em doentes críticos.

A escolha entre estes três fármacos baseia-se na farmacocinética e farmacodinâmica do doente em questão, ou seja, é tido em conta a instabilidade hemodinâmica, disfunção de órgãos de excreção e metabolização, pois isso pode tornar o comportamento do fármaco administrado imprevisível. Tendo em conta que a preparação e administração é da competência e responsabilidade do enfermeiro, este deve estar consciencializado desta situação, bem como dos efeitos secundários que podem advir dos mesmos, os quais podem ser: respiratórios (depressão respiratória, efeito antitussígeno), hemodinâmicos (hipotensão arterial, bradicardia), centrais (miose, alucinações), gastrointestinais (obstipação, náuseas, vômitos, cólica biliar), neuromusculares (rigidez), genitourinários (retenção urinária) ou secundários à libertação de histamina (prurido, hipotensão) (Ferreira et al., 2014). Na UCIP pode planejar e realizar a sua vigilância, implementar medidas preventivas relativas aos efeitos secundários, bem como assegurar que o doente não sofresse por dor.

O tratamento e prevenção da dor na UCIP não passa apenas por intervenções farmacológicas, devendo ser complementadas com as intervenções não farmacológicas. Assim tive oportunidade de as implementar a doentes ao meu cuidado, nomeadamente o posicionamento do doente, utilização de colchões de pressão alterna, a massagem de conforto, orientação para a realidade bem como, informando os doentes antes de fazer qualquer tipo de intervenção, mesmo quando sedados.

Estas medidas encontram-se fundamentadas no estudo realizado em 2012 por Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, e Côté onde descrevem a perspectiva dos doentes, famílias e profissionais em cuidados intensivos sobre a importância e viabilidade das intervenções não farmacológicas no tratamento da dor. Definiram intervenções não farmacológicas como medidas que não envolvem a toma de medicamentos para o alívio ou prevenção da dor, tais como exercícios respiratórios, massagens, posicionamentos, entre outros. Concluíram que intervenções como massagem, musicoterapia, distração, técnicas de relaxamento, posicionamento e aplicação de calor e frio são apontadas, tanto pelos familiares como pelos enfermeiros como sendo importantes no alívio da dor. Em termos de

comunicação, apontavam como relevantes a escuta ativa, apoio na comunicação e orientação para a realidade, bem como o processo de ensino sobre a doença e seu tratamento.

Outra realidade muito presente na UCIP é a dor associada aos procedimentos. Segundo Puntillo, et al., (2014) a dor associada a procedimentos é definida como uma dor aguda associada a procedimentos não cirúrgicos, como p.e., a remoção de um dreno torácico, colocação de linha arterial ou tratamento de feridas. Embora os efeitos adversos que este tipo de dor pode causar não tenham sido ainda muito estudados, estes autores afirmam que, pode ser uma ameaça grave ao doente, iniciando uma série de fatores psicológicos, fisiológicos, e respostas inflamatórias ao *stress* que contribuem para o agravamento do estado do doente.

No estudo dos autores supracitados, estes referem que a maior intensidade de dor ou maior nível de *stress* antes do procedimento está associado ao risco de maior intensidade de dor durante o procedimento; também refere que os doentes que apresentam maior intensidade de dor ao longo do dia, experimentam maior intensidade de dor durante o procedimento, e que por outro lado, a intensidade da dor parece ser menor dependendo da pessoa que executa o procedimento, em particular quando são enfermeiros a realizar os procedimentos (Puntillo, et al., 2014).

Algumas das intervenções que estes autores sugerem para prevenir a dor associada aos procedimentos são a utilização de terapêutica preventiva em procedimentos programados; preparação do doente para o procedimento; permitir a presença e colaboração de familiares; reduzir os estímulos ambientais aquando da realização dos procedimentos; ter sempre em conta que o nível de dor durante e após o procedimento está relacionado com o nível basal de dor antes do procedimento, ou seja, devemos ter em conta que quanto menor for a dor prévia mais facilmente conseguimos controlar a dor durante o procedimento (Puntillo, et al., 2014).

Ao longo do estágio observei algumas intervenções invasivas como a execução de pensos, colocação de linhas arteriais e de CVC, estando a equipa desperta para esta situação. Observei que só realizavam as mesmas após a analgesia prescrita estar em curso e muitas vezes eram realizados bólus de analgesia pré-intervenção.

Posso afirmar que o EEEMC tem o dever de gerir a dor de forma diferenciada contribuindo assim de forma direta no bem-estar e qualidade de vida do doente em situação crítica em UCI. Tive ainda o privilégio de pôr em prática esta diretiva e evidenciar esta competência específica desde o rigor na monitorização da dor, bem como aplicando intervenção autónomas de enfermagem – intervenções não farmacológicas, e

interdependentes no que diz respeito à preparação, administração de medicamentos analgésicos e gestão de protocolos de analgesia.

Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Refletindo sobre toda a dinâmica que envolve um internamento numa unidade tão diferenciada como é uma UCIP, consigo entender que esta reflete o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado aos cuidados de saúde, assumindo-se como um serviço altamente especializado onde a prestação de cuidados é/deve ser realizada por profissionais com competências técnicas e relacionais acrescidas/avançadas, com recurso a equipamentos sofisticados e tendo como base protocolos complexos e específicos para cada intervenção.

Ora perante isto, consegui observar e perceber que este tipo de unidades, só por si, já provoca alterações não só na pessoa em situação crítica que é lá cuidada como na sua família, acarretando mudanças drásticas, o que implica um processo de adaptação complexo. Sabemos também que o doente internado na UCI necessita de cuidados de excelência direcionados, não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas à doença física (Martinho, 2016).

A maior parte das vezes, devido à situação crítica dos doentes nas UCI estes apresentam-se sedados e com dispositivos invasivos, como p.e., o TOT para a VMI, ficando assim o doente impedido de utilizar a fala como meio de comunicação. A falta de comunicação verbal pode dificultar a gestão da sua situação clínica e ser potenciadora de *stress*, afetando também a família no sentido em que gera ansiedade por não conseguirem decifrar o que o familiar quer comunicar e o que está a vivenciar e a sentir. Por outro lado, os profissionais de saúde sentem-se desconfortáveis quando tentam comunicar com os doentes orotraquealmente entubados, limitando-se muitas vezes a abordagens mais sucintas associadas a procedimentos clínicos (Martinho, 2016).

Nesta prática clínica tive oportunidade de cuidar de doentes conscientes onde a comunicação verbal estava presente, inclusive noutras línguas (inglês e espanhol), bem como de doentes que se encontravam sob VMI e sedados. Independentemente da situação do doente, tentei sempre delinear estratégias que me permitissem ter uma comunicação eficaz.

Com o doente sedado apresentava-me, orientava-o no tempo e espaço, explicava sempre que ia intervir, o que ia fazer, e observava atentamente o doente esperando a comunicação não-verbal, que por vezes surgia através de gestos, olhares, mímica facial. Tentei sempre proporcionar uma presença efetiva e ser empática, usei o toque quando adequado e procurei transmitir segurança, minimizando a sensação de abandono ao utente.

Para além da comunicação com o doente, procurei sempre estabelecer uma relação terapêutica com as famílias, vivenciei situações que me fizeram refletir sobre esta temática, cujo exemplo foi uma situação que ocorreu num dos turnos que realizei. No início do turno da noite, proveniente do SU após hemorragia digestiva alta numa sessão de hemodiálise, entrou um doente em estado crítico que acabou por falecer de madrugada, apesar de todos os esforços. A equipa de enfermagem soube que a esposa teve conhecimento da situação crítica do doente, uma vez que o médico intensivista falou com ela aquando da admissão na UCIP no turno anterior. Durante a noite o doente veio a falecer e de manhã foi-lhe transmitida a notícia pelo médico.

Denotei que esta situação trouxe tristeza à equipa, e ao longo do estágio constatei que existe preocupação na humanização dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e suas famílias, que se reflete na atitude relacional. Foi notório que a equipa reflete sobre isto, falando em equipa e partilhando o que sentiram durante as situações que vivenciaram. Existe um protocolo de acolhimento às famílias à UCIP, onde constam intervenções de enfermagem que podem ser realizadas, para que estas se sintam mais acompanhadas e apoiadas.

Tal como atrás referido e tendo como base a minha prática clínica, posso afirmar que comunicar más notícias é uma tarefa exigente, que envolve muitas emoções e reações inesperadas, que tentamos muitas vezes evitar como mecanismo de defesa pessoal pois sabemos que nestas situações teremos que lidar também com as nossas próprias emoções e receios. Muitos profissionais encaram este momento como sendo um fracasso, e sobretudo na área de cuidados intensivos, onde se espera “salvar vidas” e não se confrontar com a morte (Silva, 2015). O que reforça a importância do EEEMC neste tipo de unidades, uma vez que este deve deter a competência específica de técnicas de comunicação que lhe permitem adaptar a comunicação à pessoa e contexto, bem como ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e famílias alvos dos cuidados em qualquer contexto.

Dias depois, perante um novo utente, uma nova situação de agravamento, e já após ter feito uma reflexão tendo como base a primeira situação que vivenciei, propus à

enfermeira tutora ser eu a fazer a ligação com a família.

Realizei o contato telefónico à família e sugeri que viessem à UCIP. Fiz o acolhimento da família, estabeleci uma relação terapêutica com a esposa e filhos e conseguiu-se que se despedissem do seu familiar pessoalmente. No fim do turno da noite quando o óbito ocorreu foi eu que efetuei o contato telefónico e transmiti a má notícia telefonicamente. Como já tínhamos iniciado o processo de forma presencial e junto da família e do doente, tudo foi mais “fácil”, tanto para nós, bem como para a família, pois, apesar de nunca estarmos preparados para a morte de um ente querido, o choque e confrontação não são tão grandes se formos faseando (quando possível) estas situações.

Estando na presença física da pessoa, o enfermeiro para além da oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica e individualizar o cuidado, tem também a possibilidade de fornecer coragem, através de técnicas de comunicação e identificando recursos das famílias, para que a adaptação às novas circunstâncias possa ser feita da melhor forma possível (Ribeiro, 2013).

Para além disso, a comunicação presencial tem a vantagem de permitir aceder à comunicação não verbal. Na perspectiva de Gonçalves (2012), a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é, em si mesma, de maneira intencional, portadora de sentido.

A relação terapêutica que se estabelece através da comunicação facilita o processo, pois torna possível compreender o outro, reconhecer seu comportamento, sentimentos, emoções e necessidades perante a situação que se está a viver e isso vai permitir uma intervenção com qualidade.

Ao longo do meu estágio tentei sempre demonstrar e aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação, adaptando-as da minha realidade profissional, onde as pratico, para a realidade do doente e família a vivenciar situações críticas; estabeleci relações terapêuticas com doentes e com familiares; demonstrei conhecimentos e habilidades sobre a dignificação da morte e processos de luto explicando a importância da preparação da família para o momento da perda.

Em situações de más notícias utilizei como guia o protocolo de Buckman, que já referi no capítulo anterior e que se constitui como uma ferramenta muito eficaz na prática de transmissão de más notícias, pois permite ter uma estratégia facilitadora de comunicação. Pude assim desenvolver e evidenciar as competências específicas de EEEMC “Gere a

comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”; “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”. De igual modo pode demonstrar a competência de mestre “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 (...)”.

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

As IACS constituem um grave problema de saúde, uma vez que estão diretamente associadas ao aumento da morbimortalidade; a OMS refere que em cada 100 doentes internados, sete nos países desenvolvidos, e dez nos países em desenvolvimento, vão desenvolver esta problemática. Para além disso são apontadas como um problema major de saúde pública, uma vez que acarretam custos elevados para as instituições e sistemas de saúde em geral (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). De acordo com Pina, Ferreira, Marques, e Matos (2010), os principais riscos para a contração de IACS estão associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos invasivos e infeções por microrganismos multiresistentes. Se refletirmos nestes aspectos, conseguimos observar o risco acrescido que o doente crítico internado numa UCI apresenta.

Com a evolução tecnológica na saúde, dispomos de cada vez mais dispositivos médicos que são utilizados para intervenção ou para monitorização constituindo um risco para o desenvolvimento de IACS. Todos, ou quase todos os doentes internados na UCIP apresentavam vários dispositivos invasivos, tais como CVC, Cateter vesical, Cateter intracraniano, linha arterial, TOT. Alguns apresentavam ainda feridas cirúrgicas que também constituem um elemento de risco para a contração de infeções.

De acordo com Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, explicito no Despacho n.º 1400-A/2015 podemos ler que “A taxa de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia” daí que este plano surge com o objetivo principal de

redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a

antimicrobianos, objetivos estes que decorrem das recomendações dos organismos internacionais de referência, como é o caso da Organização Mundial de Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (p.3882)

Refletindo sobre esta problemática, ao longo do meu estágio consultei protocolos e normas do serviço associadas a esta temática, como p.e. controlo da infeção por MRSA, sendo esta uma das maiores problemáticas do nosso país pois apresenta um dos níveis mais elevados da Europa, bem como conduzi minha prática tendo como base as normas do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, (DGS, 2017) no que diz respeito aos feixes de intervenção de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical, de prevenção de infeção relacionada com CVC, de prevenção de infeção de local cirúrgico, de prevenção de pneumonia associada à intubação (PAI). Isto permitiu-me aprofundar e consolidar conhecimentos já adquiridos ao longo da minha prática profissional anterior, bem como nas aulas teóricas do CMEMC. Destaco esta última por ser uma novidade para mim, uma vez que a VMI não é uma realidade na minha prática profissional diária. Assim, as intervenções realizadas no intuito da prevenção da PAI, incluem: manutenção da cabeceira da cama elevada a grau igual ou superior a 30 de acordo com o estado clínico e patologia do doente; realização da higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0.2% de 4 em 4 horas; manutenção dos circuitos ventilatórios conectados, realizando a mudança apenas quando sujos ou disfuncionais; aspiração mecânica das secreções subglóticas e a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre os 20 e 30 cmH₂O; gestão diária da sedação, reduzindo-a para um nível mínimo possível, adequado para o tratamento; avaliação diária em equipa para refletir sobre a possibilidade de iniciar o desmame ventilatório, com o objetivo da extubação ser o mais rápido possível.

Estes feixes de intervenções específicos recomendados pela DGS (2015) têm vindo a se mostrar eficientes na diminuição das PAI, e no Relatório Anual do Programa Prioritário – Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (2018) comprova-se, uma vez que referem que nas UCI a densidade de incidência de PAI por 1000 dias de entubação reduziu 10,81% face a 2013.

Tive sempre em conta, não só nesta prática clínica como em todas, o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), de acordo com a DGS (2016), bem como as específicas para cada situação.

Considero que tendo em conta as competências específicas do EEEMC “demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção”; “estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e

controlo da infeção face às vias de transmissão (...) ”; “faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção” (OE, 2010, p.4)., consegui responder eficazmente no que diz respeito à prevenção e controlo da infeção no doente crítico, em situação complexa e com presença de múltiplas medidas invasivas, ou seja com risco acrescido de contrair infeções. Fui também ao encontro da competência comum de EE “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais”, uma vez que fui capaz de reconhecer a necessidade de prevenção e identifiquei riscos, realizei e promovi medidas apropriadas para a prevenção da infeção, mantendo uma atitude preventiva e de segurança.

4. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ESPECIALISTA NO CUIDADO AO DOENTE ONCOLÓGICO E SUA FAMÍLIA, EM DIVERSOS CONTEXTOS

O cancro é a segunda causa de morte mundial. Os dados mais recentes publicados apontam para 8,8 milhões de mortes devido a esta doença no ano de 2017, tendo aumentado para 9,6 milhões no ano 2018 (World Health Organization, 2018).

De acordo com o Direção-Geral da Saúde (2017), estas são a segunda causa de morte em Portugal desde 2016, e a que mais subiu nos últimos anos. Portugal tem assistido a um aumento regular da incidência de cancro, semelhantemente ao que ocorre no resto da Europa. De acordo com os dados fornecidos pela *The Global Cancer Observatory*, no ano de 2018, houve 58199 novos casos de cancro no nosso país, tendo como principais factores o aumento do envelhecimento da população, bem como as alterações nos estilos de vida e maior exposição a factores de risco (como a exposição solar, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, tabagismo, infeções virais) com impacto significativo para o aumento do número de novos casos de cancro.

A idade média, o padrão das neoplasias e as necessidades dos doentes com uma complexidade crescente também têm sido modificações evidentes (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Ainda de acordo com o Direção-Geral da Saúde (2017), relativamente à mortalidade observamos também uma linha ascendente; no entanto há maior incidência do que óbitos associados, o que pode demonstrar duas coisas: por um lado que os tratamentos são cada vez mais eficazes e por outro, que a cada ano que passa, há mais diagnósticos novos, provavelmente associados aos programas de prevenção/rastreios, que diagnosticam precocemente.

Na RAM, segundo os últimos dados fornecidos pela Direção Regional de Estatística da Madeira, em 2017 ocorreram 6718 consultas de oncologia. Relativamente aos óbitos, os dados mais recentes publicados correspondem a 2018 em que ocorreram 595 mortes por tumores malignos, sendo assim a segunda causa de morte depois das doenças do aparelho circulatório na nossa região (Direção Regional de Estatística da Madeira, 2019). Constatamos mais uma vez que existem muitas pessoas diagnosticadas na nossa população

e que em qualquer momento, devido à própria doença, ou devido aos tratamentos decorrentes, podem vivenciar situações complexas.

O tratamento do cancro é normalmente realizado através de três vertentes: quimioterapia (QT), radioterapia (RT) ou cirurgia, sendo que muitos dos doentes recebem uma combinação destas três modalidades, o que traz um risco elevado de iatrogenia por vezes associada a disfunções orgânicas vitais, levando a situações críticas. Para além do tratamento sistémico com QT clássica e inespecífica, o uso de novas moléculas dirigidas a alvos, como os anticorpos monoclonais e os inibidores tirosina quinase, permitiram o aumento da sobrevivência em doentes oncológicos de determinadas áreas de patologia. No entanto, estes também não estão isentos de toxicidade potencialmente grave (Bordalo e Sá, 2015).

Como já mencionado, a OE (2018) refere que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Já em 2000, Hesbeen referiu que os cuidados à pessoa em situação crítica são dirigidos à pessoa a vivenciar processos saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, para posterior readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

A OE (2018) ainda salienta que, os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, que coloca a pessoa em risco de vida. Uma situação de emergência resulta de uma agressão que o indivíduo sofre por parte de um qualquer fator, que lhe causa perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a pessoa em risco de vida.

Tendo em conta o doente oncológico, existem situações que são causadas pela própria doença ou pelo seu tratamento que requerem uma rápida intervenção, por envolverem risco de vida eminente, ou risco de dano grave e permanente. Estas situações emergentes têm vindo a aumentar, como consequência da evolução no conhecimento da doença, melhorias nas opções terapêuticas e aumento na sobrevida dos doentes oncológicos (Castro, 2018).

As emergências oncológicas são uma realidade, e podem ser classificadas de diferentes formas; alguns autores dividem em dois grandes grupos, emergências associadas ao tumor e emergências associadas aos tratamentos, outros dividem em emergências

estruturais, metabólicas e secundárias e outros ainda dividem conforme o sistema orgânico acometido (Fortes, 2011; Castro, 2018).

Castro (2018) classifica as emergências oncológicas em quatro grandes grupos:

Infeciosas/Inflamatórias: Neutropenia Febril; Retite Actínica; Cistite Actínica ou Hemorrágica;

Metabólicas: Hipercalemia Maligna; Lise Tumoral; Secreção Inapropriada de ADH;

Hematológicas: Trombose/Embolia; Coagulação Intravascular Disseminada; Hiperviscosidade Sanguínea;

Mecânicas: Tamponamento Cardíaco; Hipertensão Intracraniana; Compressão da Veia Cava Superior; Compressão Medular e Obstruções.

Por outro lado, sabe-se que socialmente o cancro é enquadrado cada vez mais no conjunto das doenças crónicas graves, e assume, entre estas uma dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou, pela insegurança, pelo medo irracional e pela imprevisibilidade que gera no doente e na sua família. É uma doença com um elevado grau de incerteza, ao nível da etiologia, do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico e muitas vezes está ligada a vulnerabilidade, morte e ansiedade, dada a imprevisibilidade do seu curso (Pereira M., 2005).

Sabe-se também que toda a evolução científica e social alcançada impuseram um aumento da longevidade, aumento da esperança média de vida, passando assim a morte a acontecer mais frequentemente no final de uma doença evolutiva mais prolongada, como p.e., o cancro (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

O facto de se passar a viver mais tempo não implicou que se passasse a morrer melhor, mas sim pelo contrário, prevalece uma forte luta pela busca da cura e uma cultura de “negação da morte” o que leva para segundo plano intervenções que levem a um final de vida digno (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

Neste contexto surgem os CP no início da década de 60 do século XX em diversos países, incluindo Portugal, devido à necessidade de alguns profissionais de saúde de continuar a tratar de doentes, sobretudo oncológicos, no sentido de, apesar de não haver cura da patologia, ainda haver um objetivo: o bem-estar da pessoa e controlo de sintomas (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

CP são os cuidados ativos e integrais prestados por equipas interdisciplinares, aos doentes e sua família, em situação de doença avançada, incurável e progressiva e/ou com intenso sofrimento, com vista à redução e prevenção do mesmo. Procuram atender às

necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e estendem-se ao apoio no luto (OMS, 2002).

Pela sua natureza holística, envolvem diversos profissionais, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, entre outros. Este tipo de cuidados tem como objetivo a obtenção da melhor qualidade de vida possível para os doentes e para sua família e devem ser prestados em qualquer estágio da doença, desde o seu diagnóstico até à fase terminal, incluindo apoio no luto (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

O envelhecimento demográfico da população portuguesa, o registo crescente de doenças oncológicas são fatores que têm vindo a contribuir para a existência de um vasto grupo de doentes que padecem de grande sofrimento e que necessitam de cuidados paliativos, para os quais os enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados. A nível social e familiar são sobretudo a composição, estrutura e funções familiares que mais problematizam a situação das pessoas com doença avançada, realidade que deve ser igualmente equacionada e objeto de intervenção pelos profissionais que os assistem (OE, 2018). De acordo com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos entre 2017 e 2018 haveria no continente Português cerca de 71500 a 85000 doentes com necessidades paliativas. Também referem que se espera um aumento desta necessidade no biénio 2019-2020 associado maioritariamente ao aumento das doenças oncológicas e degenerativas.

Vemos assim que a doença oncológica é uma doença complexa, em que a pessoa acometida tem perceção de todos os eventos ligados ao seu cancro, passando este a ter um papel principal em toda a sua vivência, bem como na dos seus familiares, amigos... A ansiedade, o choque, a dor (física e emocional), o sentimento de perda, o *stress*, angústias, os tratamentos invasivos e que nem sempre são totalmente eficientes, as decisões que devem tomar, as restrições ao seu físico, intelectual, social, a revolta em ter de lidar com situações que põem em risco as suas vidas ou que vão diminuir a sua esperança de vida... são parâmetros extremamente relevantes e que devem ser considerados na abordagem do doente oncológico desde o seu diagnóstico até à fase terminal (De Melo, 2010).

A prática de enfermagem junto ao doente oncológico, desde o diagnóstico até sua morte, inclui todas as faixas etárias, e pode surgir em diversos contextos como domicílio, lares, hospitais de agudos, unidades diferenciadas e específicas de saúde. Cuidar do doente oncológico não requer conhecimentos apenas relacionados com a patologia, mas é algo

muito mais complexo. Envolve saber atuar, de forma competente, perante situações de grande envolvimento emocional, *stress* físico e psicológico, perante complicações que são urgentes e emergentes como dor, suscetibilidade à infeção, hemorragias, síndrome da veia cava superior, dispneias refratárias, entre outros; perante o risco eminente de morte e o medo de morrer e perante famílias e doentes vulneráveis e em grande sofrimento.

Percebe-se assim que não basta a aplicação de fármacos e procedimentos meramente técnicos para a extirpação de partes afetadas pela doença se o doente não for visto como uma pessoa no seu todo, com outras necessidades adjacentes ou inerentes ao seu percurso de doença. Deste modo considero que o EEEMC deve ser capaz de intervir perante o utente e sua família durante uma diversidade de crises físicas, emocionais, éticas, sociais, culturais e espirituais, alicerçando sua intervenção em fundamentação científica atual.

A pertinência do meu foco de atenção ser o doente oncológico em qualquer etapa da doença também se justifica na perspetiva em que, pelo artigo 89º da OE (Lei nº 111/2009), os enfermeiros são responsáveis pela humanização dos cuidados prestados, dando favorecimento à pessoa como uma “totalidade única”, inserida numa família/comunidade, bem como no contribuir para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das capacidades do indivíduo que é cuidado. Assim sendo, a ação do enfermeiro deve ser orientada no sentido de uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida máxima, em garantir cuidados diferenciados necessários, adequados a cada fase de doença, com respeito pela dignidade da pessoa que nos é apresentada como objeto de cuidados independentemente do contexto em que essa pessoa se encontre.

Perante isto vemos que o doente oncológico é um doente complexo que pode ir desde crítico até paliativo, por toda a complexidade que envolve seu cuidado, bem como a vulnerabilidade e os riscos que este detém. Tenho plena consciência que um doente oncológico tem necessidades de cuidados altamente qualificados, e por este motivo escolhi realizar o estágio III – opção nesta área.

O estágio III decorreu então no período de 1 de março a 8 de abril, em diferentes contextos, sendo estes: Clínica de Radioncologia da Madeira Joaquim Chaves Saúde; Unidade de Neutropenia (UN) do SESARAM; Serviço de Hospitalização Domiciliar (SHD) da Fundação Champalimaud (FCh); Hospital de Dia de Hemato-Oncologia (HDHO) do SESARAM, uma vez que assim conseguia percorrer todos os contextos por onde o doente oncológico passa, de acordo com a etapa de doença em que se encontra. Este estágio teve como base um projeto de autoformação.

O meu estágio decorreu maioritariamente no HDHO tendo realizado um total de 140h de contacto. No SHD FCh teve um total de 56h de contacto. Na clínica de Radioncologia da Madeira Joaquim Chaves Saúde e na UN do SESARAM efetuei um total de 23h de contacto em cada um. Mesmo nos locais onde passei menos tempo, os estágios permitiram-me compreender as estruturas, organização e funcionamento, bem como os processos por que passa o doente e família, identificar as suas necessidades e sobretudo o papel do EEEMC como pretendia.

4.1. Hospital de dia de Hemato-Oncologia do SESARAM – Doente Oncológico em tratamento de Quimioterapia, Imunoterapia e Hormonoterapia.

Tal como supramencionado, o meu estágio decorreu na sua maior parte no HDHO do SESARAM; este serviço localiza-se no andar -1, do HNM do Funchal, tendo acesso direto junto à consulta externa, e está dotado de um conjunto de profissionais e materiais diferenciados que asseguram os cuidados necessários à população que a este recorre. O diretor clínico do serviço é um médico com as especialidades de Oncologia e Hemato-Oncologia e a enfermeira chefe é especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este serviço tem como missão o “acompanhamento do doente oncológico pela competência, dignidade, eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente na administração de tratamentos para doenças oncológicas e hematológicas, em regime de ambulatório. Norteia-se numa visão dos cuidados centrados no doente/família numa abordagem multidisciplinar, com respeito pelo bem-estar e satisfação do doente/família” (SESARAM, s.d).

Em termos de estrutura física o HDHO possui uma sala de espera, área administrativa e de secretariado, duas casas de banho adequadas para utentes com défices motores ou mobilidade reduzida, copa e refeitório para utentes, cinco gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, um gabinete da enfermeira chefe, três salas de tratamentos: Sala A e B com capacidade para seis doentes cada, em cadeirões articulados elétricos, Sala C com capacidade para quatro doentes em cadeirão e um em maca; Sala de isolamento/necessidades especiais com capacidade para dois doentes, sala de procedimentos técnicos, rouparia, zona de sujos, sanitários para profissionais, arrecadação, sala da câmara de fluxo laminar vertical, com uma antecâmara e uma sala de apoio.

A estrutura e localização do serviço corresponde ao que é preconizado pela Administração Central do Sistema de Saúde - Unidade Operacional de Normalização de

Instalações e Equipamento, (2011). No entanto, pude verificar que devido ao aumento de novos casos de cancro, o serviço algumas vezes fica sobrelotado, o que no meu ponto de vista é uma situação a ser estudada, tendo em conta que a incidência do cancro está a aumentar, e assim se verificar a possível necessidade do aumento do HDHO e seus recursos. Isto porque, se olharmos para os deveres e direitos dos utentes, vemos que este tem “o direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita” (p.2128). Já no documento criado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, sobre os direitos do doente oncológico é explícito o direito “à igualdade e equidade de todo o cidadão à prevenção primária, aos rastreios de base populacional, ao diagnóstico precoce, à acessibilidade atempada ao diagnóstico e tratamento (...)” (p.5). Assim, se as necessidades dos utentes, que em relação à doença oncológica têm vindo a aumentar, não forem acompanhadas pelos serviços de saúde, corre-se o risco deste direito não ser assegurado, o que consequentemente é um risco de saúde para os mesmos.

Em relação aos recursos humanos, a equipa é multidisciplinar e é composta por 19 enfermeiros, cinco médicos oncologistas e dois hematologistas; psicólogo, nutricionista, assistente social, e voluntários da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Na equipa de enfermagem, dos 19, cinco são EE em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sendo que uma delas é a enfermeira chefe, uma EEEMC e uma EE em Saúde Comunitária, os restantes elementos são generalistas a maior parte com pós-graduações e com formação específica no cuidado ao doente oncológico. Considero muito pertinente a existência de EE das diversas áreas de enfermagem, bem como com formação específica, uma vez que o doente oncológico necessita de cuidados de enfermagem diferenciados em diferentes áreas. Andrade (2012), refere que é da responsabilidade do enfermeiro o planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem em todas as fases de tratamentos. Cabe ainda aos enfermeiros oferecer cuidados específicos e assisti-los nos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar o impacto negativo da doença na pessoa, e eu acrescente, e na sua família/cuidador.

Segundo a Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, emitida pela OE em 2019, o número de enfermeiros por Hospital de Dia deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas. Pude constatar em conjunto com a EEEMC, minha tutora de estágio, que em termos de dotações seguras, aplicando a fórmula preconizada e tendo em conta a realidade do HDHO eram necessários pelo menos mais três enfermeiros na equipa.

A metodologia de trabalho adotada no HDHO pelos enfermeiros depende da sala de trabalho em que se encontram: é por enfermeiro responsável nas salas de tratamento e na denominada sala das técnicas. Enquanto na câmara de fluxo laminar o método de trabalho é individual.

No HD-HO estão implementados diversos protocolos de atuação para situações específicas, como p.e. os protocolos de QT, atuação no derrame de citostáticos, atuação no extravasamento de QT em CVP ou CVC, atuação em caso de reação de hipersensibilidade.

Figueiredo, Mercês, Lacerda, e Hermann (2018) definem protocolos como sendo instrumentos que contêm recomendações estruturadas de forma sistemática, que se baseiam em evidências científicas e na garantia da qualidade, tendo como principal objetivo orientar os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, em situações de prevenção de doenças, recuperação ou reabilitação da saúde, sobretudo em situações de maior complexidade.

Cada vez mais a qualidade dos serviços de saúde tem sido alvo de atenção, tendo isto em conta Sales, Bernardes, Gabriel, Brito, Moura, e Zanetti (2018) referem que os protocolos são uma ferramenta gerencial que se tem vindo a demonstrar como benéfica, uma vez que, apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir não conformidades, permite que todos os profissionais prestem cuidados padronizados de acordo com princípios técnico científicos, e ainda, contribui para a formação da equipa, combatendo más práticas. Para além disso acaba por contribuir para uma cultura de segurança na prática clínica.

A meu ver, os protocolos constituem-se, sem hesitação alguma, como uma mais valia para toda a prática de enfermagem. Estes, ao padronizarem a atuação dos enfermeiros, diminuem a probabilidade presente de erro, uma vez que em caso de dúvida é relembrado e seguido o protocolo, auxiliando assim o enfermeiro na tomada de decisão em situações complexas. Tendo em conta que os protocolos estão adaptados às necessidades do serviço, por norma o enfermeiro tem-nos presente, o que na prática se reflete em certeza na tomada de decisão, bem como confiança na intervenção, influenciando assim a sua postura na prática e transmitindo maior segurança ao cliente e família a quem são prestados os cuidados. De referir ainda que estes não desreponsabilizam o enfermeiro da decisão de os implementar ou não.

Também durante o meu estágio tive oportunidade de assistir a uma formação em serviço, feita pela EEEMC sobre a atuação do enfermeiro em caso de extravasamento de QT durante sua administração. Pude constatar que este elemento também faz parte do grupo de

trabalho que está a elaborar um protocolo para atuação em caso de hipersensibilidade associada à QT e choque anafilático.

Isto vai ao encontro da competência comum do EE “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.8), o que faz com que a segurança do doente e a qualidade dos cuidados nestas situações sejam garantidas.

Para além disso, tratando-se de situações de urgência/emergência, vai ao encontro da competência específica do EEEMC “Dinamiza a resposta em situações de emergência, (...), da conceção à ação” uma vez que intervém como gestor de risco no sentido em que está a promover condições de segurança e qualidade na prestação de cuidados de enfermagem ao doente, bem como institui estratégias de prevenção de complicação associadas a gestão de protocolos terapêuticos complexos.

a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Logo no início da minha prática clínica senti necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos sobre o doente oncológico como alvo de cuidados de enfermagem, algo que foi essencial ao longo de todo o meu estágio. Assim pesquisei e estudei diversos temas, consultei *sites* de referência do doente oncológico tais como European Society for Medical Oncology (ESMO); Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO); Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP); Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) e American Society of Clinical Oncology (ASCO). Para além disso consultei livros de referência quando necessário e tentei sempre esclarecer dúvidas que surgiam pós-pesquisa junto dos enfermeiros tutores. Isto vai ao encontro da competência de mestre, expostas no Decreto-Lei nº 65/2018 onde refere que o mestre deve demonstrar “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”.

Assim, ao longo do estágio tive oportunidade de cuidar do doente oncológico e da sua família em diversas fases da sua doença e em diversos contextos tal como era o meu objetivo inicial.

Começando por falar na minha passagem pelo HDHO, neste serviço tive oportunidade de acompanhar o acolhimento ao doente aquando de um diagnóstico oncológico recente. Esta era uma das estratégias que tinha delineado a fim de atingir o meu

objetivo principal, pelo que tive oportunidade de realizar várias consultas de enfermagem nesta fase e também de intervir junto a doentes nesta situação.

Uma das situações mais marcantes foi a de uma doente de 30 anos que tive oportunidade de cuidar durante a realização de um Mielograma com biópsia, e que foi confrontada com o diagnóstico médico de Linfoma de Não-Hodgkins. Transparecia preocupação/angústia/ansiedade, enquanto aguardava o primeiro tratamento de QT, que ia ser realizado já nesse dia, de forma urgente, uma vez que a extensão da sua doença a nível do mediastino era tão grave, que a colocava em situação crítica e de grande risco de vida.

Para a doente uma situação esmagadora, um diagnóstico que tem o peso de uma sentença de morte e realização de um protocolo medicamentoso complexo de QT, sem aviso prévio, e que na nossa sociedade é visto como algo muito mau.

No HDHO esta situação é frequente, doente e famílias que recebem a notícia de uma “nova companhia” nas suas vidas, companhia esta não desejada e que os arrastam para tratamentos contínuos que os obriga a ir ao serviço repetidamente, nalguns casos até diariamente. Por este motivo, os doentes e suas famílias acabam por criar uma relação terapêutica com os enfermeiros do serviço, confiando e procurando neles algumas respostas para as suas dúvidas e sensações físicas e psicológicas, gerando situações de grande envolvimento emocional para ambos lados.

Apesar de neste caso não se tratar de uma situação crítica no que diz respeito a uma emergência que está a pôr a vida em risco imediato, é uma situação crítica pela alta complexidade do estado de saúde que a doente apresentava devido ao desvio do mediastino, pelo impacto que trouxe de imediato à pessoa, pelo facto de esta associar a sua nova condição à morte e pela urgência que teve em iniciar tratamento (já no próprio dia), sem ter tido espaço para refletir em tudo o que estava a ocorrer.

A minha intervenção passou por iniciar uma relação terapêutica tentando promover a expressão de sentimentos e suas preocupações, para posteriormente conseguir ajudá-la a gerir a ansiedade que estava a sentir. Nesta abordagem, a doente abriu-se espontaneamente expressando que estava nervosa e triste com a situação, falou também da sua família, solteira, com pais idosos, sendo ela o braço direito dos mesmos.

Tentei ajudá-la a gerir a ansiedade e os medos associados e mantive-me junto da utente até sua saída, tendo-a escutado ativamente. No final ela agradeceu. Considero que minha intervenção foi assertiva e foi de encontro às necessidades da utente, senti que a necessidade de exteriorizar o que ela estava a vivenciar era enorme, e se não lhe fosse dada

esta oportunidade podíamos criar mais angústia. O papel do EEEMC nestas situações é fundamental e diferenciado, cuja temática aprofundo no ponto b) deste capítulo.

No HDHO o acolhimento do doente, nesta situação, é feito através de consulta de enfermagem, tendo por base a metodologia do processo de enfermagem. Na minha perspetiva esta estratégia é sem dúvida uma mais-valia e permite a continuidade de cuidados, uma vez que é o alicerce de todas as intervenções de enfermagem e a sua essência. Este também contribui para a tomada de decisão clínica, a resolução de problemas de forma ordenada e lógica, gestão de cuidados de enfermagem para que as necessidades dos doentes sejam satisfeitas globalmente, e para a prestação de cuidados individualizados, de elevada qualidade e eficácia (Doenges & Moorhouse, 1994).

Os objetivos desta consulta passam por:

- Acolhimento no serviço (é entregue o guia de acolhimento);
- Anamnese geral, colheita de dados relevantes ao processo clínico, como p.e., medicação habitual, alergias...
- Identificação do principal cuidador/familiar de referência;
- Avaliação das necessidades sociais, psicológicas/emocionais ou outras do doente;
- Explicação do circuito sempre que necessite de ir ao serviço;
- Explicação sobre pré-medicações que muitos dos doentes fazem em casa, bem como explicar como deverá tomar;
- Esclarecimento de dúvidas doente/família/prestador de cuidados.

Nesta consulta, para além desta colheita de dados muito importante, também se pretende iniciar a relação terapêutica, a fim de diminuir os níveis de ansiedade, bem como promover a adesão ao regime terapêutico de forma ativa no processo de tratamentos.

É a partir desta consulta que nasce o plano para o doente e família. Isto vai ao encontro das competências específicas do EEEMC: 1.1 “Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” e 1.2 “Concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”.

Esta situação também me permitiu realizar uma reflexão sobre o processo de enfermagem e através das necessidades, que constatei como sendo as mais frequentes,

considero que os diagnósticos de enfermagem, segundo a linguagem estabelecida pela CIPE (2017), que estão mais vezes associados ao doente oncológico são:

- Mucosa oral comprometida ou risco de mucosa oral comprometida (associado às mucosites);
- Risco de sinais e sintomas associados à QT (associado ao risco de surgimento de sintomas que podem ocorrer pós-QT e que o enfermeiro faz ensinamentos ao doente para o autocontrolo dos mesmos);
- Risco de lesão química por administração de QT (associado ao risco de extravasamento);
- Risco de infeção (associado ao risco de neutropenia);
- Risco de lesão por radiação (associado às radiodermites);
- Falta de controlo de sintomas (associado ao descontrolo sintomático múltiplo que muitas vezes os doentes apresentam, pós-QT, pós-RT ou em cuidados paliativos);
- Risco de choque anafilático (associado ao facto de que muitos doentes por vezes apresentam reacção de hipersensibilidade numa administração, e posteriormente retomam os tratamentos de QT, uma vez que mesmo se tratando de um medicamento citostático diferente do que o que causa a reacção, o risco de ocorrer novamente uma reacção de hipersensibilidade, ou mesmo de ocorrer o choque anafilático é maior, daí que estes doentes devem ter este diagnóstico no seu plano de cuidados de modo a ser um alerta e identificar previamente um foco de instabilidade);
- Dor oncológica atual ou Risco de dor oncológica.

Para além destes diagnósticos de enfermagem de ordem mais física, em termos psicológicos e emocionais também surge uma panóplia conforme cada doente e sua família/cuidador, e sobretudo conforme a fase da doença em que se encontra; na minha perspetiva, os que mais se destacam são: Tristeza atual; Esperança atual ou Falta de Esperança; *Coping* atual ou *coping* comprometido; Crise familiar atual. Corroborando esta ideia e segundo Andrade (2012), embora cada pessoa seja idiossincrática na forma como encara o cancro, em geral os sentimentos que mais incomodam estes doentes são: medo, tristeza, possibilidade de perda de controlo da sua vida e a incerteza de cura.

Considerando a minha experiência profissional e mobilizando os conteúdos sobre a dor trabalhados em sala de aula, este foi um dos focos sobre o qual me debrucei ao longo dos meus estágios, independentemente dos serviços por onde passei. É também um ponto de

atenção que está claramente expresso ao longo do Regulamento de competências específicas do EEEMC “Gere os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”; “Intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas”; “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”; “Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”; “Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor”.

Tal como nos estágios anteriores, neste também tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes com dor, apliquei intervenções autónomas para o controlo da dor, já faladas anteriormente, bem como também realizei uma exposição à equipa de enfermagem sobre administração de medicamentos por via SC, nomeadamente para o alívio da dor, partilhei conhecimentos relativos aos opióides, sua administração, tabelas de equianalgesia e rotação de opióide, que foram apontados como uma mais-valia para o serviço.

Tive ainda a oportunidade de fazer ensinios ao doente e família sobre medicação analgésica em sistema transdérmico, no que diz respeito ao local de aplicação, como deve ser aplicado, como se deve cortar (quando necessário), cuidados a ter com o mesmo e o tempo de uso de cada adesivo.

Tendo em conta as competências comuns do EE, posso afirmar que vi evidenciadas as do domínio D2. “Baseia sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” uma vez que me responsabilizei por ser facilitadora na aprendizagem da equipa, atuei como formadora, bem como suportei a minha prática clínica nestes conhecimentos e dinamizei/promovi a incorporação do mesmo neste serviço. Bem como considero que vi evidenciadas as competências de EEEMC na gestão da dor e de Mestre no sentido de saber aplicar meus conhecimentos, compreender e resolver os problemas em situações novas e diferentes contextos.

Passando agora ao tratamento do cancro propriamente dito, sabemos que devido à evolução técnico-científica e à investigação árdua à volta da doença oncológica, o cancro é cada vez mais tratado de forma menos agressiva e mais direcionada, e consoante o tipo e outros fatores (p.e. estadio em que é diagnosticado, idade do doente, etc...) é uma doença que apresenta boas possibilidades de tratamento bem-sucedido e que é também, em muitos casos, curável (Oehlrich, Zemme, Trapana, & Stallforth, 2012).

Tal como atrás referido, o espectro de terapias e tratamentos do cancro, abrange três vertentes clássicas, que são cirurgia, RT e QT. Recentemente, vieram juntar-se a esta a imunoterapia e terapias dirigidas que podem ser ajustadas de forma mais eficaz a cada caso, diminuindo assim os efeitos secundários (Oehlrich, Zemme, Trapani, & Stallforth, 2012). Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes submetidos a estes diversos tipos de tratamentos, com exceção da cirurgia.

A cirurgia no caso do doente oncológico ocorre, caso seja possível, para excisão completa do tumor. Este tipo de tratamento é recomendado caso ainda não existam metástases e assim há uma possibilidade de cura total. No caso de já existirem metástases, a excisão cirúrgica do tumor primário pode também contribuir no sentido de controlo de algum sintoma, p.e. dor por compressão ou então para evitar que a doença continue a danificar o órgão primário e/ou que se formem novas metástases (Oehlrich, Zemme, Trapani, & Stallforth, 2012). Regra geral a cirurgia é complementada com RT e/ou QT. Estas duas modalidades podem ser usadas antes da intervenção cirúrgica para conseguir uma redução do tumor e assim facilitar a sua remoção (tratamento neoadjuvante) ou podem ser feitas após cirurgia para eliminar tecidos tumorais e micrometástases que eventualmente possam não ter sido removidas cirurgicamente (tratamento adjuvante).

A QT é uma modalidade terapêutica importante para o tratamento do cancro, representada pelo uso de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, para interferir no processo de crescimento e divisão celular, destruindo as células tumorais e também atacando células normais que possuem características semelhantes. Atualmente, a QT está entre os métodos de tratamento que têm maior incidência de cura em vários tumores, e que aumenta a taxa de sobrevivência (Guimarães, Gonçalves, Lima, Torres, & de Oliveira e Silva, 2015).

Os medicamentos utilizados designam-se de citostáticos (em grego, *bitos* significa célula, *statikos* significa parar), são estes que impedem a divisão celular e provocam a sua morte. Porém estes não combatem apenas as células malignas, mas também as células saudáveis, provocando assim diversos efeitos secundários e danos (Oehlrich, Zemme, Trapani, & Stallforth, 2012).

A QT hoje em dia pode ser realizada em regime ambulatorio, e de forma intervalada, ou seja, os doentes fazem ciclo de tratamento e fase de descanso de forma a que o organismo possa recuperar da agressão que esta acaba por causar. Também podem ser administrados por diversas vias, como via IV, via *per os*, entre outras. No estágio tive

oportunidade de observar estas duas vias de administração, observei sua preparação, administrei via IV, e também realizei ensinamentos relativos à QT *per os* para tomar no domicílio.

Os efeitos secundários resultantes da quimioterapia podem ser imediatos, a curto prazo (até 7 dias) e a longo prazo (após o 7º dia) e também vão depender do citostático que está a ser utilizado (Nunes, 2005).

Os efeitos imediatos podem ser: Dor no local de punção, Extravasamento e Reações de hipersensibilidade/anafiláticas. Estas enquadram-se em situações urgentes e emergentes e o enfermeiro, que é o agente responsável para administração do citostático deve primeiramente fazer um ensino específico ao doente para a possível ocorrência destes efeitos secundários e para a necessidade de comunicarem o seu aparecimento, isto quer pela prevenção, deteção precoce e instituição de medidas específicas consoante o citostático em questão. Ao longo do meu estágio fiz ensinamentos aos doentes neste sentido, apesar de não ter tido a oportunidade de ver nenhum extravasamento, nem nenhuma reação de hipersensibilidade ou anafilática, estive presente numa formação do serviço sobre esta temática e pude consultar protocolos de serviço relativamente a estas ações.

Tive situações de dor no local de punção, em que, tal como descrito na bibliografia, foi de imediato parada a perfusão de citostático, verificado o local para identificação de extravasamento, e como tal não se confirmou, lavada a veia com soro fisiológico 0,9% por poucos minutos. Por prevenção, uma vez que a dor no local pode ser o início de corrosão da veia, foi retirado o CVP, repuncionamos outro acesso venoso e continuamos o tratamento (Guimarães et al., 2015).

Aprendi que em caso de extravasamento devemos parar imediatamente a perfusão em curso, aspirar pelo CVP, se possível, o máximo de fármaco que consigamos, retirar o CVP e depois aplicar calor (dispersa e dilui, normalmente usado em fármacos mais viscosos) ou frio (localiza e neutraliza), consoante o citostático que está a ser utilizado, isto é referido por Guimarães, et. al, (2015) na sua Revisão Integrativa de Literatura.

Embora o extravasamento não seja uma ocorrência muito comum, o risco está sempre presente. Este pode causar *stress*, interferindo na qualidade de vida do doente, causando dor, danos funcionais e teciduais que podem ser muito graves, levando a necrose e até amputação. Tendo isto em conta, a punção venosa deve ser sempre o mais distal possível, uma vez que se a punção for mais proximal, e ocorra extravasamento, podemos comprometer mais o membro (Guimarães et al., 2015).

Neste sentido, os autores supramencionados referem que o uso de têm Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI) pode ser uma excelente opção para

diminuir o risco de extravasamento, bem como diminuí a dor e desconforto que por vezes os utentes referem na via periférica. No HDHO muitos utentes já possuem este tipo de dispositivo, sobretudo utentes que fazem citostáticos considerados mais vesicantes, e também utentes que levam QT em *Drug Infusion Ballon* (DIB) para infusão contínua durante dois dias no domicílio.

Assim, a punção do CVCTI foi uma das técnicas que tive oportunidade de treinar e aprimorar ao longo do meu estágio. O CVCTI é um dispositivo de acesso venoso central que consiste num pequeno reservatório em forma redonda que é implantado cirurgicamente no tecido SC da parede anterior do tórax, embora também possa ser colocado na face interna do antebraço ou nas veias femurais (Ramada, Coelho, Guilherme, & Marques, 2018).

Segundo a revisão de literatura dos autores acima mencionados, a manipulação deste tipo de cateter exige conhecimentos técnicos e científicos específicos e não está isenta de complicações. Os procedimentos adequados de manipulação e manuseamento são as principais medidas para prevenir que complicações ocorram. As mais frequentes são a infeção e obstrução do cateter; apontam como menos frequentes a trombose venosa profunda, necrose cutânea pós-implante, extrusão do reservatório, quebra do cateter, migração da extremidade do cateter e extravasamento de medicação devido a punção incorreta. Estas complicações podem trazer consequências graves ao doente e inclusive levar à remoção do mesmo, o que pode comprometer seu tratamento. Desta forma, a manipulação, manutenção e a otimização dos CVCTI torna-se substancial aos cuidados, pelo que o enfermeiro deve reunir conhecimentos e competências que lhe permitam assegurar uma manipulação efetiva (Ramada, Coelho, Guilherme, & Marques, 2018).

O uso dos CVCTI revolucionou os cuidados e a qualidade de vida do doente oncológico, uma vez que este permite a administração de QT por tempo prolongado, no hospital e no ambulatório, também permite a administração de outras terapêuticas IV que necessitem, bem como a colheita de sangue que também é frequente neste tipo de doentes. Para além disso diminui a dor causada pelas punções venosas repetidas, bem como aumenta a segurança de administração de QT, uma vez que a rede venosa periférica do doente, devido à natureza vesicante e irritante dos citotóxicos, torna-se cada vez mais frágil e de difícil acesso sendo o CVCTI uma excelente alternativa (Correia, 2013; Ramada, Coelho, Guilherme, & Marques, 2018).

Para além das vantagens supramencionadas, Correia (2013) reforça que este dispositivo é menos visível e mais aceitável para o doente, não impõe restrições na vida diária (banho, execução de pensos); e tem menor risco de infeções.

Independentemente da via por onde os fármacos, e nomeadamente a QT é administrada, sabe-se que podem ocorrer reações de hipersensibilidade. Uma Reação de Hipersensibilidade é definida por Faria e Ribeiro (2017), como “uma reação que desencadeia sintomas e sinais objetivamente reprodutíveis, atribuídos à exposição a um determinado estímulo, numa dose tolerada por indivíduos normais”(p.13), quando esta reação é severa, define-se como Anafilaxia, que segundo os mesmos autores, é uma “reação de hipersensibilidade sistémica aguda grave com atingimento simultâneo de dois ou mais órgãos, particularmente a pele, as vias respiratórias, o aparelho gastrointestinal e/ou o sistema cardiovascular, e resulta da libertação massiva de mediadores vasoativos dos mastócitos e basófilos por todo o organismo”(p.14), tratando-se de uma situação grave e potencialmente fatal.

Sabendo que a maioria dos tratamentos com antineoplásicos, mesmo com a administração da pré-medicação, têm risco de reações infusionais, nomeadamente de hipersensibilidade (Faria & Ribeiro, 2017), esta é uma situação que é tida em conta no HDHO. No plano de trabalho diário a enfermeira chefe destaca, três enfermeiros para situações de urgência/emergência que possam ocorrer, onde se inclui a reação de hipersensibilidade. Quando ocorre numa das salas de tratamento, é ativada a campanha dessa sala e estes elementos deslocam-se à mesma.

No HDHO, em situação de urgência e emergência, a equipa de enfermagem organiza-se pela metodologia A/B/C/D/E por ser uma abordagem clara e internacionalmente utilizada facilitando assim a atuação, e identificando os focos de instabilidade rapidamente. Na sala, a colega que deteta a reação pára de imediato a perfusão de QT, coloca soro fisiológico 0,9% a perfundir em fluxo rápido noutro sistema de perfusão, a fim de evitar que o citostático que ainda se encontra no sistema antigo não entre em bólus no doente; com a chegada da restante equipa o doente é monitorizado, e colocada oxigenioterapia (se necessário) e depois normalmente em primeira linha são administrados corticoesteróides (metilprednisolona ou prednisolona) e anti-histamínico (clemastina). Consoante a gravidade da situação, outros fármacos podem ser administrados e outras medidas tomadas. Segundo descrevem os colegas já ocorreram situações de PCR em que foi realizado SAV e chamada equipa de emergência interna. Todas estas medidas que são realizadas no HDHO estão protocolizadas e vão ao encontro do descrito na bibliografia, nomeadamente por Cadinha e

Silva (2017) no Manual de Reações de Hipersensibilidade em Oncologia realizado em colaboração com entidades de renome na área de oncologia, como AEOP, Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e a SPO.

Estas situações provam mais uma vez a criticidade que o doente oncológico pode comportar, e a importância do EEEMC na prestação de cuidados a estes doentes, na deteção precoce de focos de instabilidade, atuando de forma pronta e antecipatória prevenindo que situações complexas se agravem e também, caso necessário, prestando cuidados de alta complexidade com conhecimento e habilidade em técnicas de SAV.

A QT também pode gerar reações a curto prazo como: náuseas e vômitos; anorexia; diarreia ou obstipação; mucosite/estomatite. E a longo prazo podem ser: Alopecia; Toxicidade hematológica (Neutropenia; Leucopenias; Anemias; Trombocitopenias); Cardiotoxicidade; Toxicidade Pulmonar; Renal; Neurotoxicidade; Disfunção reprodutiva e sexual; Síndrome palmo-plantar ou eritrodisestesia palmo-plantar (Nunes, 2005).

Sabe-se que consoante o fármaco, existem mais probabilidades de alguns dos efeitos secundário ocorrerem do que outros. Assim, a estratégia utilizada no HDHO é a de adequar o ensino no sentido de prevenir, resolver ou minimizar os efeitos secundários potencialmente decorrentes do tratamento, tornando a informação mais personalizada. Esta informação é complementada por panfletos direcionados a alguns efeitos secundários mais frequentes.

Num estudo realizado por Nascimento, Tarcia, Soares, Suriano, e de Domenico, (2015) sobre o impacto nos doentes e família dos folhetos educativos sobre sinais e sintomas em Oncologia, durante o atendimento ambulatorio, concluíram que os panfletos educativos são capazes de nortear de forma positiva os cuidados a ter no domicílio, bem como contribuem para o desenvolvimento da capacidade de agir do doente e da família/cuidador. Os doentes do estudo referiram que ler este tipo de material ajudou a perceber melhor o processo de doença, bem como foram úteis, sobretudo quando foram entregues previamente ao aparecimento dos sintomas.

Alguns dos sintomas que a QT pode causar eu já conhecia, e devido à minha prática clínica em CP, o controlo sintomático e alguns ensinamentos associados aos mesmos eram-me familiares, podendo sempre partilhar e reforçar alguns cuidados e também aprender algumas alternativas que são utilizadas nestes contextos.

Outros foram uma novidade, tal como p.e., a eritrodisestesia palmo-plantar e Cuidados após sessão de QT com o Oxaliplatino. Situações sobre as quais tive necessidade

de aprofundar conhecimentos teóricos para fundamentar a minha prática. Considero que mais uma vez vi as competências de mestre, no que diz respeito à mobilização de conhecimentos para outros campos de atuação, bem como a procura autónoma de conhecimentos evidenciadas na minha prática clínica.

A preparação de citostáticos foi outra das atividades que pude observar ao longo do estágio. Esta é feita em câmara de fluxo laminar (CFL) vertical e neste serviço é da responsabilidade do enfermeiro. Tendo em conta O Manual de Farmácia Hospitalar, publicado pelo Ministério da Saúde e Infarmed (2019) a preparação dos citotóxicos é da responsabilidade do farmacêutico. No Manual de Preparação de Citotóxicos realizado pela Ordem dos Farmacêuticos, também com colaboração do Infarmed é mencionado que

A preparação de medicamentos antineoplásicos para administração parentérica constitui uma importante área de intervenção profissional dos farmacêuticos hospitalares. Tratando-se de medicamentos que incorporam um risco elevado, dada a sua natureza, potência farmacológica e margem terapêutica estreita, a sua manipulação requer procedimentos técnicos específicos e pessoal altamente especializado, para além de instalações e equipamentos próprios (p.5).

Apesar destas orientações, os enfermeiros do HDHO do HNM é que os preparam tendo formação específica para realizar o procedimento.

As CFL são um dos meios mais importantes para a proteção do utilizador, do produto manipulado e do ambiente, ao manusear produtos estéreis, tóxicos ou infecciosos. Estas não são câmaras de segurança biológica, mas projetam um fluxo de ar filtrado por filtros HEPA através da superfície de trabalho, em direção ao operador, proporcionando apenas proteção ao produto. Distinguem-se pela direção do fluxo de ar filtrado, que pode ser horizontal ou vertical (Galvão, 2005). No caso do HDHO é vertical.

Em termos práticos, existem alguns passos que são percorridos. Primeiro o médico prescreve o tratamento numa folha própria de prescrição de protocolos de QT. Em segundo lugar, o enfermeiro do acolhimento faz os rótulos com o nome do doente, data de nascimento, nome e dose do medicamento, havendo assim um primeiro momento de validação de dados. No dia do tratamento, o enfermeiro responsável pelo doente, após este chegar e estar a realizar a pré-medicação e hidratação prescrita, informa o colega que se encontra na CFL que já pode preparar o citostático – havendo assim um segundo momento de validação. Posteriormente o enfermeiro que vai administrar o fármaco, antes de colocar em curso, valida junto do protocolo se o medicamento e as doses coincidem, bem como valida junto do doente o nome e data de nascimento, sendo a terceira validação. Estes passos traduzem-se em segurança para o doente.

Tendo como base as competências comuns do EE, mais concretamente a competência do domínio da melhoria contínua da qualidade: “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, isto foi um assunto que despertou em mim interesse e momento de reflexão, pensando nos riscos que um erro de identificação deste tipo pode causar.

De acordo com a OMS estima-se que cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação. A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança atestam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas (Ministério da Saúde, 2015); assim, considero que esta tripla validação em vários momentos se torna uma mais-valia para a segurança do doente.

De acordo com mesmo despacho do Ministério da Saúde (2015), nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados.

Sabemos que cuidados de saúde de qualidade e seguros é um direito de qualquer utente. Assim, no HDHO denota-se uma cultura de segurança constante por parte dos enfermeiros na sua prestação de cuidados, uma vez que os dados são validados sempre, através do nome completo e a data de nascimento, sendo uma preocupação por parte da enfermeira chefe a formação desta temática, que fica a cargo da EEEMC do serviço.

Para além da QT, outros tipos de terapêuticas mais recentes também são administrados no HDHO e durante o meu estágio tive oportunidade de ter contacto com duas delas, Imunoterapia e a Hormonoterapia.

A Imunoterapia surge pela descoberta do importante papel do sistema imunitário, na deteção e eliminação de células cancerígenas. Estes medicamentos podem atuar de duas formas: estimular o sistema imunitário a combater o cancro de uma forma mais seletiva e direcionada ou promover o bloqueio das barreiras que impedem o sistema imunitário de destruir as células cancerígenas (Nunes, 2005; Gedye, Bedwell, Brown, Maxwell, Teraci, & Westman, 2017).

Existem vários tipos de imunoterapia: Anticorpos Monoclonais; Interleucinas; Interferões, fatores de crescimento hematopoiético e vacinas de prevenção do cancro. Estes

são administrados por via IV, intramuscular ou SC. Ao longo do estágio tive contacto com os diferentes tipos, e pude administrá-los, tendo sido necessário aprofundar conhecimentos sobre cada um deles, já que estes, tal como outros medicamentos, podem causar efeitos secundários, como p.e: olhos secos e irritados; cefaleias e alterações na visão; febre, calafrios, diaforese; diarreias; hematémeses; dores articulares intensas; falta de ar e tosse; alterações no fígado que se podem evidenciar com icterícia, colúria, dor abdominal; erupções acneiformes); alguns causam hipotensão e podem causar reações e hipersensibilidade e anafilaxia (Nunes, 2005 ; Gedye, Bedwell, Brown, Maxwell, Teraci, & Westman, 2017). Carecendo assim de uma vigilância continua por parte do enfermeiro que administra e sensibilizando o doente para o ocorrer de efeitos secundários tardios.

No HDHO a preparação dos anticorpos monoclonais é da responsabilidade da farmácia hospitalar. A administração é da responsabilidade do enfermeiro, pelo que este tem que validar junto do protocolo de prescrição se o que está no rótulo de preparação que vem da farmácia está correto e validar dados junto ao doente, mais uma vez atendendo à segurança, e posteriormente proceder a administração. Conforme o anticorpo a ser administrado existem particularidades específicas para as quais o enfermeiro deve estar desperto. Tenho como alguns exemplos da prática, o Ritubcimab® que é altamente hipotensor pelo que o doente tem que estar monitorizado em termos de Tensão Arterial e Frequência Cardíaca, e o seu ritmo de administração segue um esquema de forma a não causar a hipotensão severa, bem como, a maior parte dos doentes fazem soroterapia concomitante de modo a gerir a volémia do mesmo. Outros causam calafrios e podem causar reações severas de alteração da temperatura, pelo que devem ser administrados lentamente e a temperatura corporal tem de ser monitorizada ao longo da administração.

Já a erupção acneiforme causada por anticorpos monoclonais, sobretudo pelo Cetubximab®, também foi uma realidade que pude observar. Esta condição inicia-se com um eritema facial e posteriormente surgem pápulas e pústulas foliculares pruriginosas que se estendem na parte superior do tronco, cara, pescoço e couro cabeludo. Os estudos clínicos referem que há uma relação entre a intensidade da erupção e a eficácia do anticorpo e o tempo de sobrevida, ou seja, quanto mais intensa a erupção, mais eficaz o anticorpo (Allevato, 2008). Existem vários graus: que vão do grau I ao III e o seu tratamento passa por, consoante a gravidade, lavagem com sabão antisséptico, a aplicação tópica de antibióticos, corticoides, anti-inflamatórios. Quando muito agravada poderá ser necessário o uso destes medicamentos via *per os* (Allevato, 2008).

Em termos de cuidados de enfermagem, pude observar que há uma atuação de prevenção, pois apesar de se tratar de uma reação que não se consegue controlar, verificaram na sua prática, que a aplicação de Pliazon® antes de estas surgirem ajuda a que quando surgem não seja tão grave. Pliazon® é um creme regenerador, hidratante e calmante que forma uma película não oclusiva na pele, e protege-a e regula o equilíbrio da humidade da pele, também atua diminuindo o rubor, secura e prurido (Merk, 2011).

A hormonoterapia é outra modalidade utilizada no tratamento do cancro que pude observar e administrar. A evidência científica descreve que sobretudo nos cancros da mama, ovário, próstata útero e tiroide, a hormonoterapia em conjunto com o tratamento clássico tem vindo a ser muito eficaz. Esta é realizada apenas nos casos de tumores hormonodependentes, ou seja, que resultam de um aumento da atividade hormonal e crescem primeiramente sob a influência de hormonas. Deste modo, a sua administração visa diminuir o crescimento do tumor, inibindo a atividade das hormonas endógenas do organismo, que são cancerígenas (Oehlrich, Zemme, Trapani, & Stallforth, 2012).

A hormonoterapia, ao contrário dos restantes tratamentos, não causa reações adversas físicas tão severas, uma vez que sua atuação é seletiva nas hormonas que causam o cancro, assim sendo os seus efeitos secundários estão apenas ligados à função específica da hormona que estamos a “combater”. P.e., se a hormona administrada atua no funcionamento das hormonas sexuais femininas, p.e., num cancro do ovário, podem surgir sintomas de menopausa (Oehlrich, Zemme, Trapani, & Stallforth, 2012).

São estas particularidades que o enfermeiro deve conhecer a fim de informar o doente, e planear cuidados que facilitem a gestão da situação/transições por parte do doente e da família. Na minha prática clínica pude administrar algumas terapêuticas hormonais normalmente administradas por via SC, como é o caso do Faslodex® e Zoladex®.

4.2. Clínica de radioncologia da Madeira Joaquim Chaves Saúde – Doente oncológico em tratamento de radioterapia

A Clínica de Radioncologia da Madeira Joaquim Chaves Saúde foi fundada em 2009 com o objetivo de complementar o tratamento oncológico na RAM. É uma unidade inserida num prédio moderno, localizado no Funchal, e oferece tratamentos de RT. A equipa é multidisciplinar, em que se insere sempre o enfermeiro. Faz parte da equipa uma enfermeira EEMC, que é a coordenadora da equipa de enfermagem deste serviço.

A RT consiste na destruição de células tumorais utilizando feixe de radiação ionizante de alta energia, previamente calculado para cada tipo de tumor visando o menor dano possível às células circundantes, pois estas serão responsáveis por repreencher a área após a remoção das células tumorais (Florêncio & Santos, 2018).

A irradiação propriamente dita, em regra geral, é realizada em poucos minutos para minimizar tanto quanto possível os efeitos da radiação, o que depende da dimensão, da localização e da velocidade de crescimento do tumor (Oehrich, Zemme, Trapani, & Stallforth, 2012). Um tratamento de RT também é composto por várias sessões e pode ser administrada internamente (Braquiterapia) ou externamente (Radiação percutânea).

A braquiterapia é um tipo específico de RT que pode ser feita de três formas: através da colocação de isótopos radioativos diretamente no tumor ou muito próximos ao mesmo, uma vez que a radiação que é utilizada nesta técnica tem um alcance apenas de alguns milímetros, realizada nalguns casos de tumores da mama, cabeça, pescoço, vagina e períneo. Através de aplicadores intracavitários, onde se introduzem fontes de radiação nas cavidades anatómicas, como p.e. na vagina e útero; ou de forma metabólica, onde é feita RT através da administração de iodo sob a forma de líquido ou cápsula, p.e., no tratamento do cancro da tireóide (Monteiro, 2005; Oehrich, Zemme, Trapani, & Stallforth, 2012).

A RT percutânea ou externa, é realizada, como próprio nome indica, através da pele, ou seja, o tumor é irradiado do exterior através da pele e dos tecidos ao seu redor. Para evitar que os tecidos saudáveis à volta do tumor sejam irradiados, esta técnica necessita de uma grande precisão (Monteiro, 2005; Oehrich, Zemme, Trapani, & Stallforth, 2012).

a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

O doente que tem indicação para realizar RT é referenciado pelo seu médico oncologista, e posteriormente é contactado para realizar uma consulta médica e uma consulta de enfermagem - Consultas de Admissão.

Esta consulta de enfermagem tem como principais objetivos: realizar a avaliação inicial de enfermagem, explicar ao doente/família/prestador de cuidados em que consiste a RT, seus possíveis efeitos secundários (p.e. Radiodermite) e como prevenir; delinear um plano de cuidados conforme o número de sessões que irá realizar; desmistificar alguns mitos associados à RT e esclarecer de dúvidas.

Para além destas consultas, existe sempre a Consulta de Enfermagem de Continuidade, que é realizada quando existem efeitos secundários já instalados que

necessitam de cuidados de enfermagem, como p.e., feridas por radiodermite, esofagites, ou sempre que se detete qualquer necessidade. Muitas vezes os doentes pedem para expor dúvidas e sentimentos associados com a doença, ou com alguma sensação nova que estejam a vivenciar.

Também no final do tratamento radioterápico existe uma Consulta de Enfermagem de Término, que se pode prolongar no tempo caso seja necessário, p.e. devido a algum efeito secundário que se mantenha durante mais algum tempo (tendo em conta que os efeitos secundários associados podem surgir até 15 dias após o término das sessões) (Monteiro, 2005).

É também da responsabilidade do enfermeiro a monitorização de doentes do foro cardíaco que irão realizar RT, como p.e., doentes portadores de *pacemaker*, através da monitorização de sinais vitais, bem a como a atuação em situações urgentes e emergentes, juntamente com a equipa médica, como p.e. no caso de hemorragias.

A RT pode ter objetivos curativos, ou paliativos, p.e., no alívio da dor, controlo hemorrágico em feridas malignas, prevenção de fraturas patológicas, compressão medular, síndrome da veia cava e metástases cerebrais (Monteiro, 2005). Pude observar e participar em cuidados a doentes que iam fazer tratamentos de RT com diversos objetivos terapêuticos. Alguns exemplos, descompressão de medula óssea, para reduzir o sangramento de ferida maligna sangrante do ouvido e outro com ferida maligna da mandíbula, para controlo da dor/risco de fratura patológica por metástases a nível da anca, entre outros.

Hoje em dia em qualquer serviço onde desempenhemos o nosso papel como enfermeiro, podemos encontrar doentes submetidos a RT devido à grande incidência de doença oncológica, sendo uma realidade na minha prática clínica atual. Tendo isto em conta, e apesar do enfermeiro não atuar diretamente na realização do tratamento de RT, o enfermeiro tem um papel fundamental junto ao doente e família, devendo ser possuidor de conhecimentos sobre o mecanismo de ação da RT, sua forma de atuação e seus possíveis efeitos secundários, bem como das medidas para preveni-los e trata-los caso ocorram.

Os principais efeitos secundários físicos generalizados que são descritos por Monteiro (2005) são a fadiga/mal-estar generalizado, nalguns casos associado à falta de apetite, náuseas, vômitos e cefaleias, e sobretudo as radiodermites. Depois, conforme a área que está a ser irradiada podem surgir outros, como p.e., depressão medular, dependendo da extensão óssea que esta a ser irradiada.

Segundo Oehlrich, Zemme, Trapana, e Stallforth, (2012) e a AEOP (2015) as radiodermites são as mais frequentes e incluem cuidados de enfermagem específicos. Esta situação ocorre uma vez que a pele é composta por células de proliferação rápida que são vulneráveis a radiações externas. As lesões na pele, podem classificar-se em:

- Grau 0: caracterizada pela ausência de reação;
- Grau 1: quando apresenta eritema leve, epilação, descamação seca;
- Grau 2: caracterizada por eritema doloroso, descamação húmida, edema moderado;
- Grau 3: quando há descamação húmida confluyente, edema marcado da pele;
- Grau 4: que se apresenta por ulceração, hemorragia e necrose.

Devemos intervir junto ao doente e família, para sensibilizar sobre os cuidados com a zona irradiada, antes que surjam lesões, ou seja, intervenção preventiva. Os cuidados a ter passam por: lavagem com água tépida e sabão neutro, com uma secagem suave sem friccionar a zona; não aplicar desodorizantes, talco ou cremes cosméticos na zona; não barbear e se o fizer usar máquina elétrica e não lâminas; não aplicar adesivos; não utilizar fibras ou lãs em contacto direto com a pele; não usar roupa que aperte a zona; proteger a área do frio, calor, vento e radiações solares, não utilizar cremes que contenham na sua composição metais (p.e. Zinco) pois podem aumentar a radiação na zona (AEOP, 2015; Florêncio & Santos, 2018).

Após as lesões surgirem, a intervenção de enfermagem será curativa restauradora, pelo que devemos fazer uma avaliação dos tecidos irradiados, antes, durante e após o tratamento, e se já houver radiodermite, classificá-la. Conforme o grau da radiodermite, devemos executar o tratamento e fazer ensinios sobre produtos adequados a utilizar e prevenir a infeção. Na literatura o que é recomendado são pensos oclusivos na forma de tiras com produtos hidrófilos sem lanolina; placas de hidrocolóide extrafinas; loção à base de ácidos gordos essenciais ou ácidos gordos insaturados; corticosteroides e esteroides tópicos, antibioterapia, estes últimos prescritos pelo médico (AEOP, 2015; Rocha, Pedrosa, Oliveria, Bezerra, Benício, & Nogueira, 2018).

A intervenção de enfermagem que pude observar e realizar ao longo do meu estágio passou pelos ensinios feitos ao doente, bem como, em discussão com a enfermeira tutora perceber os produtos que utilizam em caso de radiodermite. No caso das radiodermites grau 1 e 2, vêm resultados positivos na aplicação diária de Biafine® (trolamina) e Bepanthene® (Dexpantenol), até 5 vezes ao dia; quando evolui para radiodermites grau 3 fazem pensos

húmidos (compressas embebidas em soro fisiológico 0,9%) colocadas por cima da aplicação de Biafine, 5/6 vezes dias. Em casos graves de radiodermite grau 3 ou 4, por vezes é associado o Cilestoderme®, analgésicos e antibiótico *per os*, quando necessário. O que vai ao encontro do mencionado pela AEOP (2015) e por Rocha, Pedrosa, Oliveria, Bezerra, Benício, & Nogueira (2018). Existem também neste serviço panfletos direcionados a algumas condições mais frequentes.

A presença do enfermeiro na equipa multidisciplinar responsável pelo tratamento de RT ao doente oncológico é indiscutível. De acordo com Salvador, Viana, Dorow, Borges, e Rodrigues (2019) a intervenção de enfermagem nesta área recai nos cuidados específicos decorrentes do tratamento, bem como sobre os efeitos secundários (prevenção e tratamento) e os desafios emocionais decorrentes do medo, angústia e alteração da vida diária por causa dos tratamentos. Este mesmo autor refere que é muito importante que o enfermeiro tenha formação específica na área oncológica e na RT, uma vez que existe uma complexidade inerente a esta modalidade terapêutica.

Os mesmos autores salientam ainda que as recomendações realizadas nas consultas de enfermagem aos doentes que realizam RT, como p.e., orientação ao doente sobre a ação da radioterapia e sobre os cuidados direcionados ao local irradiado, visando o autocuidado; avaliação do local e identificação de toxicidade presente nos tecidos irradiados; prescrição de produtos adequados de acordo com o grau de reação presente na pele irradiada; entre outros, resultam numa prevenção eficaz da exacerbação dos efeitos secundários. Já Araújo e Rosas em 2008 referiam que o sofrimento do doente e da sua família/cuidador muitas vezes traduz-se em busca de respostas, e assim procuram o enfermeiro para esclarecer dúvidas e situações. Não posso deixar de relatar que, nestas ocasiões, além do conhecimento científico, é preciso agir com o saber humanístico, escutando o utente explicitando os motivos que só eles conhecem e que têm significado único, devendo ser compreendidos por nós, enfermeiros.

Considero que a intervenção do EEEMC junto ao doente e família em tratamento de RT é imprescindível, uma vez que, tendo em conta a bibliografia supracitada referente às necessidades do doente e família em tratamento de RT, e as competências específicas de EEEMC, a sua intervenção é sem dúvida notória e insubstituível. Alguns exemplos de competências específicas que observei e pus em prática durante o estágio, foram: concebe planos de intervenção especializados tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença, perante situações decorrentes de processos médicos, como é o caso

do tratamento de RT, bem como apoia o doente e família neste processo, realiza planos de intervenção e adequa as estratégias de intervenção especializada de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida e conforto ao doente e família, e valoriza o potencial da pessoa e sua família na vivência do processo de transição saúde-doença, perante as situações decorrentes do processo.

4.3. Unidade de Neutropenia do SESARAM – Doente Oncológico Neutropénico

A UN está inserida no serviço de Hemato-Oncologia do SESARAM, localizada no 8º piso, nascente, do HNM. É um serviço de internamento de doentes com leucemias agudas e todos os doentes oncológicos que passem por situações de neutropenia. Tem capacidade para cinco doentes estando cada unidade equipada com todos os materiais necessários para a prestação de cuidados e monitorização do doente, sendo a terapêutica o único meio necessário que não se encontra na unidade do doente, estando disponível no centro da unidade, na bancada de trabalho dos enfermeiros. Esta disposição permite assim uma vigilância constante do doente que se encontra em situação crítica, podendo alterar o seu estado em qualquer momento.

Em termos de recursos humanos, a equipa médica é composta por cinco médicos oncologistas e dois hematologistas, ficando um por dia destacado para a UN. A equipa de enfermagem é a mesma do serviço de internamento de Hemato-oncologia e Otorinolaringologia, e também conta com um assistente operacional por turno, psicólogo, nutricionista e assistente social.

O método de trabalho utilizado na UN é por enfermeiro responsável, sendo que em cada turno ficam dois enfermeiros. Por norma a enfermeira chefe designa um dos EEEMC fazendo assim gestão de competências devido à criticidade do doente em questão.

A entrada do doente na UN ocorre quando este já se encontra neutropénico e sintomático, normalmente depois de recorrer ao HDHO ou ao SU por sintomatologia associada, p.e. astenia severa, febre... ou também são internados doentes para realização de tratamentos quimioterápicos complexos e agressivos, com os quais sabe-se que o doente irá atingir neutropenia ou inclusive pancitopenia. Após os doentes realizarem os tratamentos e saírem da área de neutropenia, podem ser transferidos para a enfermaria de HO ou algumas vezes, se o doente se encontrar estável, tem alta diretamente para o seu domicílio.

A neutropenia febril é apontada internacionalmente como a situação emergente mais frequente nos doentes oncológicos, pois é a causa das infeções que por sua vez são a principal causa de morte nos mesmos. Diversos fatores relacionados com a doença de base

ou com o tratamento predispõem este tipo de doente a infeções, tais como, diminuição da imunidade, esquemas quimioterápicos intensivos e agressivos, uso de imunossuppressores, antibioterapia e/ou corticoterapia prolongada, lesões na pele e nas mucosas, uso de dispositivos invasivos como cateteres, acessos venosos, entre outros (Atalaia, Vasconcelos, & Bragança, 2015).

Esta condição inicialmente não causa sintomas, sendo detetada através de análises hematológicas ou quando surge uma infeção. A febre é um sinal de alarme e é emergente nestes doentes, e a sua associação com contagem baixa de neutrófilos é o que define neutropenia febril. A *Infectious Diseases Society of America* define febre num doente neutropénico como uma única medição de temperatura oral ou timpânica $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$, ou uma temperatura $= 38^{\circ}\text{C}$ por mais de uma hora. A *American Society of Clinical Oncology* e a *American Society of Hematology, and National Comprehensive Cancer Network* também adotaram esta definição de febre (Atalaia, Vasconcelos, & Bragança, 2015).

A diminuição dos neutrófilos começa a ocorrer entre o terceiro e o sétimo dia após tratamento quimioterápico atingindo o Nadir entre o sétimo e décimo quarto dia, ou seja, o maior risco para a ocorrência de infeções. (Nadir é o tempo em dias que decorre entre a administração do medicamento citotóxico e a ocorrência do menor valor de contagem hematológica, ou seja, é o momento em que os valores das células sanguíneas atingem o seu valor mais baixo) (Castro, 2018).

Depois desta situação, a tendência natural será o aumento dos neutrófilos. Caso isto não ocorra, o risco de infeção prolonga-se tornando a pessoa mais suscetível. Os doentes nesta fase fazem fatores de crescimento leucocitários, que também tive oportunidade de conhecer e administrar, tais como o Pegfilgrastim e o Filgrastim. Estes fármacos são administrados por via SC e têm como indicação terapêutica comum a “redução da duração da neutropenia e da incidência da neutropenia febril em doentes adultos tratados com quimioterapia citotóxica para doença maligna” (Atalaia, Vasconcelos, & Bragança, 2015; European Medicines Agency, s.d).

De acordo com Castro (2018) a neutropenia não é causada apenas pela QT. As leucemias ou síndromes mielodisplásicas, tumores com ocupação medular, ou até a RT, quando são irradiadas zonas que envolvem produção de medula óssea como o esterno, crânio, pélvis e ossos longos, também poderão causar esta condição devido às alterações na formação de neutrófilos.

O mesmo autor também refere que cerca de metade das infeções em pacientes imunodeprimidos têm origem na flora bacteriana endógena do próprio paciente (*Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, etc), as restantes são causadas por bactérias multirresistentes

do meio hospitalar. Quando esta infeção não é tratada de forma emergente, o quadro pode evoluir rapidamente para sepsis e mais tarde para choque séptico, podendo levar à morte.

Como podemos ver o conjunto de sintomas é muito vasto e por vezes repete-se, sendo difícil o reconhecimento da situação de forma emergente. Faz mais sentido quando há conhecimento da história clínica do doente e da fisiopatologia associada. Quando isto acontece o enfermeiro pode levantar suspeitas da situação mais específicas, e assim dirigir a sua avaliação e verificar a necessidade de intervenção prioritária (Castro, 2018).

De acordo com Fortes (2011), as emergências em oncologia podem ter um início insidioso, enquanto outras podem manifestar-se em horas causando resultados devastadores se não forem detetadas e corrigidas rapidamente. Tendo isto em conta, e refletindo sobre o facto de o enfermeiro ser o profissional de saúde que passa mais tempo com o doente, é fundamental que este compreenda a complexidade a que este tipo de situações pode levar, bem como seja capaz de identificar alterações nos doentes de forma atempada para evitar agravamentos e um desfecho negativo.

Daí que considero que o EEEMC é sem dúvida um elemento fundamental na equipa multidisciplinar da UN, pois, este deve ter competências específicas de: Identificar prontamente focos de instabilidade, reconhecer as necessidades de intervenção de forma atempada, prevenir complicações reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa em situação crítica, atuar rápida e eficazmente em situações decorrentes de processos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa; Antecipar em tempo útil, situações de agudização.

Também, para complementar a minha passagem pela UN, tive oportunidade de assistir a uma formação na Fundação Champalimaud sobre “Cuidados de Enfermagem ao Doente Neutropénico”, que foi muito benéfica para a minha aprendizagem.

4.4. Serviço de hospitalização domiciliária da Fundação Champalimaud – Doente oncológico em cuidados paliativos, no domicílio.

O SHD localiza-se no andar técnico do edifício da FCh, que se situa na Avenida de Brasília, Lisboa, Portugal. A FCh é uma instituição médica, científica e tecnológica de última geração, onde são prestados cuidados clínicos integrados e interdisciplinares, desenvolvem atividades de investigação aplicada e programas avançados de educação médica e técnica, visando sempre elevados níveis de eficácia no controlo da doença

oncológica, o que se traduz em maior sobrevivência e melhor qualidade de vida dos utentes (Fundação Champalimaud, 2018).

A FCh está organizada em Unidades Multidisciplinares de Patologia e Serviços Clínicos, onde se insere o SHD. O SHD tem como missão “Contribuir para a saúde conforto e bem-estar dos doentes, e respetivas famílias, que sendo seguidos habitualmente na FCh, não se consigam deslocar, prestando no domicílio cuidados de nível hospitalar, sempre que o internamento seja prescindível e que estejam cumpridos os critérios clínicos, sociais e geográficos” (Fundação Champalimaud, 2018).

A equipa é composta por duas médicas internistas, ambas com formação específica em CP, e por uma enfermeira mestre em CP, quatro assistentes operacionais, um psicólogo, uma nutricionista e uma assistente social. Esta equipa, em conjunto com os médicos assistentes dos doentes em questão, definem e propõem um plano terapêutico que é discutido previamente em reunião multidisciplinar, que ocorre uma vez por semana, garantindo que o doente e sua família recebem os cuidados necessários, permanecendo em sua casa, sem necessidade de internamento.

A hospitalização domiciliária é uma realidade internacional, que se tem demonstrado como vantajosa e é cada vez mais falada no nosso país. Em 2018, surgiu em Diário da República o Despacho nº 9323-A/2018 que diz respeito ao Modelo de Deliberação de criação e Regulamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária. Neste, referem

A Hospitalização Domiciliária, enquanto modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituam uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, com a concordância do cidadão e da família (p. 269002).

No mesmo documento, pode ler-se que “O cuidar em casa, incluindo a hospitalização domiciliária, favorece ainda uma maior humanização dos cuidados e estimula a participação ativa das famílias e de outros cuidadores, capacitando-os através do ensino personalizado em função das necessidades e dos recursos individuais, no contexto de vida de cada pessoa” (p. 26900).

De acordo com o relatório do Inquérito de Hospitalização Domiciliária realizado em Portugal em 2017/2018, pela Angelini University Award! - Angelini Farmacêutica, a maioria dos participantes referiu que aceitaria ser hospitalizado em casa, apontando como principais razões: mais conforto, mais privacidade, maior contacto com a família, amigos e/ou animais de estimação. Os inquiridos que apontaram a sua preferência para o

internamento hospitalar apontam como fator principal, o medo de não ter cuidados de emergência rápido.

De salientar que este serviço desenvolve a sua atividade assistencial sobretudo a nível de CP e controlo sintomático, mas também é possível na vertente de cuidados pós-cirúrgicos, com o objetivo de recuperação funcional e autonomia dos doentes.

Em termos de funcionamento, para além da consulta médica e de enfermagem presencial, também existe o *follow up* por via telefónica por parte da enfermeira, que é feito ao longo do dia, a qualquer hora do dia, pois, mesmo quando a enfermeira responsável não se encontra no serviço, os enfermeiros do serviço de internamento da cirurgia ficam contactáveis (com o telemóvel do serviço) para qualquer situação que surja. Também disponibilizam a possibilidade do doente e família ter apoio para os cuidados de higiene no domicílio, feito por assistentes operacionais, consultas de psicologia ou de nutrição.

Neste serviço, o papel do enfermeiro é essencial e é a chave para todo o seu funcionamento, uma vez que a maior parte das vezes o primeiro contacto do doente ou da família é feito para ele, telefonicamente ou via *e-mail*, onde expõem problemas, sintomas descontrolados, efeitos secundários de terapêutica, sendo portanto este que intervém e agiliza os recursos necessários para resolver a situação do doente.

Os cuidados de enfermagem, associados à descompensação de sintomas, agravamento do estado geral devido a sua doença de base, e os cuidados de fim de vida foram uma realidade neste serviço, uma vez que, a maior parte dos doentes se encontravam em fases terminais da sua doença. Os CP são os cuidados ativos e integrais prestados por equipas interdisciplinares, aos doentes e sua família, em situação de doença avançada, incurável e progressiva e/ou com intenso sofrimento, com vista à redução e prevenção do mesmo. Procuram atender às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e estendem-se ao apoio no luto (OMS, 2002).

Sabemos que o respeito pelo doente terminal é um dever do enfermeiro independentemente do contexto em que se encontre a exercer sua profissão, estando previsto no código deontológico da nossa profissão: “defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (OE, 2015).

Neste contexto, consolidei e aprimorei os meus conhecimentos sobre o controlo de sintomas, como p.e. o controlo da dor, tendo tido oportunidade de preencher Bombas de infusão portátil – DIB para infusões via SC no domicílio em doentes paliativos.

Considero que, tendo em conta as competências específicas do EEEMC no cuidado à Pessoa em Situação Paliativa, a presença deste elemento neste tipo de serviço é fundamental. Ao longo do meu estágio tive isto em conta, e considero que vi evidenciada a competência “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”, pois fui capaz de identificar as necessidades de intervenção especializada, criei e implementei planos de cuidados, p.e. no controlo dos sintomas, tive sempre uma abordagem abrangente, compreensiva com a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo a conseguir satisfazer suas necessidades e objetivos, maximizando a sua qualidade de vida e aliviando o sofrimento e preservando sua dignidade.

b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Cuidar prevê que exista uma relação com a pessoa que cuidamos. A relação que estabelecemos com o doente e sua família, e a maneira como cada um vive a sua doença é o que dá sentido às intervenções que realizamos. Segundo Costa (2014), a essência da enfermagem é cuidar, que depende da competência técnica e sobretudo da relação interpessoal estabelecida com base nas habilidades de interação e comunicação.

Na pessoa com doença oncológica, o confronto com um diagnóstico de cancro provoca reações devastadoras para o doente e para a sua família, que se vão traduzir em emoções e expressões individuais. A perceção da finitude da vida torna-se mais presente e é muito comum que surjam mitos e medos em torno da doença e do seu tratamento. A pessoa que recebe um diagnóstico de cancro reage de maneira diferente quando comparado ao diagnóstico de outras doenças, uma vez que ainda existe, na nossa sociedade, a crença de que este diagnóstico está relacionado com dor, tratamento invasivos e morte. Em função deste estigma e sua associação à morte, o cancro é a doença que mais causa medo às pessoas (Farinha, Wendling, & Dellazzana-Zanon, 2013)

Este diagnóstico pode ser esmagador e conduzir a problemas de ordem física, psicológica, social, espiritual, existencial... e face a isto, podem surgir sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza, desesperança, isolamento social, depressão, entre outros.

Na minha vivência pude constatar que o enfermeiro tem um papel fundamental na atuação perante estas situações, e estamos na linha da frente quando ocorrem. É junto de nós que os doentes vêm verbalizar os seus sentimentos e preocupações e assim descobrir os recursos para que possam lidar com a nova notícia, com as dúvidas sobre o tratamento e efeitos secundários e também pedem estratégias para ajudá-los, isto vai ao encontro do que está descrito na bibliografia. P.e., segundo Farinha, Wendlig e Dellazzana-Zanon (2013), o objetivo do apoio em doentes com cancro é o de proporcionar a oportunidade de verbalizar seus sentimentos e preocupações para aumentar a sua capacidade de lidar com o tratamento, para melhorar a sua qualidade de vida, para diminuir suas queixas, para ajudá-las a gerir os seus sintomas, para aumentar a sua adaptação a esta nova condição.

Considero que o EEEMC desempenha um papel fundamental no acompanhamento do doente oncológico, pois através do seu olhar crítico é capaz de identificar focos de instabilidade emocional que permitem uma atuação precoce para prevenir complicações associadas à doença, permitindo assim uma prestação de cuidados especializada que se reflete em ganhos em saúde e na melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Ao longo do meu estágio aprofundi competências comunicacionais tanto junto do utente como junto da família, consegui criar relações terapêuticas com várias pessoas que tive oportunidade de cuidar, independentemente da fase da sua doença em que se encontravam. Ao intervir junto do doente e família, escutava ativamente aquilo que diziam, utilizava um tom de voz adequado, uma linguagem adequada à pessoa em questão, demonstrava sinceridade, disponibilidade e confiança no meu discurso. Procurei sempre que possível intervir em lugares com privacidade de forma a permitir ao doente sentir-se à vontade para se expressar.

Inicialmente sentia-me algo insegura, no sentido em que me podiam questionar algo mais técnico e que pudesse não transmitir tanta confiança ao responder, mas com ajuda dos enfermeiros tutores e equipa, rapidamente ultrapassei esse receio e aprendi que muitas vezes não são necessárias muitas palavras, basta o escutar e a comunicação não-verbal e até mesmo o silêncio é a resposta que os doentes esperam de nós quando nos abordam.

Senti que conseguia chegar ao doente e que estes confiavam em mim para expressar suas emoções, criando ligação terapêutica. P.e., doentes que cuidei no HDHO, e que mais tarde quando estagiei na UN se encontravam lá internados, reconheceram-me e de imediato abordaram-me falando da sua condição naquele momento e até questionando sobre o seu estado.

Acredito que após este percurso sinto-me mais preparada para comunicar com o doente e família em situações mais complexas e delicadas, pois apesar de serem situações difíceis, se tivermos como base o respeito, dignidade e princípios éticos conseguimos atenuar o que queremos transmitir. Estou certa de que consegui ir ao encontro das competências específicas do EEEMC: “Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; Assistir a pessoa, nas perturbações emocionais decorrentes da situação de doença.”

A comunicação terapêutica, é um processo contínuo e muito complexo. Esta tem consequências na adaptação e no bem-estar psicológico dos doentes oncológicos e das suas famílias. A relação terapêutica que se cria com estes, vai modificando-se ao longo do tempo e depende, tanto de fatores idiossincráticos do doente, como do profissional de saúde. É muito importante perceber que, diferentes aspetos da interação terapêutica, tornam-se mais ou menos sensíveis em determinados momentos da trajetória da doença oncológica e vão resultar em diferentes consequências. O processo de comunicar deve ser tratado com cuidado acrescido, e devemos sempre ter em conta e respeitar as preferências e as necessidades dos doentes e da sua família (Bueno, Tarabay, & Lourenço, 2016).

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica

As IACS, são questões do âmbito da segurança do doente e que a todos dizem respeito, meritórias não só da atenção dos profissionais de saúde, administradores, gestores, governantes, mas da sociedade em geral. Como já referido anteriormente, sabemos que estes eventos adversos constituem uma importante causa de morbimortalidade, contribuem para o consumo acrescido de recursos humanos, materiais e, concomitantemente elevam os custos em saúde (Direção Geral da Saúde, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Sabemos também que, por um lado, à medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Por outro lado, cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (Direção Geral de Saúde, 2007).

Sabemos que a doença oncológica e as suas terapêuticas atingem, a maior parte das vezes, a medula óssea levando assim a estados de pancitopenia, o que aumenta o risco de o doente adquirir infeções. No doente oncológico, esteja em situação crítica, em situação estável realizando tratamentos ou em situação paliativa, o controlo das IACS assume um papel muito importante, no sentido em que, o risco de infeção está sempre presente. P.e., na UN encontrei doentes em situação crítica, neutropénicos, com alto grau de risco de infeção. Quando estão hemodinamicamente estáveis e realizam tratamentos, ficam também mais suscetíveis à infeção devido à agressão dos tratamentos ao sistema imunitário, por outro lado, os doentes em situação paliativa terminal, encontram-se, a maior parte das vezes com sistema imunitário combalido por diversos motivos, tendo assim também maior risco para a aquisição de infeções (Pinto, 2012; Lima & Minetto, 2014).

De uma forma geral, durante o meu estágio na UN constatei que são postos em prática programas instituídos pelo SESARAM para prevenção das infeções, tal como “Stop Infeção Hospitalar! – Um Desafio Gulbenkian, direcionado para a prevenção da infeção associada ao cateter vesical, infeção associada ao CVC e CVP e no caso do HDHO direcionado para a prevenção da infeção associada ao CVC.

Pude verificar que os profissionais estão sensibilizados para o controlo e prevenção das IACS, não só junto ao doente na sua intervenção, mas também na realização de ensinamentos que visam a prevenção da infeção sobretudo em doentes com maior risco, e tendo em conta o período NADIR destes que segundo Lima e Minetto (2014) é um critério adicional de risco para desenvolvimento de infeções no doente oncológico.

Na UN estive junto a doentes, que são obviamente hospedeiros suscetíveis tendo em conta sua situação. Nos doentes neutropénicos, algumas infeções são inevitáveis, uma vez que estes são suscetíveis até mesmo a sua flora endógena. Infeções na presença de neutropenia são consideradas de extrema gravidade e obviamente, no ambiente hospitalar o doente neutropénico está submetido a maior risco de desenvolvê-las, uma vez que está exposto a um ambiente com diversos microorganismos multirresistentes, bem como a técnicas invasivas (Lima & Minetto, 2014). Por este motivo, e tendo em conta que o enfermeiro é o profissional de saúde que passa maior tempo junto do doente sua atuação no sentido de prevenção e controlo de infeção é essencial.

Os ensinamentos ao doente e família, sobre cuidados na prevenção da infeção e sobre os sinais e sintomas a que devem estar atentos é fundamental para minimizar as complicações e permitir assim uma atuação precoce caso a infeção ocorra (Lima & Minetto, 2014). Sem dúvida este é outro aspeto que pude observar e desenvolver ao longo do estágio e que é

primordial. Tive oportunidade de cuidar de um doente, de 50 anos de idade, que estava a realizar QT no HDHO, tendo prestado cuidados na fase do tratamento ativo. Uns dias depois o senhor voltou ao HDHO por febre de 39º que já não cedia, de imediato tomamos medidas de isolamento para proteção do doente, tendo em conta que tudo indicava que se tratava de uma neutropenia febril. Colhi sangue para análises e confirmou-se a neutropenia inferior a 1000 células/mm³, tendo-se iniciado de imediato medicação no isolamento do HDHO e tendo sido posteriormente transferido para a UN onde foi diagnosticada a infeção de origem respiratória. Curiosamente, cuidei do doente na UN, onde já se encontrava melhorado da sintomatologia, e com valores analíticos também aumentados.

Durante a prática clínica, pude ainda observar o facto de que a gestão de derrames e salpicos, a gestão de resíduos hospitalares são áreas que estão muito presentes e são cumpridas, tanto na UN como no HDHO, tendo em conta a convivência diária com materiais de risco como são os citostáticos. Existe em cada serviço um *kit* para o caso de derrame e as assistentes operacionais têm formação, dada pelos enfermeiros dos serviços, sobre como atuar caso isto ocorra. Também existe um caixote de lixo elétrico que permite a selagem do lixo de grupo IV num saco, neste caso - Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração, evitando a saída de aerossóis para o ambiente envolvente.

Durante o estágio apliquei precauções básicas e específicas necessárias para a prevenção e controlo da infeção, na prestação direta de cuidados. Realizei ensinamentos junto ao doente e família com este mesmo objetivo. Sempre que se justificou, utilizei EPI adequado atendendo assim à minha segurança, bem como a segurança dos utentes. Consultei documentos e protocolos dos serviços referentes a esta problemática.

CONCLUSÃO

Concluída esta etapa, é momento de refletir e fazer um balanço sobre este percurso formativo. Considero que ao longo das práticas clínicas vivenciei um leque de experiências ricas, que me permitiram dar resposta às exigências de um Mestrado em EMC, e o presente relatório evidencia as competências adquiridas, bem como demonstra o percurso de aprendizagem, as atividades desenvolvidas e as dificuldades que senti.

O dia-a-dia do EEEMC é um desafio constante, que exige conhecimento, análise, reflexão e fundamentação para que a sua prática seja competente e diferenciada e lhe permita uma atuação adequada e em tempo útil. Concomitantemente o crescimento pessoal e as competências humanas vão-se consolidando permitindo uma atuação mais rica junto dos doentes e famílias.

Assim constato que o enfermeiro EEMC assume um papel fundamental nas equipas multidisciplinares, uma vez que é um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e humanos, baseados em evidências científicas, bem como é um profissional com competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais, que lhe permitem participar e coordenar programas de qualidade.

Relativamente aos estágios que realizei, considero que a prática clínica em contexto de urgência proporcionou-me diversas situações de aprendizagem ligadas ao doente e família em situação crítica, em situações urgentes e emergentes, causadoras de *stress* devido ao confronto constante com situações inesperadas, que me permitiram testar e conhecer meus limites e consequentemente desenvolver capacidade de gestão de este tipo de situações. Para além disso permitiu-me a aquisição e aprofundamento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas num contexto complexo devido a elevada afluência de doentes e suas famílias, e constante mudança de situações.

O estágio em contexto de cuidados intensivos, trouxe-me muitas novidades para a minha prática profissional e novos conhecimentos, sobretudo no que diz respeito ao “salvar vidas”, no entendimento da importância da nossa antecipação aos acontecimentos e prevenção de agravamentos, e relevância da intervenção em situações inesperadas, próprias do doente em situação crítica. Também foi essencial no cuidado ao doente em torno de

diversa tecnologia, e o binómio que isto implica. Outro aspeto que saliento foi a importância que dei a família neste estágio, que me permitiu desenvolver competências relacionais junto dos familiares em situação de crise.

Por sua vez, o estágio de opção em diferentes contextos, permitiu-me, tal como pretendido, acompanhar o percurso do doente oncológico, em diversas fases, bem como ter contacto com novas técnicas e terapêuticas, o que foi desafiante e enriquecedor para mim, enquanto pessoa e enquanto profissional, pois permitiu-me a identificação de diversas necessidades que podem surgir, assegurando assim um olhar mais crítico que agora me permite uma deteção precoce dos focos de instabilidade, desde o diagnóstico, em fase estável, em fase avançada, em situação crítica e em situação paliativa. Tendo assim adquirido e aprofundado competências técnicas, científicas, relacionais nesta área.

De um modo geral, em todos os estágios, deparei-me com experiências novas e desafiantes, que me ajudaram a desenvolver e demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão e atuação. Assim posso afirmar que, hoje, tenho uma maior visão e consciência das necessidades e das competências que envolve o cuidado especializado ao doente e família em situação crítica e, em particular, ao doente oncológico e sua família. Este relatório reflete esta afirmação, bem como considero que fortalece a importância do EEEMC e sua intervenção diferenciada.

Acredito que atingi os objetivos traçados inicialmente, estou convicta do meu crescimento pessoal e profissional, bem como considero ter desenvolvido as competências comuns do EE, bem como as competências específicas de EEEMC, e por outro lado, e concomitantemente acredito que demonstrei possuir competências de mestre através da integração de novos conhecimentos, capacidade de adaptação, compreensão e resolução de problemas em situações novas e em diferentes contextos, reflexão sobre situações complexas, capacidade de autoaprendizagem, e na procura de situações novas, diversas e desafiadoras de aprendizagem, também evidenciadas na elaboração e concretização do meu projeto de autoformação. Considero-me assim, uma melhor profissional, com maior responsabilidade junto dos doentes e famílias, com mais segurança na minha prática profissional e vejo-me como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade.

Como maior desafio saliento a dificuldade sentida para conseguir resumir todas as experiências vividas no relatório, por vezes em curtos espaços de tempo entre a vida

profissional e pessoal, o que sem dúvida também me permitiu desenvolver outras capacidades ao nível da gestão do tempo e capacidade de síntese.

Este percurso não foi fácil, houve altos e baixos, cansaço e ansiedade, mas também momentos de motivação, satisfação e orgulho. Assim afirmo que isto é apenas o concluir de uma etapa, é o virar de uma página e não o fechar de um livro!, pois vislumbro novas metas a atingir, com novos desafios profissionais e de formação, num percurso constante de crescimento pessoal e profissional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. Unidade Operacional de Normalização de Instalações e Equipamento. (2011). *Recomendações técnicas para hospital de dia*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Allevato, M. (2008). Efectos adversos cutáneos de la Terapia Antineoplásica. *Acta Terapeutica de Dermatologia*, 31, 78-91. Retrieved from http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_02_02.pdf
- Andrade, M. I. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Oncology News*, (21), 27-31. Retrieved from <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/60-abs.pdf>
- Angelini Farmacêutica. (2018). Relatório do Inquérito sobre hospitalização domiciliária junto da população portuguesa. Retrieved from <https://aua.pt/wp-content/uploads/2019/11/Inqu%C3%A9rito-sobre-Hospitaliza%C3%A7%C3%A3o-Domicili%C3%A1ria-v01.pdf>
- Araújo, C. R., & Rosas, A. M. (2008). O papel da equipa de enfermagem no setor de radioterapia: Uma contribuição para a equipe multidisciplinar. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(3), 231-237. Retrieved from https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_54/v03/pdf/artigo_4_pag_231a237.pdf
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2015). Linhas de consenso radiodermite: Linhas de consenso em enfermagem para uma melhor intervenção. Retrieved from https://www.aeop.pt/ficheiros/Consenso_Radiodermite_def.pdf
- Atalaia, G., Vasconcelos, P., & Bragança, N. (2015). Neutropenia febril. *Revista Clínica do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 3(1), 13-19. Retrieved from <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/136>
- Azeredo, T., & Oliveira, L. M. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 44-54. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=101365&code=53a65ba83a4f8cbab67cba9acb1cc71a42855acf>
- Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (2016). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Batalha, L. M. (2016). *Avaliação da dor: Manual de estudos*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bertoncelloa, K. C., Xaviera, L. B., Nascimento, E. R., & Amantea, L. N. (2016). Dor Aguda na Emergência: Avaliação e Controle com o Instrumento de MacCaffery e Beebe. *Journal Health Sciences*, 18(4), 251-256. Doi: 10.17921/2447-8938.2016v18n4p251-6

- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebian, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *Medicina Interna*, 23(3), 8-14. Retrieved from https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Bueno, I., Tarabay, C., & Lourenço, M. T. (2016). Comunicação em oncologia e ajustamento psicológico: Uma revisão de literatura. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 527-541. Doi: 10.15309/16psd170317
- Cadinha, S., & Silva, J. (2017). Tratamento imediato de reações em oncologia. In A. Joaquim, J. Silva, & S. Cadinha (Eds.). *Reações de hipersensibilidade em oncologia* (pp. 31-42). Algés: Merk.
- Carneiro, A. H., Andrade-Gomes, J., & Póvoa, P. (2016). Cara sépsis-3, lamentamos dizer-lho, mas não gostamos de si. *Medicina Interna*, 23(4), 56-60. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2016000400014
- Castro, A. T. (2018). Desmistificando as emergências oncológicas na assistência de enfermagem. *Revista Electrónica Atualzia Saúde*, 7(7), 7-32. Retrieved from <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2018/02/desmistificando-as-emerg%C3%A2ncias-oncol%C3%B3gicas-na-assist%C3%A2ncia-de-enfermagem-v7-n7.pdf>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelha, M. A. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 42-59. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf
- Chakladar, A., Gan, J., & Edsell, M. (2017). Agiografia arterial coronária. *Anaesthesia - Tutorial of the week*, 1-7. Retrieved from https://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/fe379aca7b9a3859a5c6bedef687252f-ATOTW-361-Coronary-Artery-Angiography-portuguese.pdf
- Coelho, W. (2015). Terapia intensiva, administração em enfermagem, controlo de infeção hospitalar, saúde do idoso. In W. Coelho & P. Carolina (Eds.). *Terapia intensiva, administração em enfermagem, controlo de infeção hospitalar, saúde do idoso* (pp. 13-26). São Paulo: Editora Sanar.
- Conceição, M. A. (2016). Adequação dos recursos humanos às necessidades de trabalho: Artigo de revisão bibliográfica. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto .
- Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. (2013). Manual de preparação de citotóxicos. Retrieved from https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/manual_citotoxicos_16297557285941255f09f07.pdf
- Correia, S. (2013). O doente oncológico portador de cateter venoso central com reservatório subcutâneo: Intervenções de enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- De Melo, N. A. (2010). Plano nacional de saúde. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/opiniao-doente-oncologico/>
- De Oliveira, L., Queirós, P., & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros: Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 143-157. Retrieved from <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/331>
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2019). Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira: Ano 2018. Retrieved from <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now-3/social-gb/saude-gb/2015-11-11-16-36-24/saude-publicacoes-gb/finish/246-saude-publicacoes/11869-estatisticas-da-saude-da-ram-2018.html>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Guia de implementação da estratégia multimodal da organização mundial de saúde para a melhoria da higiene das mãos nas unidades de saúde. Retrieved from https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/2016_guia_implementacao_hm-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Sobre o cateterismo cardíaco. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pndccv-cateterismo-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa nacional para as doenças oncológicas. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/>
- Dos Santos, K., Martins, I., & Gonçalves, F. (2016). Caracterização da sedação e analgesia em Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(2), 157-166. Retrieved from <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5225>
- European Medicines Agency. (s.d). Resumo das características do medicamento. Retrieved from https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/filgrastim-hexal-epar-product-information_pt.pdf
- European Resuscitation Council. (2015). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care. Elsevier, 202-222. Retrieved from <https://ercguidelines.elsevierresource.com/european-resuscitation-council-and-european-society-intensive-care-medicine-guidelines-post>
- Faria, E., & Ribeiro, C. (2017). Reações de hipersensibilidade em oncologia. In A. Joaquim, J. Silva, & S. Cadinha (Eds.). *Reações de hipersensibilidade em oncologia* (pp. 11-18). Alges: Merk .
- Farinha, G., Wendling, M., & Dellazzana-Zanon, L. (2013). Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: Um estudo de caso a partir da percepção do cuidador.

- Pensando Famílias, 17(2), 111-129. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009
- Faustino, A. (2014). Abordagem do delirium no doente crítico . Amadora: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Paulo, F. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. Retrieved from <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95>
- Figueiredo, T. W., Mercês, N. N., Lacerda, M. R., & Hermann, A. P. (2018). Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: Relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 3004-3009. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0846
- Fleury, M. T., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *RAC*, 183-196. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Florêncio, D., & Santos, A. (2018). Cuidados de enfermagem para pacientes oncológicos em tratamento de radioterapia: Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 23, 140-145.
- Fortes, O. d. (2011). *Emergências oncológicas*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). Stop infeção hospitalar: Um desafio Gulbenkian. Retrieved from <https://gulbenkian.pt/project/um-futuro-para-a-saude/>
- Fundação Champalimaud. (2018). Centro clínico fundação Champalimaud. Retrieved from <https://www.fchampalimaud.org/centroclinicofc/>
- Galvão, H. (2005). Classificação, selecção e instalação de câmaras de fluxo laminar. Retrieved from <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Caderno%20DGIES%20N%206.pdf>
- Gedye, C., Bedwell, D., Brown, M., Maxwell, C., Teraci, J., & Westman, H. (2017). Cancer council. Retrieved from https://www.cancercouncil.com.au/wp-content/uploads/2017/06/UC-Pub-Immunotherapy-CAN6479-lo-res_June-2017.pdf
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18, 307-318. Doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x
- Gilboy, N. (2011). Triagem. In P. H. Steinmann (Eds.). *Enfermagem de urgência da teoria à prática* (Vol. 6ª) (pp. 64-78). Loures: Lusociência.
- Gonçalves, J. F. (2018). *ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno* . Évora: Universidade de Évora.
- Gonçalves, L. M. (2012). *A pessoa em situação crítica e o cuidado de enfermagem transcultural*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa .

- Guimarães, R. C., Gonçalves, R. F., Lima, C. d., Torres, M. R., & de Oliveira e Silva, C. (2015). Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(2), 2440-2452. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-755395>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Huffstutler, S. Y. (2010). Problemas cardiovasculares. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek, & C. Green (Eds.). *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (pp. 733-828). Loures: Lusodidactica .
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa: Author
- Junior, A., Neto, R., Walquiria, F., & Park, M. (2008). Validade, confiabilidade e aplicabilidade das versões em português de escalas de sedação e agitação em pacientes críticos. *São Paulo Medical Journal*, 126(4), 215-219. Doi: S1516-31802008000400003.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2016). Direitos gerais do doente oncológico. Retrieved from <https://www.ligacontracancro.pt/www/uploads/sede/guia-direitos-doente-oncologico-v7-39.pdf>
- Lima, M., & Minetto, R. (2014). Conhecimento de pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico sobre os cuidados para prevenção de infecções. *Ciências Saúde*, 25(1), 35-44. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/conhecimento_pacientes_onco.pdf
- Lukmanulhakim, A., & Suryani, A. (2016). The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(12), 5456-5462. Doi: 10.18203/2320-6012.ijrms20164228
- Martinho, C. I. (2016). *A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados nas unidades de cuidados intensivos*. Lisboa: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., Frota, N., & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 55-63. Doi: 10.12707/RIII1316.
- Merk. (2011). *Pliazon - Regenerierende und Feuchtigkeitsspendende Hautschutzcreme*. Bergamo, Itália.
- Ministério da Saúde. (2016). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos: Relatório final . Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Ministério da Saúde. (2019). *Manual da farmácia hospitalar*. Retrieved from <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c>

- Monteiro, M. F. (2005). O doente submetido a radioterapia. In F. Regateir (Ed.). *Enfermagem oncológica* (pp. 71-82). Coimbra: Formasau.
- Nascimento, E. A., Tarcia, R. M., Soares, L. P., Suriano, M. L., & De Domenico, E. B. (2015). Folhetos educativos em saúde: Estudo de receção. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 49(3), 435-442. Doi: 0.1590/S0080-623420150000300011
- Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, 15(4), 277-283. Retrieved from https://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf
- Nunes, R. (2005). Principais efeitos secundários da hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia: Intervenções de enfermagem. In F. Regateiro (Ed.). *Enfermagem oncológica* (pp. 85-102). Coimbra: Formasau.
- Oehlrich, M., Zemme, V., Trapani, G., & Stallforth, R. (2012). *Como prevenir e combater o cancro*. Estugaa: Verlag Das Beste.
- Oliveira, J. C. (2012). Síndrome pós-paragem cardíaca: Fisiopatologia, aspectos clínicos, terapêuticos e avaliação do prognóstico a médio e longo prazo. Retrieved from <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/26122/2/Joana%20Oliveira%20TF%206%20ano.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros & Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.. (2017). Parecer nº 09 / 2017: Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem portuguesa implicações na adequação ao processo de bolonha no atual quadro regulamentar*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boas práticas*. Lisboa: Author
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos . (2008). Transporte de doentes críticos: Recomendações. Retrieved from <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Pereira, J. C. (2008). Abordagem do Paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(2), 190-196. Doi: 10.1590/S0103-507X2008000200013.
- Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M., & Santos, M. (2016). Delírium no doente crítico: Fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 29-36. Doi: 10.12707/RIV16006
- Pereira, M. A. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto - contributos para a formação em enfermagem* (Dissertação para obtenção do grau de doutor,

- Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação). Retrieved from https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=29721
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 27-39. Retrieved from <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pinto, F. J. (2012). Alimentação em fim de vida: A opinião dos enfermeiros (Tese para obtenção do grau de mestre, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1362/1/Pinto-F.pdf>
- Pires, M., & Sousa, M. (2013). Lesões bolhosas palmo-plantares pós-quimioterapia. *Galicía Clínica - Sociedade Galega de Medicina Interna*, 74(3), 143. Retrieved from <https://galiciaclinica.info/PDF/24/424.pdf>
- Porto Editora. (2019). Competência. Retrieved from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competência>
- PORTUGAL. Assembleia da República. (16 jul 2012). Lei nº 25/2012. Diário da República nº 136, 1ª série.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (21 mar 2014). Lei nº 15/2014. Diário da República nº 57, 1ª Série.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - Norma nº 015/2017. 2017-07-13. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Acessível na DGS.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 jul 2018). Regulamento nº 429/2018. Diário da República nº 135, 2ª série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 set. 2015). Lei nº 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 181, 1ª série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (25 set 2019). Regulamento nº 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República nº 184, II Série
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun 2015). Regulamento nº 361/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República nº 123, II Série
- PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. (16 ago 2018). Decreto-Lei nº 65/2018. Diário da República nº 157, 1ª série.
- PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 002/2018. 2018-01-09. Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna imediata. Acessível na DGS, Lisboa.
- Puntillo, K., Max, A., Timsit, J.-F., Vignoud, L., Gerald, C., Emma, R., . . . Marcio, S. (2014). Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit - the europain® study. *American Thoracic Society Journal*, 189(1), 39-47. Doi: 10.1164/rccm.201306-1174OC

- Ramada, D., Coelho, F., Guilherme, D., & Marques, P. (2018). Permeabilidade do cateter venoso central totalmente implantado: Revisão de literatura. *Revista Onco.News*, (9), 20-29. Doi: 10.12707/RIII1298
- Ribeiro, R. A. (2013). A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro (Dissertação de mestre, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20rakel-tese.pdf>
- Rocha, D., Pedrosa, A., Oliveria, A., Bezerra, S., Benício, C., & Nogueira, L. (2018). Evidências científicas sobre os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com radiodermatite. *Revista de Gaúcha de Enfermagem*, 39. Doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0224
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. d., Moura, A. A., & Zanetti, A. C. (2018). Protocolos operacionais padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 126-134. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0621
- Salvador, C., Viana, E., Dorow, P. F., Borges, L. M., & Rodrigues, P. M. (2019). Cuidados de enfermagem oncológica em radioterapia. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(4), 1071-1080. Doi: 10.5205/1981-8963-v13i04a238443p1071-1080-2019
- Serrano, M. T., da Costa, A. d., & da Costa, N. M. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (s.d.). *Serviço de urgência*. Retrieved from https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=51&lang=pt
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (S.d). *Serviço de Medicina Intensiva*. Retrived from https://www.sesaram.pt/smi/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=161
- Silva, R. M. (2015). A morte em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica sobre a experiência dos enfermeiros (Dissertação para obtenção do grau de mestre, Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/40570>
- Silva, R., da Luz, M., Fernandes, J., da Silva, L., Cordeiro, A., & da Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 147-154. Doi: 10.12707/RIV17076
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., . . . Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801-810. Doi: 10.1001/jama.2016.0287

Sociedade Europeia de Cardiologia. (2017). Sociedade portuguesa de cardiologia. Retrieved from https://spc.pt/pdf/pockets-guidelines/2017/EAM_STEMI.pdf

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - Grupo de Avaliação Dor. (2016). Resultados - Plano nacional de avaliação da dor. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf

Teixeira, J. M., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 135-142. Doi: 0.12707/RIV16026

The Global Cancer Observatory. (2018). Cancer today. Retrieved from <http://gco.iarc.fr/today/home>

Venturi, V., Viana, C. P., Maia, F. d., Basílio, M. J., Oliveira, A. A., Sobrinho, J. C., & Melo, R. d. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6(17), 19-23. Retrieved from <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/145>

World Health Organization. (2018). Cancer. Retrieved from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

World Health Organization. (2018). Global status report on road safety. Geneva: Author

World Health Organization. (2019). Monitoring health for the sustainable development goals. Switzerland: Author.