Escola Superior Saúde Santa Maria

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

UM CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM: DOENTE ONCOLÓGICO ENQUANTO DOENTE CRÍTICO

Rita Ribeiro Paiva

Outubro 2023

Porto

UM CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM: DOENTE ONCOLÓGICO ENQUANTO DOENTE CRÍTICO

Rita Ribeiro Paiva

Relatório de estágio realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Prof.ª Doutora Márcia Alves e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Outubro 2023

Porto

"*Cuidar o corpo e a alma e não só o corpo ou só a alma, é exclusivo da ciência e da arte que é a Enfermagem*"

Costa & Gonçalves, 2021

AGRADECIMENTOS

O presente relatório representa o culminar de um longo percurso de aprendizagem, repleto de horas de trabalho, pesquisa e dedicação, no qual o apoio, carinho e dedicação de todas as pessoas que estiveram presentes no decorrer deste caminho, foram fundamentais.

Assim, não posso deixar de agradecer a quem me motivou a continuar e a atingir a realização pessoal e profissional que desejava.

Aos docentes e colaboradores da Escola Superior de Saúde de Santa Maria que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, Professora Doutora Márcia Alves, pela sua dedicação, disponibilidade e orientação no decorrer deste percurso.

Ao Professor Daniel Cunha, pelas palavras de incentivo e motivação e pela disponibilidade apresentada em todo o trajeto.

Aos enfermeiros tutores e respetivas equipas, pela disponibilidade, partilha de conhecimentos, experiências e oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram ao longo dos estágios.

À minha família, pelo carinho, apoio e preocupação. Por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu não acreditava.

À minha equipa de trabalho, pela paciência, incentivo e ajuda, facilitando a conciliação entre o trabalho e ao estudos, que nem sempre se revelou fácil.

Aos amigos, que diariamente me apoiaram e me deram força nos momentos mais difíceis desta jornada.

A todos o meu mais profundo e sincero obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APA	*American Psycological Association*
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	*Bispectral Índex*
BPS	*Behavioral Pain Scale*
Cel./mm^3	Células por milímetro cúbico
CO_2	Dióxido de Carbono
CRRNEU	Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência
CVC	Cateter Venoso Central
CVP	Cateter Venoso Periférico
DGS	Direção-Geral da Saúde
EC	Ensino Clínico
ECG	Eletrocardiograma
ECMO	*Extracorporeal Membrane Oxygenation*
ECTS	*European Credit Transfer and Accumulation System*
EE	Enfermeiro Especialista
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
GCL-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN	*International Council of Nurses*
IOT	Intubação orotraqueal
KPC	*Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases
O_2	Oxigénio
OE	Ordem dos Enfermeiros
OECD	*Organization for Economic Co-operation and Development*
ONAF	Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

PAI	Pressão Arterial Invasiva
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
PBE	Prática Baseada em Evidência
PBCI	Precauções Básicas do Controlo da Infeção
PBVT	Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão
PET	Tomografia por Emissão de Positrões
PiCCO	*Pulse Contour Cardiac Output*
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica
QT	Quimioterapia
RASS	*Richmond Agitation-Sedation Scale*
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RT	Radioterapaia
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
SANP	Serviço de Atendimento Não Programado
SAV	Suporte Avançado de Vida
SE	Sala de Emergência
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SU	Serviço de Urgências
SUP	Serviço de Urgências Polivalente
TANPS	Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas
TISS-28	*Therapeutic Intervention Scoring System-28*
TSFR	Técnica de Substituição da Função Renal
UE	União Europeia
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UPP	Úlceras Por Pressão
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VV	Via(s) Verde(s)

RESUMO

Realizado no âmbito do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica do consórcio entre a Escola Superior de Saúde de Santa Maria e a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, o presente relatório pretende descrever de forma crítica e reflexiva, o processo de aquisição de competências comuns e de competências específicas do Enfermeiro Especialista, bem como o desenvolvimento das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem.

Estas competências foram desenvolvidas no decorrer das unidades curriculares teórico e teórico-práticas e na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, tendo esta última, representado uma parte significativa de todo o percurso.

Os Ensinos Clínicos, iniciados em contextos direcionados à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em unidades polivalentes, como o serviço de urgência e a unidade de cuidados intensivos, foram, posteriormente, focalizados na prestação de cuidados à pessoa portadora de doença oncológica em descompensação do seu estado clínico, num serviço de atendimento não programado e num serviço de medicina intensiva monovalente.

Embora a doença oncológica seja cada vez mais considerada como uma doença crónica, a agressividade do tratamento oncológico e os efeitos iatrogénicos associados às modalidades terapêuticas administradas, concomitantemente com a sobrevivência global e respetivas comorbilidades, levam a que o doente oncológico esteja suscetível a períodos de agudização, com necessidade de cuidados emergentes e vigilância e monitorização contínua. A escolha desta área de intervenção e desenvolvimento de conhecimento, prende-se, para além do interesse pessoal, com a vontade de aperfeiçoamento profissional na área em que exerço a minha práxis.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista; Pessoa em situação crítica; Doente oncológico.

ABSTRACT

Carried out as part of the 1st Master's course in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Situation of the consortium between the Escola Superior de Saúde de Santa Maria and the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, this report aims to critically and reflectively describe the process of acquiring the common and specific competences of the Specialist Nurse, as well as the development of the competences inherent in the Master's degree in Nursing.

These skills were developed during the theoretical and theoretical-practical curricular units and in the provision of nursing care to people in critical situations, the latter representing a significant part of the entire course.

The clinical training, initiated in contexts aimed at providing care to people in a critical situation in multipurpose units, such as the emergency department and intensive care unit, were later focused on providing care to people with an oncological disease in decompensating of their clinical condition, in an unscheduled care service and in a monovalent intensive medicine service.

Although oncological disease is increasingly considered a chronic disease, the aggressiveness of cancer treatment and the iatrogenic effects associated with the therapeutic modalities administered, concomitantly with overall survival and the respective comorbidities, mean that cancer patients are susceptible to periods of exacerbation of their clinical situation, with the need for emergent care and continuous surveillance and monitoring. The choice of this area of intervention and development of knowledge is linked, in addition to my personal interest, to the desire for professional development in my daily practice area.

Keywords: Specialist nurse; Person in a critical situation; Oncological patient.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

1. CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM: O DOENTE ONCOLÓGICO ENQUANTO DOENTE CRÍTICO 19

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA 28

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 35

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 36

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 63

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 94

CONCLUSÃO 98

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 101

INTRODUÇÃO

Considerando as transformações sentidas na sociedade e a evolução constante no âmbito da saúde, torna-se fundamental o desenvolvimento profissional e o investimento na formação, de forma a dar respostas qualificadas e prestar os melhores cuidados, com segurança e baseados na mais recente evidência científica, contribuindo assim, para afirmar a competência da profissão, da disciplina e da ciência de enfermagem.

Os enfermeiros têm responsabilidade pessoal pela prática ética de enfermagem e pela manutenção da competência através do desenvolvimento profissional contínuo e na aprendizagem ao longo da vida (*International Council of Nurses* [ICN], 2021).

Este processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro tem início durante o curso de licenciatura, onde são partilhados conhecimentos teóricos, que gradualmente são implementados na prática, através da realização dos Ensinos Clínicos. Posteriormente, com o ingresso no mercado de trabalho, as competências vão sendo especificadas numa determinada área, com base nas experiências vivenciadas, na partilha entre colegas e nas formações realizadas. Desta forma, tendo em conta que exerço funções num serviço de medicina oncológica há cerca de cinco anos, o meu processo de desenvolvimento de competências tem sido direcionado à prestação de cuidados ao doente oncológico, nas diversas fases da sua doença.

No entanto, no decorrer de todo o processo, o doente oncológico pode desenvolver descompensação do seu estado clínico, seja este relacionado com a evolução patológica, ou com os tratamentos realizados. Era nestas situações que, no decorrer da minha práxis, sentia mais dúvidas e inseguranças, pelo que senti necessidade de desenvolver conhecimento e competências, de forma a poder prestar cuidados especializados, com qualidade, segurança e baseados na mais recente evidência científica.

Esta necessidade, em concomitância, com o desejo pessoal de aperfeiçoamento profissional, levou à minha inscrição no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

É no âmbito da unidade curricular *Estágio com Relatório* do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, criado pelo Despacho n.º 10960/2020, publicado em Diário da República a 09 de Novembro de 2020 e promovido pela Escola Superior de Saúde de

Santa Maria em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny no ano letivo 2022/2023, que surge o presente relatório, que visa:

- Desenvolver competências especializadas para a prestação de cuidados ao doente oncológico em descompensação do seu estado clínico;
- Analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica;
- Sistematizar o processo de desenvolvimento de competências necessárias para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem;
- Demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão que caracterizam o Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A elaboração deste relatório tem como guias orientadores o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e o Decreto-Lei n.º 65/2018 onde são definidas as competências atribuídas ao grau de Mestre.

Desta forma, após a realização de uma contextualização teórica relativa à prestação de cuidados especializados em enfermagem à pessoa portadora de doença oncológica em situação crítica e a contextualização dos contextos de prática clínica, segue-se a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências previamente mencionadas, sempre sustentada nos regulamentos referenciais da profissão e na mais recente evidência científica, presente em livros, revistas científicas e em bases de dados indexadas.

O presente documento encontra-se redigido em conformidade com as regras para elaboração de trabalhos definidas pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria e a referenciação bibliográfica e citações regem-se pela 7ª edição da *American Psycological Association* (APA).

1. CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM: O DOENTE ONCOLÓGICO ENQUANTO DOENTE CRÍTICO

A enfermagem é uma ciência da saúde e do ser humano, cujo foco da atenção, do cuidado e da responsabilidade é o próprio ser humano, em toda a sua pluralidade (Peres et al., 2021).

Entre as muitas enfermidades que podem acometer o ser humano encontram-se as doenças oncológicas, também denominadas por cancro. Esta doença, encontra-se descrita na história da medicina desde os primeiros registos médicos a que se tem acesso, sendo que as primeiras evidências foram encontradas em manuscritos antigos e na presença de tumores ósseos fossilizados nas múmias humanas do antigo Egipto de cerca de 3.000 a.C. (*American Cancer Society*, 2018).

Apesar de ter sido estudada por vários cientistas no decorrer dos séculos, foi apenas no século 19, com o desenvolvimento dos microscópios, que surgiu a oncologia enquanto ciência (*American Cancer Society*, 2018).

A doença oncológica, permaneceu escondida por trás de uma esperança média de vida baixa e de doenças infeciosas como a febre tifoide e a tuberculose, tendo sido com a evolução da tecnologia médica, a descoberta dos antibióticos e o início da sua utilização nos seres humanos em 1940, que trataram muitas infeções previamente fatais, que a prevalência da doença oncológica começou a aumentar (Costa, 2011; McAleer, 2022).

Esta doença desenvolve-se, em geral, de forma silenciosa. Tem início através de um processo unicelular que, de forma rápida e descontrolada, se desenvolve, levando à multiplicação de células anormais e à formação de tumores, que podem invadir tecidos adjacentes e espalhar-se para órgãos ou tecidos vizinhos (*World Health Organization* [WHO], 2022).

Considerado a principal causa de morte a nível mundial, a doença oncológica representava quase 10 milhões de mortes, ou seja, quase uma em cada seis mortes, em 2020 (WHO, 2022). Na União Europeia (UE), é considerada a segunda principal causa de morte, imediatamente após as doenças cardiovasculares, sendo que, por ano, mais de 1,2 milhões de pessoas morrem devido à doença (Comissão Europeia, 2023). Em Portugal, em 2021, os tumores malignos foram responsáveis por cerca de 22,1% dos óbitos, com um total de 27.464 óbitos atribuídos (Instituto Nacional de Estatística [INE],

2023). Esta taxa de mortalidade é substancialmente atribuída ao cancro do pulmão, com 38 mortes por 100.000 habitantes e ao cancro colorretal, com 32 mortes por 100.000 habitantes (*Organisation for Economic Co-operation and Development* [OECD], 2023).

A nível nacional, em semelhança ao que ocorre no resto da Europa, tem-se assistido a um aumento regular da incidência da doença oncológica (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021), sendo que na UE, em 2020, foram diagnosticados 569 novos casos por 100.000 habitantes (OECD, 2023), correspondendo a cerca de 2,6 milhões de novos diagnósticos por ano (Comissão Europeia, 2023) e em Portugal, também no ano de 2020, foram diagnosticados 510 novos casos por 100.000 habitantes (OECD, 2023), num total de 60.467 casos (*International Agency for Research on Cancer*, 2023).

A *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), expõe ainda, que, em Portugal, em 2020, entre as patologias oncológicas com maior incidência entre os homens encontrava-se o cancro da próstata (21%), colorretal (20%) e pulmão (12%) e entre as mulheres, o cancro da mama (28%), colorretal (16%) e pulmão (6%). Este padrão é semelhante ao da UE, à exceção do cancro colorretal que, em ambos os géneros, tem uma incidência superior no nosso país em comparação com a média europeia, onde o cancro colorretal corresponde a 13% das patologias oncológicas nos homens e 12% nas mulheres (OECD, 2023).

O aumento da incidência da doença oncológica é consequência do envelhecimento populacional, de comportamentos de risco e de fatores genéticos e ambientais, que podem ou não ser modificáveis (DGS, 2021), sendo que, segundo a Comissão Europeia (2023), cerca de 40% dos casos de cancro são evitáveis, se forem postas em prática medidas que diminuam os fatores de risco modificáveis, nos quais se incluem o consumo de álcool e tabaco, o excesso de peso e a obesidade (OECD, 2023).

Embora a incidência desta doença esteja em crescendo, nas últimas décadas, a oncologia é uma das áreas com maior evolução de conhecimento, o que propícia um progresso notável ao nível da prevenção, deteção precoce e tratamento do cancro (*American Cancer Society*, 2023), levando a uma melhoria do prognóstico e da qualidade de vida das pessoas portadoras desta doença.

O desenvolvimento do conhecimento sobre a biologia, a genética humana e a genómica tumoral e a constante evolução dos meios tecnológicos, permitiram o

desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes, seletivas e progressivamente mais individualizadas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023).

Atualmente, o tratamento da doença oncológica pode ser dividido em local, como a cirurgia e a radioterapia (RT) e em sistémico, como a quimioterapia (QT), a hormonoterapia e a terapêutica-alvo, sendo que o método de tratamento selecionado depende de um conjunto de fatores que podem estar relacionados com o tumor, a pessoa e a equipa de saúde (OE, 2023).

Embora a descoberta de substâncias mais seletivas tenha permitido reduzir o dano provocado pelo tratamento, as terapêuticas antineoplásicas sistémicas podem ser mutagénicas, carcinogénicas e teratogénicas, não distinguindo as células neoplásicas das normais e podendo levar à ocorrência de efeitos secundários severos (OE, 2023).

Os efeitos iatrogénicos associados às modalidades terapêuticas administradas e à agressividade do tratamento oncológico, concomitantemente com a sobrevivência global e respetivas comorbilidades, levam a que a doença oncológica, cada vez mais considerada como uma doença crónica, seja suscetível a períodos de agudização e à ocorrência de emergências oncológicas relacionadas com o tumor primário e com a progressão da doença/metastização (Alsharawneh & Hasan, 2022; Chen et al., 2019; Lannelli et al., 2023). Esta agudização, é um dos motivos de procura do Serviço de Urgências (SU) e de necessidade de admissão em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de pessoas portadoras de doença oncológica (Chen et al., 2019; Lannelli et al., 2023).

Chen et al. (2019) verificaram, no seu estudo, que os utentes oncológicos recorrem aos SU por complicações agudas relacionadas com a doença oncológica avançada e por efeitos secundários relacionados com o tratamento oncológico. Entre os principais sintomas que motivaram a sua deslocação ao SU, encontrava-se a fadiga, a dor, a diarreia, a febre, as náuseas e vómitos, a síncope, a perda de peso, a anorexia, as alterações cutâneas e a dispneia.

Já Ceterino et al. (2019), através de resultados obtidos no seu estudo de coorte observacional, destacam que, o utente portador de doença oncológica, recorre ao SU por sintomas como dor, febre, dispneia, náusea/vómito e obstipação, ficando internados e sendo frequentemente tratados por uma possível infeção. Enquanto, Mostarac et al. (2021), verificaram que as principais queixas dos doentes que recorreram ao SU eram

dor, abdominalgia, febre, astenia e dispneia. Em ambos os estudos, a maioria dos doentes que recorreram ao SU encontrava-se sob tratamento oncológico ativo.

Estes sintomas, na maioria dos casos estudados, resultavam em complexas e imprevisíveis necessidades médicas, que apenas podiam ser geridas em contexto de internamento (Chen et al., 2019).

No que concerne à admissão dos utentes portadores de doença oncológica em contexto de medicina intensiva, Martos-Benítez et al. (2020), indicam que estes utentes correspondem a cerca de 15% dos internamentos nestas unidades e identificam como principais motivos de admissão na UCI a insuficiência respiratória aguda, a sépsis e os cuidados pós-operatórios. A estes motivos acrescem as complicações cardiovasculares, os distúrbios neurológicos, a lesão renal aguda, a hemorragia e as emergências oncológicas.

Verifica-se assim que entre os motivos de procura dos SU e de necessidade internamento nas UCI pelos doentes oncológicos, encontram-se as denominadas emergências oncológicas. Estas, são definidas como qualquer condição aguda, relacionada com o tumor primário, com a progressão da doença/metastização e com a toxicidade induzida pelo tratamento, que envolva risco de vida iminente ou de dano grave permanente da pessoa portadora de doença oncológica (Jafari et al., 2020; Kameo et al., 2018; Rothberg et al., 2022).

Trata-se de um vasto grupo de condições agudas, cuja divisão não é consensual. Há quem as classifique pela sua origem (relacionada com o tumor ou com o tratamento), por sistemas corporais afetados ou por emergências estruturais, metabólicas e/ou secundárias ao tratamento (Kameo et al., 2018).

Jafari et al. (2020) e Kameo et al. (2018) procedem à divisão das emergências oncológicas através de sistemas corporais e órgãos atingidos (metabólicas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas, respiratórias, urológicas, gastrointestinais e infeciosas) e relacionadas com os efeitos do tratamento.

Por outro lado, Bohnenkamp e Bass (2021), dividem-nas em metabólicas, hematológicas e estruturais, enquanto Rothberg et al. (2022), classificam-nas em síndromes paraneoplásicos, complicações estruturais e efeitos secundários dos tratamentos.

As emergências oncológicas podem desenvolver-se de forma muito distinta, ou seja, enquanto algumas podem ser subtis na sintomatologia e passar despercebidas, outras desenvolvem-se rapidamente e de forma muito sintomática. Estas diferenças, podem resultar em graves consequências, como o aumento da morbilidade e da mortalidade (Alsharawneh & Hasan, 2022; Bohnenkamp & Bass, 2021; Klemencic & Perkins, 2019).

Cada uma destas emergências, tem um processo de tratamento distinto, mas no qual o enfermeiro tem um papel preponderante, tanto na sua prevenção e deteção precoce, através dos ensinos ao utente/família sobre a avaliação de sinais e sintomas, como na gestão do tratamento (Klemencic & Perkins, 2019). Embora muito distintas, em todas elas, é fundamental compreender que a resposta breve e adequada é essencial, já que, se não for conseguida, o risco de danos permanentes e óbito aumenta (Klemencic & Perkins, 2019).

Dentro de todas as emergências oncológicas apresentadas, a neutropenia febril é considerada uma das mais comuns em vários estudos, estando, na maioria das vezes, relacionada com os efeitos secundários dos tratamentos antineoplásicos, embora também possa estar relacionada com síndromes hematológicos malignos ou síndrome mielodisplásico (Alsharawneh & Hasan, 2022; Caterino et al., 2019; Isikber et al., 2020), sendo uma complicação presente em 10-50% dos doentes com tumores sólidos e cerca de 80% dos doentes com patologia hematológica maligna (Rothberg et al., 2022).

De aparecimento súbito e insidioso (Alsharawneh & Hasan, 2022), a neutropenia febril é definida como a contagem de neutrófilos menor que 500 células por milímetro cúbico (cel./mm3) ou uma contagem inferior a 1000 cel./mm3 com um decréscimo presumível para valores inferiores a 500 cel./mm3 em 48 horas, à qual se associa uma avaliação isolada de temperatura de 38,3ºC, ou temperatura igual ou superior a 38ºC por mais de uma hora (Bohnenkamp & Bass, 2021; Regnier & Wilkinson, 2023).

De acordo com a intensidade, a neutropenia pode ser classificada como leve (1.000-1.500 neutrófilos absolutos/µL), moderada (500-1.000 neutrófilos absolutos/µL), grave (< 500 neutrófilos absolutos/µL) e profunda (< 100 neutrófilos absolutos/µL). Assim, pessoas diagnosticadas com neutropenia febril podem ser classificadas como doentes neutropénicos de baixo risco, de risco intermediário e de alto risco de adquirir infeções (Baluch & Shewayish, 2019; Klemencic & Perkins, 2019). Esta estratificação terá impacto na metodologia de tratamento utilizada.

Face a este decréscimo da contagem de neutrófilos, o sistema imunitário dos utentes encontra-se francamente comprometido, pelo que, se uma possível infeção não for precocemente detetada, esta progredirá rapidamente para uma sépsis grave ou choque sético, com potencial disfunção múltipla de órgãos e do doente (Martos-Benítez et al., 2022; Santos & Sousa, 2020), causando um aumento exponencial de mortalidade, que pode chegar até 50% em caso de sépsis grave ou choque séptico (Martos-Benítez et al., 2020; Baluch & Shewayish, 2019).

A origem desta complicação nem sempre é fácil de determinar. Embora a maior preocupação seja atribuída a uma possível origem bacteriana, a verdade é que apenas 20-35% dos episódios de neutropenia febril se devem a uma infeção clinicamente documentada, sendo os restantes casos atribuídos a fatores como a malignidade subjacente da doença, a mucosite, a toxicidade dos antineoplásicos, entre outros (Baluch & Shewayish, 2019; Klemencic & Perkins, 2019).

No que diz respeito à sintomatologia, a febre pode ser o primeiro e único sinal de infeção em doentes oncológicos com neutropenia febril, sendo que a probabilidade da ocorrência deste sintoma aumenta com a duração e a gravidade da neutropenia, bem como o declínio da taxa de contagem absoluta de neutrófilos (Martos-Benítez et al., 2020). Este declínio ocorre com maior frequência, sete a dez dias após a conclusão do tratamento antineoplásico sistémico, sendo este período denominado de nadir (Martos-Benítez et al., 2020). No entanto, consoante o esquema de quimioterapia administrado e o risco de mielotoxicidade que o citostático potencia, o período de nadir e, consequentemente, o período de maior risco de desenvolvimento de neutropenia, varia, sendo que outros autores, como Santos e Sousa (2021), defendem que este período ocorre entre o sétimo e o décimo quarto dia após QT.

A identificação precoce, bem como o início de antibioterapia de largo espetro nos primeiros 60 minutos após a triagem, constituem uma estratégia fundamental na diminuição da mortalidade associada a esta emergência oncológica (Klemenic & Perkins, 2019; Regnier & Wilkinson, 2023).

A decisão de internamento destes doentes é uma questão que exige ponderação, já que, para além dos custos associados ao mesmo e da gestão de recursos hospitalares, a permanência num ambiente hospitalar, é um fator de risco para o doente neutropénicos, pela inerente exposição a agentes patogénicos nosocomiais (Klemenic & Perkins, 2019).

Torna-se assim importante perceber, tal como em qualquer outra emergência médica, que doentes têm maior risco de desenvolver sépsis e, consequentemente, maior risco de morbimortalidade (Klemenic & Perkins, 2019).

Por conseguinte, para decisão de internamento, devem ter sidas em conta as informações clínicas prévias, como as comorbilidades e/ou episódios de neutropenia febril anteriores, o esquema de quimioterapia a que foi submetido e respetivos efeitos secundários, bem como o potencial para desenvolvimento de organismos patogénicos mais invulgares, como os fungos e vírus, sem descurar possíveis situações sociais instáveis que não permitam um acompanhamento adequado no domicílio (Klemenic & Perkins, 2019).

De forma a ajudar no processo de tomada de decisão, é recomendada a utilização do índice de risco da *Multinational Association for Supportive Supportive Care in Cancer* (MASCC), que permite determinar quem deve ser admitido no hospitalar e quem pode ser tratado com segurança em ambulatório, através da resposta a sete critérios como a gravidade dos sintomas, presença de hipotensão (pressão arterial sistólica inferior a 90mmHg), história de doença pulmonar obstrutiva crónica, tipo de neoplasia (tumor sólido, tumor hematológico com ausência de infeção fúngica prévia ou tumor hematológico com história de infeção fúngica prévia), a presença de desidratação com necessidade de fluidoterapia, a existência de febre no ambulatório e a idade do paciente (Amaral et al., 2021). De acordo com o resultado obtido, pessoas com pontuação igual ou superior a 21 são considerados doentes de baixo risco, com maior probabilidade de evolução clínica não complicada, enquanto pessoas com pontuações mais baixas são consideradas doentes de alto risco e estão associadas a mau prognóstico e à morte (Foley & Hoffman, 2023).

Para além deste índice de risco, todos os doentes que pareçam clinicamente e/ou hemodinamicamente instáveis devem ser tratados em regime de internamento, tal como os doentes sem neutrófilos mensuráveis (Regnier & Wilkinson, 2023; Foley & Hoffman, 2023; Klemenic & Perkins, 2019).

O tratamento de doentes de baixo risco, pode ser realizado no domicílio ou em ambulatório, desde que exista condições estruturais para tal, através da prescrição de antibioterapia por via oral. No tratamento de doentes de alto risco, é recomendada a administração da primeira dose de antibiótico de largo espectro dentro de uma hora após

o aparecimento da febre, preferencialmente após a colheita de hemoculturas. Para além da antibioterapia, deve ser realizada a monitorização frequente dos sinais vitais e a colheita de sangue para análises laboratoriais (Regnier & Wilkinson, 2023).

Em ambas as situações, o tratamento deve ser reavaliado a cada 48-72h, sendo esperado que o grau de gravidade da neutropenia e o risco de infeção diminua gradualmente (Martos-Benítez et al., 2020; Regnier &Wilkinson, 2023).

Por serem os profissionais de saúde com maior tempo de contacto direto com os doentes, os enfermeiros desempenham um papel importante na identificação de pessoas com alto risco de desenvolver neutropenia febril e na sua prevenção, já que possuem um papel ativo na educação das mesmas em relação aos fatores de risco, medidas de proteção e sinais e sintomas de infeção no doente oncológico imunocomprometido (Foley & Hoffman, 2023), permitindo a deteção precoce de sinais e sintomas de infeção e garantindo uma intervenção célere (Al-Qadire et al., 2023).

Entre as intervenções de enfermagem a desenvolver num doente com neutropenia febril confirmada, encontram-se a monitorização de sinais vitais, a colheita de análises laboratoriais (incluindo hemoculturas), a avaliação de possíveis pontos de partida de infeção (local de inserção do Cateter Venoso Central (CVC), mucosa oral, feridas, características da urina e das fezes, entre outros), a adequada manipulação do CVC e do Cateter Venoso Periférico (CVP), a administração de antibioterapia e de fatores estimuladores de colônias granulocitárias (G-CSF), a vigilância de sinais de agravamento clínico sugestivos de sépsis, a educação sobre a alimentação adequada e a higiene dos alimentos e os cuidados de higiene orais e corporais (Amaral et al., 2020; Dahiya et al., 2022; Oliveira et al., 2019).

Para além da gestão dos sinais e sintomas físicos, é esperado dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes neutropénicos, a garantia de cuidados de enfermagem individualizados e a utilização de conhecimentos e práticas baseadas em evidências, de forma a melhorar a qualidade de vida dos doentes (Dahiya et al., 2022). A estes aspetos, os autores acrescentam a importância da avaliação das necessidades psicológicas dos doentes e respetivos familiares e a garantia do cumprimento dos direitos dos mesmos.

Para concluir, como em qualquer doente crítico, a atuação e o internamento precoces no doente oncológico em descompensação do seu estado clínico, estão associados a melhores resultados e a maiores taxas de sobrevida. Esta brevidade,

associada a estratégias de diagnóstico padronizadas e à prática baseada em evidência, bem como, o recurso a uma equipa multidisciplinar especializada na área, são essenciais para aprimorar o tratamento e melhorar os resultados (Martos-Benítez et al., 2020).

Tendo em conta que cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), a prática do cuidado à pessoa que vivencia uma situação de saúde/doença complexa, assume-se que será este o profissional mais indicado a prestar cuidados aos doentes oncológicos em descompensação do seu estado clínico, com necessidade de vigilância e monitorização contínua, nos quais se podem incluir os doentes portadores de neutropenia febril. Espera-se que este enfermeiro seja capaz de compreender as suas necessidades dos doentes que tem sobre a sua responsabilidade e estabelecer uma relação de ajuda, promovendo, igualmente, a sua dignidade e individualidade em todo o processo terapêutico (OE, 2018).

No exercício da enfermagem especializada à pessoa com doença oncológica torna-se determinante para assegurar o suporte efetivo e integral, da pessoa, família e/ou cuidadores, desde a promoção da saúde e bem-estar, à prevenção da doença, diagnóstico precoce, gestão da saúde/doença, capacitação para uma transição saudável no processo de adaptação à vida com doença oncológica (OE, 2021).

Para que tal seja possível, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional baseada na melhor evidência científica e suportada em normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, devendo estabelecer relações terapêuticas eficazes e eficientes e conceber, implementar e avaliar o processo de enfermagem, de forma a garantir a complementaridade/continuidade de cuidados (OE, 2021).

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Os Ensinos Clínicos (EC), que compõe a componente clínica do ciclo de Mestrado em Enfermagem com atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista e Mestre, têm como finalidade o desenvolvimento de conhecimento e de competências em Enfermagem na respetiva área de especialidade (OE, 2021).

A componente clínica deste curso de mestrado corresponde a 45 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS), que se dividem por três EC. Por conseguinte, tendo em conta a área de especialização, os EC foram iniciados em contextos direcionados à prestação de cuidados à PSC em unidades polivalentes, como o serviço de urgências e a unidade de cuidados intensivos e, posteriormente, focalizados na prestação de cuidados à pessoa portadora de doença oncológica em descompensação do seu estado clínico, num serviço de atendimento não programado e num serviço de medicina intensiva exclusivamente direcionada para o tratamento do doente oncológico. Todos os EC foram realizados com orientação por parte de Enfermeiros Especialistas em EMC.

O primeiro estágio foi realizado num Serviço de Urgência Geral de Adultos de um hospital do grande Porto entre 14 de novembro de 2022 e 10 de janeiro de 2023, num total de 154 horas de contacto em contexto clínico.

Os SU são, na grande maioria das vezes, a "porta de entrada" da população no serviço de saúde público e é através deles que o doente crítico acede aos cuidados necessários no sentido de recuperar da sua situação de doença. Criados através do Despacho Normativo n.º 11/2002, são, desde a altura, definidos como serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas que se enquadrem em situação de urgência e emergência médica, sendo que, por situação de urgência/emergência médica considera-se uma "*situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais*" (Despacho n.º 18459/2006, p. 18611).

O SU onde realizei o EC é considerado um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), de acordo com o Despacho n.º 13427/2015 do Ministério da Saúde. Ou seja, possui capacidade de resposta para as mais diversas situações de urgência/emergência, sendo o grau de diferenciação mais elevado, com exceção dos SUP com Centro de Trauma (Despacho n.º 10319/2014).

A estrutura física desta unidade engloba três salas de triagem, quatro áreas de observação (área azul/verde, área amarela, área laranja e área de vigilância cirúrgica), gabinetes de observação médica, incluindo a sala de ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia, sala de pequena cirurgia, sala de trauma e a sala de emergência, com capacidade para quatro utentes. Adjacentes a estas áreas encontram-se o serviço de imagiologia e a UCI.

Aberto 24 horas por dia, 365 dias por ano, este serviço, com uma dinâmica de constante mudança, exige uma grande capacidade de adaptação pelos elementos da equipa multidisciplinar. Esta equipa é composta por profissionais de várias áreas, entre os quais: Enfermeiros, Médicos de diferentes especialidades, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cárdio-Pneumologia, Técnicos de Radiologia e Assistente social.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 86 enfermeiros, nos quais se incluem o enfermeiro-chefe e os enfermeiros de apoio à gestão. Desta equipa fazem parte enfermeiros de cuidados gerais, Enfermeiros Especialistas (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), EE em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e EE em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Existem também enfermeiros com formação específica em Suporte Imediato de Vida e/ou Suporte Avançado de Vida (SAV), triagem, ortopedia, entre outras. Os profissionais de enfermagem deste SU, encontram-se divididos em cinco equipas, que se organizam pelas diferentes áreas, tendo cada uma das equipas dois enfermeiros coordenadores e enfermeiros com valências nas diferentes áreas (triagem, ortopedia e/ou emergência). Tendo em conta o grau de formação e a experiência profissional, os elementos são distribuídos pelas diferentes áreas do SU.

O segundo EC, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um hospital do grande Porto, foi dividido em duas unidades curriculares e teve início a 16 de janeiro e término a 22 de março de 2023, perfazendo um total de 154h de estágio.

Estas unidades podem ser assumidas como um local qualificado para a prestação de cuidados integrais às pessoas com falência orgânica, com carácter de suporte ou preventivo e capaz de reverter as falências e complicações decorrentes, sendo assim um local de passagem para pessoas em risco de vida (Aguiar et al., 2019). De forma à distribuição de cuidados e de profissionais diferenciados, estas unidades podem ser divididas em três níveis, de acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas

utilizadas e as valências disponíveis: as camas de nível I, sem gestão por medicina intensiva, visam a monitorização não invasiva e o tratamento de curta duração de uma monodisfunção orgânica (Ordem dos Médicos [OM], 2018). Já sob gestão de medicina intensiva, as camas de nível II devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização invasiva e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva e as camas de nível III devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e com necessidade de suporte multiorgânico (OE, 2019; OM, 2018; Paiva et al., 2017).

A UCIP onde realizei o estágio, é uma unidade de caráter polivalente, no entanto, está mais vocacionada para o tratamento de doentes cardíacos graves e inclui o Centro de Referência de *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Com um total de 30 camas de nível II e nível III de cuidados, no presente momento, apenas duas alas se encontram em funcionamento, perfazendo um total de 22 camas ativas.

Em cada uma das unidades, área clínica exclusiva de cada doente (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2013), estão disponíveis materiais e equipamentos que permitem a realização de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva contínua, sendo que no monitor multiparâmetros é possível observar a curva de eletrocardiograma (ECG) de doze derivações, pressões arteriais invasivas e não invasivas, onda de capnografia, valores de *Bispectral Índex* (BIS), frequência respiratória, saturações periféricas de oxigénio transcutâneas, temperatura axilar ou esofágica contínua, entre outros. Em cada unidade existe ainda um ventilador e diversas máquinas perfusoras. Tanto o monitor como o ventilador encontram-se ligados em rede com o sistema informático em utilização no serviço, permitindo a condensação de informação neste sistema, o que constitui uma grande mais-valia para os registos de enfermagem.

Para além desta monitorização, as unidades estão preparadas para permitir a monitorização de pressão intracraniana, do bloqueio neuromuscular através do método *Train-of-4* e da oxigenação cerebral através do sistema INVOS.

Assim, enquanto unidade de nível III, este serviço, permite uma intervenção diferenciada ao nível do suporte/substituição da função de órgão, como é o caso da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, da oxigenoterapia de alto fluxo, da técnica de oxigenação por membrana extracorporal, das técnicas de substituição renal contínuas

e/ou intermitentes e do suporte hemodinâmico com balão intra-aórtico e recurso à mais diversa terapêutica.

Para dar resposta a este tipo de cuidados tão específicos, a unidade é composta por uma equipa multidisciplinar própria, dedicada e em presença física 24h/dia. Esta equipa é constituída por médicos intensivistas, médicos em regime de internato de especialidade, enfermeiros e assistentes operacionais. Para além disso, a unidade conta com o apoio externo do serviço de Medicina Física e de Reabilitação, assim como de técnicos auxiliares de diagnóstico e de médicos com formação em áreas específicas que prestam acompanhamento aos doentes quando assim é solicitado.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 90 enfermeiros (divididos em cinco equipas), nos quais se incluem a enfermeira-chefe, enfermeiros de apoio à gestão, enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e em enfermagem de reabilitação.

Os cuidados distribuem-se por dezoito enfermeiros no turno da manhã, nos quais se incluem dois enfermeiros em cuidados de enfermagem de reabilitação, a enfermeira-chefe, um enfermeiro responsável por cada ala e um enfermeiro coordenador de turno, sendo estes portadores do título de enfermeiro especialista em EMC ou Reabilitação. No turno da tarde, estão escalados dezasseis enfermeiros, mantendo-se a figura do enfermeiro coordenador, dos responsáveis de ala e de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. No turno da noite estão escalados quinze enfermeiros, incluindo o enfermeiro coordenador e o responsável de cada ala.

Em termos estruturais, esta unidade encontra-se afastada do Bloco Operatório, do SU e do Serviço de Radiologia, embora tenha acesso facilitado a este por elevador com acesso priorizado à unidade, pelo que se verifica que a sua localização não vai de encontro às diretrizes referidas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em 2013, onde é referido que as UCI devem manter uma relação de continuidade com o Bloco Operatório e a radiologia e de proximidade com o SU.

Por fim, o estágio opcional foi realizado entre 27 de março e 09 de junho de 2023, numa instituição hospitalar destinada à prestação de cuidados de saúde a pessoas portadoras de doença oncológica, tendo a carga horária sido dividida entre um Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) e um Serviço de Medicina Intensiva (SMI), perfazendo um total de 287 horas de contacto.

O SANP destina-se à assistência a doentes oncológicos inscritos na instituição hospitalar, sob tratamento antineoplásico e/ou com problemas ou sintomas agudos, resultantes da doença ou do respetivo tratamento, não sendo, no entanto, considerado um serviço de urgência. Encontra-se aberto 24h por dia, 365 dias por ano, no entanto, para recorrer ao mesmo é necessário o contacto telefónico prévio com o chefe da equipa médica, que decidirá se o utente tem critério para se dirigir ao serviço.

Composto por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros e assistentes operacionais e por médicos de apoio (atribuídos diariamente), o serviço visa assegurar a continuidade dos cuidados em situação de urgência, em estreita colaboração com todos os serviços clínicos da instituição. A equipa de enfermagem é composta por cerca de 20 elementos, dos quais apenas três possuem a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e somente um na área da PSC.

Em termos estruturais, encontra-se inserido no terceiro piso do edifício principal da instituição, correspondente ao piso térreo, e tem uma porta de entrada de acesso direto do exterior. É um serviço com uma dimensão física relativamente pequena, composto por uma área administrativa, uma sala de espera, um gabinete de triagem, uma área de enfermagem em *open space*, área das macas (composta por seis unidades), área dos cadeirões (oito no total) e uma área de isolamento para utentes com suspeita de infeção respiratória.

Todas estas áreas estão conectadas umas com as outras, com exceção da área de isolamento, que se localiza nos anteriores gabinetes médicos, com conexão direta apenas com a sala de espera. Cada uma das unidades (cadeirões, macas ou salas de isolamento) tem ligação com o circuito de oxigénio e possui equipamento para realização de aspiração de secreções. Relativamente ao material de monitorização disponível, existem, no total, quatro monitores para avaliação de sinais vitais (um na sala de triagem, um na área de isolamento e dois na zona dos cadeirões/macas), um eletrocardiógrafo e três carros de apoio com material diverso e essencial para a realização de procedimentos técnicos.

O circuito do utente neste serviço inicia-se pela sua ida ao balcão administrativo onde é dada entrada no sistema informático, sendo posteriormente chamado por um elemento da equipa de enfermagem ao gabinete de triagem. Aqui, é realizada uma breve colheita de dados com o objetivo de perceber o motivo da ida do utente ao serviço, é decidida a especialidade médica pela qual deve ser observado e o local onde deve

aguardar pela observação (zona das macas, cadeirões ou sala de espera), consoante o estado geral do utente, as queixas e a necessidade de intervenção mais célere pela equipa multidisciplinar. Posteriormente, o utente é observado pela equipa médica, que prescreve os exames complementares de diagnóstico, os procedimentos e a terapêutica que considera necessários consoante a situação clínica.

São observados neste serviço utentes no período pós-operatório, utentes que se encontram sob tratamento ativo da doença oncológica (quimioterapia, terapia-alvo, hormonoterapia ou radioterapia), utentes em período de vigilância após resseção tumoral e/ou tratamento sistémico ou radioterápico, utentes cuja situação aguda seja motivada pela doença oncológica e utentes oncológicos sob controlo sintomático e/ou em fase terminal.

Consoante a situação clínica e após observação médica, o utente pode ter alta do serviço após ensinos, recomendações e/ou prescrição farmacológica para controlo dos sintomas apresentados, ou ficar internado num dos vários serviços de internamento disponíveis. Apesar de não ser considerado um serviço de urgência, são observados neste serviço, com relativa frequência, doentes em descompensação do seu estado clínico e com necessidade de vigilância e monitorização contínua e medidas de suporte de órgão. Nestes casos, é solicitado o apoio do médico intensivista e/ou da equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar e, após estabilização inicial, procedida à transferência do utente para o SMI da instituição.

O SMI, faz parte do departamento de Anestesiologia da instituição, que também engloba o Serviço de Anestesia Clínica e a Emergência Médica Intra-Hospitalar, tendo como objetivos assegurar a medicina intensiva e coordenar toda a emergência médica, incluindo a formação nesta área.

Localiza-se no quarto piso do edifício principal da instituição, partilhando este andar com o Bloco Operatório e a Unidade de Cuidados Intermédios. Encontra-se, no entanto, afastada do Serviço de Radiologia, o que não vai de encontro com as diretrizes referidas pela ACSS (2013), previamente mencionadas.

O SMI é um serviço aberto, em *open space*, composto por oito unidades, uma das quais um quarto de isolamento com uma grande janela envidraçada que permite a observação para o seu interior a partir da área principal.

Em cada uma das unidades, tal como na UCIP, estão disponíveis materiais e equipamentos que permitem a realização de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva contínua, um ventilador e diversas máquinas perfusoras.

Enquanto unidade de nível III, permite uma intervenção diferenciada ao nível do suporte e/ou substituição da função de órgão, como é o caso da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, da oxigenoterapia de alto fluxo, das técnicas de substituição renal contínuas e/ou intermitentes e da monitorização hemodinâmica em doentes instáveis através do sistema *Pulse Contour Cardiac Output* (PiCCO). Para dar resposta a este tipo de cuidados tão específicos o SMI é composto por uma equipa multidisciplinar própria, dedicada e em presença física 24h/dia. Esta equipa é constituída por médicos intensivistas, médicos em regime de internato de especialidade, enfermeiros e assistentes operacionais. Para além disso, a unidade conta também com o apoio externo do serviço de Medicina Física e de Reabilitação, assim como de técnicos auxiliares de diagnóstico e de médicos com formação em áreas específicas que prestam acompanhamento aos doentes quando assim é solicitado.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 40 enfermeiros, nos quais se incluem a enfermeira-chefe, enfermeiros de apoio à gestão, enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas, a sua maioria em enfermagem médico-cirúrgica. Os cuidados distribuem-se por sete enfermeiros no turno da manhã, nos quais se incluem a enfermeira-chefe e o enfermeiro de apoio à gestão, que também é o coordenador de turno. No turno da tarde e da noite, estão escalados quatro enfermeiros, um deles acumula funções de enfermeiro coordenador e outro de elemento da equipa de emergência intra-hospitalar.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN, 2021), competência consiste no conhecimento, habilidade, capacidade de juízo clínico e atributos integrados exigidos a um enfermeiro, de forma a garantir uma prática ética e segura, num determinado papel e contexto. Ou seja, consiste na aptidão de ser capaz de resolver problemas específicos e exercer determinadas funções (Dicionário da Língua Portuguesa, 2023).

Com o desenvolvimento técnico-científico na área da saúde, os cuidados de enfermagem diferenciados e especializados assumem cada vez mais importância, sendo o enfermeiro especialista, o elemento reconhecido como portador de competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados (Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 161/96), que promovam o cuidado à pessoa/família a vivenciar um processo de saúde/doença complexo, ao compreender as necessidades da mesma, estabelecer relações de ajuda e garantir a dignidade e individualidade de toda a pessoa/família em todo o processo terapêutico.

Assim, através do conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam na sua prática diária e do aprofundamento das competências de enfermeiro de cuidados gerais, em concomitância, com o desenvolvimento das competências gerais e específicas atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) aos enfermeiros especialistas, estes respondem "*às necessidades das pessoas/famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos*" (OE, 2017, p.5).

Por conseguinte, nos subcapítulos de seguida apresentados, refletirei sobre o processo de aquisição de competências comuns e especificas atribuídas aos enfermeiros especialistas, nomeadamente na área de intervenção da pessoa em situação crítica e no processo de desenvolvimento de competências inerentes ao grau de mestre.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Entre as competências atribuídas aos enfermeiros especialistas encontram-se as competências comuns, ou seja, aquelas que são partilhadas por todos os EE (OE, 2019). Estas competências são apresentadas no Regulamento n.º 140/2019 da OE e encontram-se agrupadas em quatro domínios, sendo eles: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com a aquisição destas competências, o EE deve demostrar, na sua prática diária, capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados e fornecer suporte no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

Ao longo do presente subcapítulo apresentarei o processo de desenvolvimento de cada um dos domínios de competência atribuídos aos EE, com base em experiências profissionais e académicas e na pesquisa bibliográfica efetuada para dar resposta a dúvidas e dificuldades sentidas no decorrer destas mesmas experiências.

<u>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</u>

Este domínio constitui o cerne da prática da enfermagem. Ainda enquanto alunos de enfermagem, durante a licenciatura, é-nos salientada a importância de desenvolver uma prática profissional com base em princípios éticos e legais, na garantia do respeito pelos direitos humanos. Nesta fase, são-nos apresentados os documentos reguladores da profissão, como o Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, Decreto-Lei n.º 161/96) e os princípios éticos fundamentais na prática de enfermagem, como o princípio da autonomia, da justiça, da beneficência e da não-maleficência.

À medida que é procurado o desenvolvimento de competências, torna-se fundamental relembrar e mobilizar conceitos. Assim, neste curso de mestrado, na Unidade Curricular Ética e Deontologia, foram abordados os conceitos de Ética, Moral e Deontologia, os princípios éticos e modelos facilitadores do processo de tomada de decisão e os documentos reguladores da profissão. Nesta unidade curricular, foi-nos proposta a realização de um trabalho de grupo sobre um dilema ético relacionado com o sigilo profissional e a confidencialidade, o qual foi resolvido com a implementação do

modelo facilitador do processo de tomada de decisão, DECIDE. Este modelo é composto por seis etapas: a definição do problema, o estabelecimento de critérios e princípios éticos envolvidos neste mesmo problema, a consideração das alternativas que permitem solucioná-lo, a identificação da melhor alternativa possível, o desenvolvimento de um plano de ação e a avaliação e monitorização dos resultados obtidos (Guo, 2020). No entanto, embora este modelo permita facilitar e organizar o processo de tomada de decisão, a resolução de dilemas éticos, exige também conhecimentos éticos, técnicos-científicos e experiência, podendo, inclusivamente, ser considerada uma habilidade (Guo, 2020).

Uma vez que um dos grandes focos profissão de enfermagem é a Pessoa, torna-se importante perceber que esta é um ser social e único, com dignidade própria, com direito à autodeterminação e cujos comportamentos são baseados em valores, crenças e desejos individuais, embora suscetíveis de serem influenciados pelo ambiente com que interage (OE, 2017).

A aplicação dos princípios éticos previamente referidos, encontram-se acima de conceitos ideológicos e políticos e devem ser sempre garantidos, no sentido de respeitar a autonomia da pessoa humana e a sua liberdade de decisão, com conhecimento de causa e sem coação, de oferecer o máximo de benefício para a saúde da pessoa e, não lhe causar mal ou danos, intencionalmente, assim como, gerir de forma equitativa e com responsabilidade os recursos disponíveis (Rosa et al., 2016).

As questões ético-legais fazem parte do dia-a-dia dos enfermeiros, já que, na práxis, somos frequentemente confrontados com a necessidade de fazer escolhas moralmente relevantes e agir com base nelas. Neste sentido, relembro a conspiração do silêncio como uma das questões ético-legais com que mais frequência me confrontei ao longo da prática profissional.

A conspiração do silêncio ocorre quando existe um acordo sobre a ocultação de informação relativamente ao diagnóstico e/ou prognóstico de um doente, com a finalidade de proteger uma pessoa considerada como mais vulnerável (Araújo, 2020). No meu contexto laboral, é relativamente frequente familiares pedirem para a pessoa internada não ser informada sobre a ausência de tratamento disponível e/ou condições clínicas para o receber e do mau prognóstico inerente, com o objetivo de proteger e não agravar a situação psicológica da pessoa doente.

Embora a finalidade seja a proteção, a verdade é que esta pode levar à ausência de comunicação entre familiares e doentes e é geradora de momentos de tensão e isolamento, que podem, inclusivamente, enfraquecer e estreitar laços, já que, na realidade, na maioria das vezes, o doente sabe e sente que a sua condição clínica se está a agravar, pelo que a ausência de comunicação e partilha de sentimentos, implica que o doente veja como negada a sua oportunidade de se expressar e viva a situação sozinho, acabando por se isolar.

Neste processo, os profissionais de saúde são envolvidos e acabam por ser confrontados com constrangimentos que dificultam a sua abordagem e colocam em causa princípios éticos, normas legais e deontológicas pelos quais se regem (Aguadeiro & Faustino, 2021).

De acordo com a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (1997), "*qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada.*" (p.5). Também a OE, em 2019, refere que o EE deve promover a proteção dos direitos humanos dos utentes, sendo que nesta está englobada o respeito pelo acesso à informação e o respeito à escolha e a autodeterminação. Neste sentido, a pessoa tem o direito a ser informada sobre a sua situação clínica, devendo, no entanto, ser também percebido o que deseja saber.

De forma a facilitar e orientar o profissional de saúde no processo de comunicação de más notícias com o doente, podem ser aplicados modelos orientadores como o Modelo de Comunicação de Buckman. Este modelo, inicialmente criado por Robert Buckman em 1992, foi atualizado em 2000, com a criação da mnemónica SPIKES, sendo que cada uma das letras corresponde a uma etapa a ter em conta no processo de transmissão de más notícias, nas quais se incluem: planear a conversa (definir os elementos e conseguir um ambiente privado e sem barreiras à comunicação), descobrir o que o doente já sabe, perceber o que o doente quer saber, transmitir a informação, responder às emoções demonstradas pelo doente e resumir os assuntos abordados e elaborar estratégias para o futuro (Baile et al., 2000; Buckman, 2005).

A garantia do cumprimento dos princípios éticos, pressupõe a necessidade de compreender os desejos do doente e perceber o quanto ele pretende saber, de forma a mediar a informação a transmitir. Quando existe conspiração de silêncio, o respeito pelo

princípio da autonomia é fortemente visado, já que priva a pessoa de tomar a decisão do que quer para si. Já a aplicação do princípio da beneficência consiste em fazer o melhor para o doente, sem descurar o que o próprio considera benéfico para si mesmo, sendo pretendida a melhoria da qualidade de vida e o alívio do sofrimento. Por outro lado, o princípio da não-maleficência consiste em não fazer mal ao doente, no entanto, apesar da comunicação de uma má noticia provocar sentimentos intensos e dolorosos, a sua omissão, poderá proporcionar um sofrimento adicional, pelo que a transmissão de informação deve ser mediada, de forma a garantir que o doente tenha acesso à informação que deseja e de uma forma que a consiga compreender. Por fim, no que diz respeito ao princípio da justiça, este estabelece a distribuição equitativa de bens e recursos, conseguida através da individualização dos cuidados prestados e da perceção das necessidades e capacidades da pessoa doente, o que acaba por ser privado, já que não se conhece a verdadeira vontade da pessoa (Aguadeiro & Faustino, 2021).

Embora a transmissão de diagnósticos médicos e prognóstico clínicos não seja competência da equipa de enfermagem, é frequente a procura de esclarecimento de dúvidas após a reunião inicial com a equipa médica. Sendo, também igualmente frequente, que o pedido de ocultação de informação seja abordado e solicitado à equipa de enfermagem. Para ultrapassar esta situação, é essencial a comunicação empática, verdadeira e franca, de forma a perceber o que motiva o familiar ou o doente a fazer este pedido e a procurar que este compreenda que a proteção que procuram dar ao ente querido pode não ser tão benéfica como pensam que será, para além de ser um direito do doente ter conhecimento da sua situação clínica, se assim o quiser.

Estas situações, independentemente da frequência com que acontecem e do conhecimento ético-legal que temos sobre as mesmas, levam sempre a debates na equipa multidisciplinar. Felizmente, todas as situações que vivenciei, foram resolvidas através da comunicação empática e franca com os doentes e/ou familiares.

Por outro lado, também no decorrer da componente clínica deste curso de Mestrado, vivenciei situações que me fizeram refletir sobre a realidade dos diferentes serviços hospitalares. Algumas destas situações foram geradoras de *stress*, de receios e de muitas dúvidas, de tal forma que, para as ultrapassar, senti necessidade de refletir criticamente de explorar conceitos, conhecimentos e regulamentos. Estas reflexões críticas foram elaboradas com base na metodologia do “Ciclo Reflexivo de *Gibbs*” e centraram-se em

questões como a Humanização dos Cuidados, o Consentimento Presumido, as Diretivas Antecipadas de Vontade e a Privacidade do doente internado, que serão de seguida abordadas com maior profundidade.

Num serviço de internamento, como aquele em que exerço funções, o ambiente é relativamente controlado, sabemos que temos um determinado número de doentes atribuídos, temos informação clínica relativa aos mesmos e conhecemos a grande maioria dos utentes pelos seus internamentos anteriores. No SU, este conhecimento prévio é praticamente inexistente, já que os utentes que a ele recorrem são desconhecidos, muitas vezes sem qualquer história clínica prévia na unidade hospitalar e sem capacidade de responder a questões pela gravidade da sua situação clínica. Aliado a estes fatores, nos SU, as condições estruturais, a precaridade de tempo para observação e a necessidade de decisões rápidas, são geradores de *stress* nos profissionais de saúde e dificultam a garantia de qualidade nos atendimentos e a aplicação dos princípios éticos, o que proporciona uma atmosfera de insegurança e atitudes defensivas entre a equipa multidisciplinar e os utentes/famílias, tal como referido por Rosa et al. (2016). A solução deste problema não é fácil, já que exige a capacitação dos profissionais para a reflexão sobre a sua prática diária, as suas competências e as suas limitações e a aquisição e/ou desenvolvimento de competências sociopsicológicas e comunicacionais, que os incentive a prestar cuidados de enfermagem de qualidade e baseados em princípios éticos e morais (Anguita et al., 2019). Neste âmbito, o EEEMC, enquanto elemento que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, tem um papel importante na capacitação dos elementos da equipa, ao reconhecer e antecipar situações de eventual conflito e utilizar técnicas de resolução dos mesmos, bem como, aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado (OE, 2019). No entanto, também as organizações hospitalares têm um papel essencial na motivação dos profissionais, através da melhoria das suas condições de trabalho, da oferta de programas específicos de formação em cuidados de saúde humanizados e competências não-técnicas, da promoção de atividades educativas potenciadoras da capacidade de lidar com a realidade do local de trabalho e de intervenções estruturais que reforcem a tolerância às cargas de trabalho física e emocionalmente intensas (Anguita et al., 2019).

Também nas UCI, conhecer as crenças e valores individuais dos doentes pode não ser fácil, principalmente em doentes com alteração do estado de consciência, seja ela

induzida por fármacos ou pela própria patologia, ou com capacidade de comunicação verbal dificultada e/ou impedida pela presença de um tubo orotraqueal, por exemplo, o que condiciona a sua capacidade de se exprimirem. Nesta situação, de forma a garantir que os desejos, valores e crenças do doente sejam respeitados, torna-se essencial facilitar e encontrar estratégias de comunicação com o doente (por exemplo: realizar questões simples e dirigidas que permitam a resposta através de gestos ou palavras simples, aplicar quadros de comunicação e dispositivos táteis), bem como, questionar a família e/ou cuidadores e permitir a sua colaboração na interpretação de sinais e gestos realizados pelo doente.

Uma das situações que me marcou no decorrer dos EC, ocorreu no SU, num turno da noite, numa área laranja com mais do dobro dos doentes que tem capacidade para receber, no qual um elemento da equipa se dirigiu à familiar de um utente em fase terminal, de forma ríspida e desadequada, deixando a senhora, que já se encontrava vulnerável e a vivenciar uma situação geradora de *stress* e sofrimento, visivelmente consternada e chorosa.

A forma como o elemento da equipa reagiu causou-me alguma indignação e revolta, por considerar que sua reação foi inadequada e desproporcional, tendo apresentado uma comunicação pouco eficaz e empática, sem tentar compreender o contexto real.

Não sei se o profissional se apercebeu da forma menos correta como reagiu e do impacto negativo que teve sobre a familiar. Possivelmente não. A verdade é que toda a situação ter-se-ia desenrolado de forma diferente se tivesse existido uma tentativa de avaliar o que de facto estava a acontecer. Da minha parte, quando me dirigi ao doente e à familiar, momentos após o ocorrido, procurei tranquilizá-los, resolvi o problema inicial e tentei gerir o pouco espaço disponível para que a familiar pudesse ficar sentada do lado para o qual o doente estava posicionado, de forma que ambos se pudessem ver. Considero que a minha intervenção acabou por ser eficaz, já que a familiar se sentiu compreendida o suficiente para partilhar o que estava a sentir e pelo restante turno se dirigiu várias vezes a mim, quer fosse para esclarecer alguma dúvida, quer fosse num momento de maior fragilidade emocional.

Na situação apresentada, ocorreu uma comunicação inadequada e desumanização dos cuidados prestados, muito provocada pela sobrelotação do serviço e pelo *stress* profissional associado.

O conceito de humanização dos cuidados, torna-se cada vez mais abordado, à medida que os paradigmas de cuidado têm sido alterados e é dada cada vez mais atenção à individualidade de cada ser humano, respeitando-o enquanto ser biopsicossocial e espiritual e tendo em conta a subjetividade da experiência da pessoa no seu processo de saúde-doença (Anguita et al., 2019). A prestação de cuidados de enfermagem humanizados deve também ser estendida à família/cuidador da pessoa a necessitar de cuidados, principalmente em serviços como o SU, onde a experiência vivenciada pela família é intensa, emocional e de grande fragilidade e vulnerabilidade, estando muitas vezes associada ao risco de vida do seu familiar, sendo necessário o seu acompanhamento para uma melhor gestão de fatores desencadeantes de *stress* e do luto.

No entanto, uma prática de cuidados humanizada exige tempo, predisposição, atenção e adequação, o que por vezes os profissionais de saúde, no decorrer de uma prática sobrecarregada e emergente, acabam por descurar (Barros, 2021).

Tendo em conta a experiência vivenciada e após refletir criticamente sobre a situação, considero que estabeleci uma adequada relação com o doente e a sua família, no entanto, considero que poderia ter sido mais interventiva e alertado o elemento da equipa para a forma menos adequada como agiu. Acabei por abordar a situação com a minha enfermeira tutora, que, enquanto EE e elemento de referência na equipa, referiu que iria falar com a colega, de forma privada e num momento mais tranquilo, indo de encontro à competência comum do EE, "*garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*" (OE, 2019, p. 4746).

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, é frequente a existência de situações que exigem processos de tomada de decisão complexos na garantia de salvar uma vida, já que, numa situação emergente, nem sempre é possível obter um consentimento informado por parte do doente, nem consultar a sua família/cuidadores ou o processo clínico do doente em causa, no sentido de garantir que não existiu nenhuma manifestação prévia contra o procedimento a realizar.

No SMI, um dos serviços em que realizei o estágio de opção da componente clínica do Mestrado, tinha sido recentemente internada uma utente submetida a uma traqueostomia de urgência. A questão que se levantou entre a equipa multidisciplinar, não foi pelo procedimento em si, mas pela legitimidade do mesmo, já que, a utente, teria previamente recusado realizar essa cirurgia de forma programada. Embora o

procedimento tenha sido realizado de forma emergente, com a finalidade de salvar uma vida e de, no momento, a doente não ser capaz de exprimir a sua opinião, a equipa questionou-se se a recusa apresentada em consultas anteriores, não deveria pressupor uma recusa ao procedimento também numa situação de urgência. Esta situação levou-me a procurar aprofundar o meu conhecimento sobre o consentimento informado, livre e esclarecido e o consentimento presumido.

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde, "*qualquer prestação de cuidados de saúde só é legítima se, previamente, o profissional de saúde tiver obtido o consentimento do utente*" (2023, p.153). Este consentimento pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao procedimento que se pretende realizar, a razão e o resultado esperado do mesmo. Para tal, a informação deve ser transmitida de forma simples, clara e objetiva e deve ser validado que o destinatário compreendeu a mensagem e se encontra devidamente esclarecido (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2023).

No entanto, existem situações nas quais não é possível transmitir a informação necessária ao utente, nem obter o seu consentimento para a realização de procedimentos que o profissional de saúde entende como urgentes e necessários (ERS, 2023). Assim, quando o utente está impossibilitado de exprimir a sua vontade e quando a situação é de urgência, não existindo uma manifestação anterior no sentido da recusa da prestação do cuidado de saúde, estamos perante um consentimento presumido (ePortugal, 2023).

Na Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (1997), encontra-se descrito no artigo 8.º que "*sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa*" (p. 5), sendo que "*a vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta*" (p.5).

Por outro lado, de acordo com o Código Penal, a realização de uma intervenção ou tratamento sem obtenção prévia de consentimento informado "*só não será punível se não se verificarem circunstâncias que permitam concluir, com segurança, que o consentimento seria recusado caso o utente estivesse em condições de receber informação e emitir a sua decisão*" (Decreto-Lei n.º 48/95, artigo 156.º).

Através dos conceitos e regulamentos apresentados, é possível perceber que, os profissionais de saúde, em situações muito excecionais, urgentes e absolutamente necessárias para a manutenção da vida, podem realizar procedimentos aos utentes, com base no consentimento presumido. No entanto, caso exista uma recusa prévia à realização do procedimento, a vontade do doente deve ser tida em conta, pelo que, na situação apresentada, a intervenção cirúrgica não deveria ter sido realizada. Desta forma, para além da quebra de princípio ético da autonomia, também questões legais são levantadas.

Outra questão premente em todos os contextos de estágio está relacionada com a privacidade. Considerada um direito fundamental do ser humano, contempla a proteção da intimidade, o respeito à dignidade, a limitação de acesso ao corpo e aos relacionamentos familiares e sociais e está consignada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Constituição da República Portuguesa, na Carta dos Direitos dos Doentes Internados e no Código Deontológico dos Enfermeiros.

Na Carta dos Direitos dos Doentes Internados, é referido que o doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico, ou seja, todo o ato diagnóstico ou terapêutico deve ser efetuado apenas na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, a vida privada do doente não pode ser alvo de intromissão (exceto em caso de necessidade para o diagnóstico/tratamento e sob consentimento do doente), o respeito pela intimidade do doente deve ser preservado durante os cuidados de higiene (utilização de cortinas ou biombos), as consultas, as visitas médicas, o ensino, os tratamentos, as radiografias, o transporte em maca e em todos os momentos do seu internamento (Ministério da Saúde, s.d.).

Também, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, aprovado pela Lei n.º 156/2015, no Artigo 107.º, o enfermeiro tem o dever de "*respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família*" e "*salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa*" (p. 8080).

Durante a prestação de cuidados de enfermagem, os enfermeiros constantemente invadem a privacidade do doente, através da exposição do corpo e do toque no mesmo, muitas vezes sem pedir autorização. A verdade é que na maioria das vezes esta invasão não é questionada, porque o doente a pressupõe como necessária para sua recuperação.

Porém, para muitas pessoas, a exposição corporal pode significar constrangimento, vergonha e embaraço.

Tendo em conta o previamente referido, compreende-se que os enfermeiros se encontram, inevitavelmente, numa posição que pode influenciar a preservação da privacidade, pelo que esta deve ser uma componente imprescindível do seu agir profissional. Assim, os enfermeiros devem assumir um papel primordial na proteção da privacidade do doente, respeitando a intimidade do mesmo e as informações compartilhadas, quando estas não colocam em risco o diagnóstico/tratamento do doente ou ameaçam o bem-estar de terceiros.

Durante a realização dos EC, verifiquei que a procura da garantia da privacidade dos doentes é uma questão valorizada pelas equipas de enfermagem, embora, por vezes, muito difícil de manter. No SU, a sobrelotação levava à aglomeração de macas nos corredores e não existiam biombos disponíveis, pelo que se optava por transportar a maca até um espaço mais privado, onde eram prestados os cuidados ou realizados procedimentos e, após o seu término, voltava-se a colocar a pessoa e respetiva maca no local em que se encontrava previamente.

Já as UCI/SMI, embora sejam um ambiente mais controlado, são, na sua maioria, unidades em *open space* ou envidraçadas, de forma a garantir uma maior vigilância do doente, o que também pode condicionar a privacidade dos doentes. Assim, de forma a minimizar a exposição do doente, nestes serviços eram utilizados meios físicos, como os biombos, as cortinas, as batas e a roupa da cama. É necessário, no entanto, acrescer a estes métodos, a ponderação do número de elementos absolutamente imprescindíveis à prestação de cuidados, de forma a reduzir o número de pessoas para as quais o doente se encontra exposto, já que, nos diversos contextos por onde passei, é frequente a aglomeração de profissionais junto a um doente durante a realização de procedimentos que invadem a privacidade do doente.

Por outro lado, a transmissão de informação oral e escrita também deve ser efetuada de forma privada, seja ao doente/família ou entre elementos da equipa multidisciplinar.

No SU e no SANP, por exemplo, devido à estrutura física dos mesmos e à ausência de espaços privados e gabinetes médicos, as observações médicas, são realizadas nos corredores ou nas áreas de observação e a informação transmitida pode ser ouvida por todas as pessoas que se encontram próximas. Por este motivo, na minha prática, procurei

utilizar barreiras físicas e ajustar o tom de voz, de forma a procurar manter a transmissão de informação o mais privada possível. No SANP, num momento de transmissão de uma má-noticia, procurei um local mais tranquilo e afastado, para que o médico (que não conhecia o espaço) pudesse falar com a familiar do doente, com mais privacidade e tranquilidade.

Estas condicionantes, já não se verificam na UCI e no SMI, que possuem espaços físicos privados destinados à comunicação com as famílias e à transmissão de más-notícias.

Relativamente às passagens de turno, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2017, estas devem ser feitas sem interrupções e obedecer a uma comunicação eficaz para segurança do doente. No entanto, no SU e na UCI onde realizei dois dos EC, não existem espaços privados destinados a estes momentos. Assim, no SU, as passagens de turno ocorrem no espaço destinado à área de enfermagem, que se localiza no centro das áreas de observação, sendo frequente a sua interrupção pelos doentes e familiares, que acabam por ouvir informação relativa a outros doentes. Nestes momentos, é solicitado que aguardem em locais mais afastados e é procurado ajustar e moderar o tom de voz para que apenas a equipa de enfermagem ouça. Por outro lado, na UCI, a passagem de turno é realizada em dois momentos: o primeiro momento é executado pelo enfermeiro coordenador do turno anterior, que transmite um breve resumo de cada um dos doentes internados a todos os elementos da equipa que irão prestar cuidados no turno seguinte; o segundo momento, mais individualizado e detalhado, é realizado pelo enfermeiro que prestou cuidados diretos ao doente ao colega que o vai substituir. Este segundo momento, é efetuado junto à cabeceira do doente, o que permite que os doentes que se encontram conscientes possam ouvir as informações clínicas de outros, pelo que a equipa procura adaptar o discurso e moderar o tom de voz de forma que apenas os colegas ouçam a informação transmitida.

No geral, tanto na minha prática diária como durante a realização dos estágios, procuro agir com base nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional, em defesa dos direitos humanos e em consonância com a vontade dos doentes e familiares, respeitando as crenças e valores individuais, o que vai de encontro com as diretrizes mencionadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), que atribuem ao EE a capacidade de tomada de

decisão baseada nestas normas e princípios e de ser elemento de referência na promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia, assegurando o respeito pelos direitos humanos, princípios éticos e valores e crenças dos doentes, na equipa de enfermagem onde está inserido.

Domínio da melhoria continua da qualidade

A melhoria continua da qualidade assenta em três competências, que atribuem ao enfermeiro especialista, um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, a responsabilidade pela prestação de cuidados de qualidade através da colaboração em programas de melhoria contínua e a garantia de um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019).

Segundo a Organização de Mundial de Saúde (2022), não existe um conceito de qualidade universalmente aceite, sendo, no entanto, os cuidados de alta qualidade, considerados como cuidados seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados.

De acordo com a Lei n.º 95/2019, referente à Lei de Bases da Saúde, todos os cidadãos têm o direito de receber os cuidados de saúde adequados à sua situação, de forma digna, com base na melhor evidência científica disponível e com a garantia de boas práticas de qualidade e segurança.

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, apresentado no Despacho n.º 9390/2021, pretende:

> *consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, (…) sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.* (p. 97)

Este plano, considerado uma ferramenta de apoio aos gestores e profissionais de saúde, visa aumentar a segurança na prestação de cuidados de saúde, com foco no doente e respetivos cuidadores, encontra-se alicerçado em cinco pilares, catorze objetivos estratégicos e respetivas metas a atingir (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Dos cinco pilares fazem parte a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e as práticas

seguras em ambientes seguros. Dentro destes pilares, encontram-se definidos objetivos como a promoção da formação dos profissionais de saúde, o aumento da literacia dos cidadãos, a otimização da comunicação intra e interinstitucional, a melhoria da comunicação na transição de cuidados, a adequação da informação clínica a transmitir ao doente, família e cuidador, o incentivo à realização de notificações de incidentes de segurança do doente, a implementação e monitorização de práticas seguras em ambientes seguros e a redução das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as Resistências aos Antimicrobianos (RAM) (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Na instituição em que trabalho e onde também efetuei dois estágios, é visível o esforço que tem sido feito para implementar os objetivos estratégicos previamente descritos. A formação relativa à segurança do doente tem vindo a ser valorizada e amplificada, tal como a partilha de boletins informativos semanais para todos os profissionais, as auditorias à comunicação na transição de cuidados (passagens de turno, registos informáticos e cartas de alta) e à prevalência de quedas e úlceras por pressão, o incentivo à realização de notificações de risco de segurança e respetivo acompanhamento e a implementação dos programas de vigilância epidemiológica do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e do STOP Infeção Hospitalar, bem como a relação de proximidade com o serviço de Infeciologia.

O conceito de sistemas de qualidade e segurança de cuidados não é algo novo no nosso País, nem na profissão de Enfermagem. De tal forma que, de acordo o Código Deontológico dos Enfermeiros, apresentado na Lei n.º 156/2015, no Artigo 97.º, os enfermeiros estão obrigados a "*exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*" (p. 8078). Também neste mesmo documento, no Artigo 109.º, é atribuído ao enfermeiro, na excelência do exercício profissional, a adequação de "*normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa*" (p. 8103).

Neste sentido, a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, tem sido um objetivo da OE desde a sua criação, de forma a refletir sobre o

exercício profissional dos enfermeiros e implementar sistemas de melhoria contínua da qualidade, que levem a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2012).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), foram inicialmente definidos em 2001, tendo sido, posteriormente, revistos em 2012. Este instrumento, visa clarificar o papel do enfermeiro junto aos utentes e à população em geral e enaltecer a importância da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Em 2017, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica aprovou os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a finalidade de nortear e referenciar a prática especializada do enfermeiro especialista em EMC, consoante o alvo e contexto da sua área de intervenção. Estes constituem, assim, os elementos norteadores da qualidade do exercício profissional enfermeiro especialista na resposta à necessidade de cuidados da PSC, nos quais se incluem, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Por sua vez, o foco na qualidade dos cuidados e na segurança do doente levou à criação de comissões institucionais como, a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, a Comissão de Gestão do Risco Clínico e o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). O Enfermeiro Elo de Ligação de cada serviço a estas comissões, implementa instrumentos de avaliação, participa na realização de auditorias, identifica oportunidades de melhoria, determina prioridades, estabelece e põe em prática estratégias que permitam o desenvolvimento de uma prática de cuidados de qualidade.

No sentido de desenvolver um ambiente terapêutico e seguro, durante a realização dos EC, consultei as normas e protocolos institucionais ou do serviço em que me encontrava e participei na implementação das medidas de prevenção de quedas e de úlceras por pressão, nos projetos sobre a segurança da administração de terapêutica e de hemoderivados e na realização de auditorias à utilização de uso de luvas e higienização das mãos do GCL-PPCIRA.

Assim, para a prevenção de eventos adversos como as quedas, implementei medidas de segurança, que fazem parte do dia-a-dia de qualquer enfermeiro, como a gestão

ambiental, a disponibilização da campainha, a colocação dos objetos pessoais ao alcance da pessoa e a elevação das grades da cama, baixar a sua altura e travar a mesma. Aliada a estas práticas, em serviços como a UCI e o SMI, avaliei o risco de queda através da Escala de Morse a todos os doentes, exceto aos que se encontravam em coma, e implementei as sinaléticas próprias de cada instituição para os doentes com elevado risco de queda.

No que diz respeito às Úlceras Por Pressão (UPP), sabe-se que a PSC está muito suscetível ao desenvolvimento das mesmas, pela frequente necessidade de imobilidade pela situação clínica e/ou instabilidade hemodinâmica, pela presença de dispositivos médicos, pela má perfusão por efeito das aminas vasopressores, pelo estado de choque, pela falência multiorgânica, entre outras (Ramos et al., 2020).

Assim, de forma a prevenir o desenvolvimento de UPP, avaliei o risco de desenvolvimento das mesmas através da Escala de Bradem e planeei os cuidados a prestar com base nos resultados obtidos, ajustando-os conforme as prioridades atribuídas a cada doente e tendo em conta as situações em que os posicionamentos eram contraindicados por poderem promover instabilidade hemodinâmica e complicações potencialmente fatais.

Também a segurança da administração de medicação e de hemoderivados foi uma preocupação durante a realização dos EC. De acordo com a DGS (2015), os efeitos adversos podem surgir ao longo de todo o processo de gestão da medicação, embora sejam mais frequentes na prescrição, preparação e administração da terapêutica. Apesar de ser uma intervenção interdependente, os enfermeiros têm autonomia na validação da prescrição, preparação, administração e monitorização da resposta terapêutica. Assim, a decisão de administrar os medicamentos, deve ser sustentada em conhecimentos científicos e na experiência que suporta a ação do enfermeiro (OE, 2017).

Os erros de medicação ocorridos nos processos de preparação e administração são da responsabilidade do enfermeiro. Sendo que por erro de preparação compreende-se a manipulação ou armazenamento inadequado do fármaco, a identificação incorreta e a escolha inapropriada dos acessórios de perfusão. Já por erro de administração, entende-se a administração de medicamentos não prescritos ou errados, ao doente errado, na dose errada, na via de administração errada, na velocidade de infusão errada, no local de

administração errado, na associação de medicamentos incompatíveis e na administração de medicamentos deteriorados ou fora de prazo (Sales et al., 2018).

Para evitar a ocorrência de erros de medicação e consequentes efeitos adversos, os enfermeiros devem adotar estratégias preventivas, que garantam a qualidade da sua prática profissional e a segurança da pessoa alvo de cuidados. Com vista a encontrar a estratégia mais adequada, Sales et al., em 2018, compilaram os nove certos fundamentais na preparação e administração de medicação, sendo eles: medicamento certo, hora certa, dose certa, via certa, doente certo, registo certo, preparação certa, conhecimento certo e educação certa.

No SU, existiam dois fatores que me deixavam pouco segura na administração de medicação, um era a utilização de fármacos que não tinha administrado previamente e outro era o receio de administrar medicação ao doente errado, já que com o elevado afluxo de doentes e as áreas de vigilância de tal forma sobrelotadas, não se conseguia saber a identificação de todos os doentes e a sua localização mudava frequentemente.

Assim, para ultrapassar estas dificuldades e garantir a segurança do doente, procurei melhorar os meus conhecimentos teóricos sobre os fármacos mais utilizados no SU, de forma a compreender o seu efeito, os efeitos adversos mais frequentes, as interações farmacológicas, o modo de preparação e a estabilidade do medicamento após reconstituição e diluição. Por outro lado, sempre que ia proceder à administração de fármacos, imprimia uma etiqueta de identificação do doente e confirmava o nome completo com o doente ou com o familiar e/ou pulseira de identificação, no caso dos doentes com alterações cognitivas ou alteração do estado de consciência.

Em contrapartida, no EC realizado na UCI e no SMI, embora também tivesse sentido necessidade de melhorar os meus conhecimentos sobre farmacocinética e farmacodinâmica, o facto de conhecer os doentes e saber a unidade em que se encontravam transmitia-me uma maior segurança. Nestes serviços, em todos os turnos era impressa a folha terapêutica do doente, que eram preparados já na respetiva unidade, reduzindo o risco de erro na administração dos medicamentos.

Relativamente à administração de hemoderivados, nos campos de estágio que frequentei, os enfermeiros seguiam um conjunto de etapas de segurança prévias à administração destes componentes, nas quais se englobava a dupla verificação de etiquetas de identificação do componente sanguíneo, onde se encontrava mencionado o

nome, a data de nascimento, o número do processo clínico e o grupo sanguíneo do doente, bem como o lote e a data de validade do hemoderivado. Posteriormente, a esta dupla verificação, procedia-se à obtenção do consentimento verbal do doente, à confirmação do nome e da data de nascimento, à monitorização dos sinais vitais e à otimização da via de administração (CVP ou CVC).

Para além dos passos previamente referidos, na instituição onde trabalho e onde realizei o EC de opção, foi recentemente implementado um sistema que assegura a rastreabilidade, a segurança, a confirmação positiva e a monitorização da administração de componentes sanguíneos, através da leitura de um código de barras presente no componente sanguíneo e na pulseira de identificação do doente, em momentos-chave do processo de transfusão de hemoderivados, como a colheita de prova de compatibilidade, a receção do componente sanguíneo no serviço, o início da transfusão e o término da mesma.

Caso exista ocorrência de eventos adversos, sejam eles relativos à administração de medicamentos ou componentes sanguíneos, à realização de técnicas, à queda de doentes ou ao desenvolvimento de UPP, estes devem ser registados no sistema de notificação de incidentes da respetiva instituição, conforme objetivo e meta estratégica preconizada no PNSD. No entanto, a realização de notificações é potenciadora de um sentimento de medo e de represálias para o profissional de saúde, o que, aliado à falta de cultura de reporte nas instituições, diminui a frequência de notificação dos eventos adversos (Lima et al., 2018). Torna-se assim essencial reforçar na equipa multidisciplinar, que a notificação dos incidentes não tem intuito recriminatório, servindo apenas como mecanismo de alerta e visando a deteção de vulnerabilidades e de reflexões.

Também inerente à qualidade e segurança dos cuidados, encontra-se a prevenção das IACS. Neste sentido, para além de ser Elo de Ligação do GCL-PPCIRA da instituição em que trabalho, procurei, no decorrer dos EC, analisar as condicionantes para a implementação de medidas de prevenção da infeção e colaborar na adoção destas medidas nos serviços por onde passei, bem como participar na realização de auditorias à utilização do uso de luvas e de higienização das mãos, de forma a criar um ambiente de cuidados mais seguro para doentes e profissionais.

Assim, com base no previamente descrito, é possível assumir que a melhoria da qualidade dos cuidados, se encontra diretamente ligada à segurança do doente (WHO,

2020), sendo o EE, um elemento fulcral na dinamização e desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, na colaboração em programas de melhoria contínua e na garantia de um ambiente terapêutico seguro, nos serviços em que se encontra inserido.

Domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão de cuidados compreende a otimização da resposta e a articulação da equipa de saúde, a adaptação do estilo de liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos, com vista à qualidade dos cuidados e de um bom clima organizacional (OE, 2019).

A necessidade de implementar cuidados de qualidade é uma realidade na sociedade atual, sendo que a gestão dos cuidados tem um papel essencial nesta temática, de tal forma que o PNSD 2021-2026, tem como um dos seus pilares a liderança e a governança. Assim, de acordo com este plano "*as lideranças e gestores conduzem a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema*" (p. 99), através da priorização, do desenvolvimento e da criação de condições que permitam garantir um ambiente seguro.

Neste exercício de liderança e governança, estão envolvidos vários elementos que interferem no processo de trabalho dos enfermeiros, desde o governo, aos gestores hospitalares e aos gestores da equipa de enfermagem (Silva et al., 2022).

A gestão por parte dos enfermeiros é preponderante na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados durante o exercício profissional. Desde a criação do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96) que a gestão em enfermagem é abordada, sendo descrita no Artigo 9.º como uma intervenção autónoma do enfermeiro, de acordo com as suas qualificações profissionais. Em 2018, no Regulamento n.º 76/2018, a OE, volta a reconhecer a importância do exercício de funções de gestão por enfermeiros, ao considerar que este é "*determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde*" (p. 3478).

Também neste regulamento, o enfermeiro gestor é definido como aquele que "*detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão,*

com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área" (p. 3478). Para exercer este papel é necessário conhecimento sobre o ambiente organizacional, capacidade de identificar os fatores que interferem nas atividades e que proporcionam valor económico à organização e valor social aos enfermeiros, promover o desenvolvimento profissional dos mesmos, desenvolver um processo de tomada de decisão efetivo e transparente e assumir atitude ética e responsabilidade social, com vista à obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018).

Um bom gestor deve assim, ser capaz de orientar e liderar uma equipa e defender as condições que a mesma necessita para a melhor prestação de cuidados possível, sem descurar o valor económico e social e os inúmeros fatores intervenientes no processo. Assim, no decorrer dos EC, procurei observar e compreender as metodologias de gestão implementadas em cada serviço, ao nível dos recursos humanos e dos recursos materiais.

No que diz respeito à gestão dos recursos humanos, o Regulamento n.º 743/2019, referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a OE considera que a "*dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações"* (p. 128). Nos diferentes locais de EC por onde passei, verifiquei que os rácios não estavam adequados, o que levava a uma sobrecarga horária e à exaustão dos profissionais. Para além disso, também a percentagem de EEEMC não correspondia ao aconselhado pela OE no regulamento previamente mencionado. O não cumprimento das dotações seguras leva a que os profissionais e os serviços não consigam garantir a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes a seu cargo.

Também a gestão dos recursos materiais é importante e complexa, principalmente em serviços imprevisíveis e com necessidade de equipamentos e fármacos muito específicos, com vista à assistência de doentes sobre processos complexos de doença e/ou falência orgânica.

No SUP, a distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes postos de trabalho e gestão do seu tempo de pausa, bem como o processo de reposição de material de consumo clínico e de requisição de terapêutica à farmácia, era realizado pelos enfermeiros coordenadores da equipa.

Cada equipa tinha dois coordenadores, escolhidos pela experiência na prática de cuidados de enfermagem no SU e pelo seu grau de diferenciação, ou seja, serem portadores do título profissional de EEEMC, o que vai de encontro às recomendações da OE no Regulamento n.º 743/2019.

Durante o meu EC neste campo de estágio tive oportunidade de realizar alguns turnos de coordenação de equipa com a minha enfermeira tutora, que se encontrava a ser integrada nessa valência.

No processo de distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes postos, os enfermeiros coordenadores, tinham por base a diferenciação de competências e a experiência de cada elemento, de forma a garantir uma melhor resposta à imprevisibilidade de diversas situações. Por conseguinte, era alocado à sala de triagem um enfermeiro com formação específica no Sistema de Triagem de Manchester, à SE um enfermeiro especialista em EMC com formação em SAV e experiência em emergência e ao gabinete de ortopedia um enfermeiro com formação na área.

O facto da equipa ser maioritariamente constituída por elementos jovens, sem formação especializada, sem formação em SAV e sem formação específica em triagem e ortopedia, fazia com que a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos fosse muito desafiante. Também o facto, da equipa só possuir cerca de 30 enfermeiros com formação especializada (num total de cerca de 86 elementos), fazia com que o número de EEEMC na área da PSC, ficasse aquém das recomendações da OE (2019), onde é referido que 50% da equipa de enfermagem dos SU deve ser composta por EEEMC na área da PSC, com formação em SAV, em permanência nas 24 horas.

No que diz respeito à gestão de material, a tarefa de reposição de material de consumo clínico era delegada a uma assistente operacional, indo de encontro ao Artigo n.º 10 do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96), que permite a delegação de tarefas a profissionais com preparação necessária para as executar. Por outro lado, a requisição, a receção e a validação da medicação proveniente da farmácia hospitalar, era realizada diariamente, no turno da manhã, pelo enfermeiro coordenado de turno. Assim, em cada turno, o enfermeiro responsável por cada área fazia o pedido da medicação a terminar ou em falta, que era reposta de imediato pelo enfermeiro coordenador de turno, através da medicação existente no gabinete destinado ao acondicionamento de fármacos no SU. Posteriormente, era verificado o *stock* de fármacos neste gabinete e feito o pedido de

reposição necessário à farmácia, que fazia a sua entrega no turno da manhã. Após a entrega, era confirmado se a quantidade de fármacos rececionados correspondia ao pedido e efetuada a sua validação num PDA.

Para além destas atribuições, os enfermeiros coordenadores verificavam, pelo menos duas vezes por turno o afluxo de doentes e o tempo de espera por observação e realização de procedimentos pela equipa de enfermagem. Desta forma, para além de colaborarem nas diferentes áreas, consoante necessidade, também procediam à mobilização de mais elementos para as áreas com maior sobrelotação. Através disto, era conseguido que o tempo de espera para realização de atos de enfermagem, não fosse muito longo.

No que concerne ao EC realizado na UCIP, por opção própria, não atribuí nenhum turno às funções de gestão, tendo optado por focar a minha atenção à prestação de cuidados direta ao doente crítico, por ser essa a minha grande carência. Apesar disso, pude perceber a dinâmica da gestão de recursos humanos e de material clínico, através do esclarecimento de dúvidas com o meu enfermeiro tutor.

Segundo a OE (2019), os rácios enfermeiro/doente nas UCI devem atender ao nível de diferenciação das unidades, assim nas unidades de nível I é recomendado o rácio de três utentes por enfermeiro, nas unidades de nível II, dois utentes por enfermeiro e nas unidades de nível III, um utente por enfermeiro. O cumprimento das dotações adequadas, o nível de qualificação e perfil de competências dos enfermeiros, contribui para o cumprimento dos índices de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde (Macedo, 2021).

A UCIP é composta por unidades de nível II e de nível III de cuidados, no entanto, tendo em conta o número de elementos que compõem a equipa, o rácio defendido pela OE não é conseguido, ficando, normalmente, um enfermeiro atribuído a cada dois utentes, mesmo nas unidades de nível III.

De forma a proceder à distribuição mais equitativa dos doentes pelos enfermeiros, a enfermeira-chefe baseava-se no critério de gravidade e de número de horas de cuidados por doente. Para a obtenção deste valor, todos os turnos da noite, os elementos da equipa de enfermagem procediam à avaliação de uma escala de classificação de gravidade dos doentes internados, denominada por *Therapeutic Intervention Scoring Sytem-28* (TISS-28). Esta escala permite classificar a PSC quanto à sua gravidade, intervenções

terapêuticas necessárias e tempo de cuidados destinado, tendo por base 28 atos terapêuticos relacionados com as atividades de vida diárias, suporte cardiovascular ventilatório, renal, neurológico e metabólico e intervenções técnicas específicas.

No entanto, segundo autores como Miranda et al. (2003) e Queijo e Padilha (2009), esta escala avalia apenas cerca de 43,3% das intervenções realizadas, concentrando-se principalmente em procedimentos de diagnóstico e tratamento e omitindo as intervenções autónomas de enfermagem, bem como o suporte à família e as tarefas organizacionais e administrativas.

Por outro lado, tendo em conta a especificidade e gravidade clínica dos utentes neste serviço, no processo de distribuição dos utentes por enfermeiro, para além do resultado obtido no TISS-28, também era necessário ter em atenção a diferenciação formativa dos elementos da equipa de enfermagem, já que nem todos eram especialistas em EMC, nem possuíam formação em ECMO, por exemplo. Assim, por norma, os utentes com maior gravidade clínica eram atribuídos aos EEEMC na área da PSC e, se necessário, a enfermeiros com formação específica em ECMO.

A atribuição dos utentes aos enfermeiros neste serviço, segue assim o método individual de trabalho, que consiste na atribuição de um ou dois doentes a um enfermeiro, que será responsável pela implementação do processo de enfermagem e satisfação das necessidades dos utentes que lhe foram atribuídos (Ventura-Silva et al., 2021). Para além disso, com base neste método, cabe ao enfermeiro coordenador de equipa, a supervisão e avaliação dos cuidados prestados (Ventura-Silva et al., 2021). Na UCIP, o enfermeiro coordenador de turno, também portador do título de enfermeiro especialista, o que vai de encontro ao Parecer n.º 01/2017 da OE, não assume a prestação de cuidados direta, no entanto colabora nessa mesma prestação quando necessário, assumindo, de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, a gestão de cuidados e a coordenação da equipa (OE, 2019).

No que diz respeito à gestão do material de consumo clínico e de medicação, neste serviço era utilizado um sistema de armazenamento e distribuição de medicamentos automático, denominado por Pyxis Medstation®. Este sistema é composto por armários informatizados, constituídos por gavetas parametrizadas, de forma a permitir a remoção dos medicamentos prescritos para o doente selecionado, abrindo apenas a gaveta onde se encontra o fármaco solicitado. De acordo com Carvalho et al. (2017) e Tu et al. (2023),

este é um bom instrumento na otimização da gestão da medicação, na gestão de tempo, no controlo dos fármacos disponíveis, ao evitar a rutura de *stock* e controlar a data de validade dos medicamentos em *stock* e no registo de acesso e de medicamentos retirados, contribuindo para a redução de erros associados à administração de medicação e para a segurança do circuito do medicamento.

Por fim, no que diz respeito aos contextos de estágio inseridos numa instituição direcionada à prestação de cuidados ao doente oncológico, o processo de gestão de recursos humanos é diferente nos dois serviços, mas a gestão de recursos de material de consumo clínico é igual em toda a instituição.

Assim, no serviço de atendimento não programado, por ser uma equipa relativamente pequena, num serviço imprevisível, a distribuição do plano de cuidados é realizada pela enfermeira-chefe no dia anterior. Neste sentido, dos quatro elementos existentes no turno da manhã e no turno da tarde, um é atribuído à zona das macas, um à zona dos cadeirões e dois dividem-se entre a triagem e a área de isolamento. Esta última divisão visa o conforto e a produtividade dos elementos, que são unanimes na opinião de que muitas horas seguidas no gabinete de triagem não é produtivo. Como existem cada vez menos doentes atribuídos à área de isolamento, o elemento por ela responsável, acaba por ajudar nas restantes áreas.

No que diz respeito ao método de trabalho utilizado, a equipa tem tentado implementar o método de individual de trabalho, conferindo a responsabilidade dos doentes de cada área ao enfermeiro a ela atribuído, com vista a individualizar os cuidados prestados, para que o utente e respetiva família/cuidador sintam que têm um enfermeiro de referência no serviço, a quem se podem dirigir sempre que necessitarem. No entanto, nos momentos de maior afluência de utentes, esta metodologia torna-se difícil de ser mantida e acabam por recorrer ao método de trabalho em equipa, colaborando uns com os outros à medida que as solicitações vão surgindo.

No SMI, quando as oito unidades se encontram ocupadas, o rácio utilizado é de um enfermeiro para dois doentes, o que não vai de encontro às orientações da OE no Regulamento n.º 743/2019, já que este serviço é considerado uma unidade de nível III e a OE recomenda que neste nível de cuidados o rácio seja de um enfermeiro por doente. Também a recomendação de que 50 % dos elementos da equipa sejam enfermeiros

especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, não é conseguida, já que a maioria dos elementos da equipa são enfermeiros de cuidados gerais.

Também neste serviço, o método de trabalho utilizado pelos enfermeiros é o método individual de trabalho, sendo que a distribuição dos utentes por enfermeiro era realizada pelo enfermeiro responsável do turno anterior, que tinha em conta a especificidade e gravidade clínica dos utentes, a diferenciação formativa e a experiência dos elementos da equipa de enfermagem.

Contrariamente à UCIP, neste serviço, o enfermeiro responsável de turno acumula funções, assumindo também a prestação de cuidados a um ou dois doentes, consoante a taxa de ocupação do serviço. É também da responsabilidade do enfermeiro coordenador fazer a contagem dos estupefacientes a cada turno e testar o desfibrilador do carro de emergência do serviço, o desfibrilador e o ventilador portátil da equipa de emergência intra-hospitalar e verificar a temperatura do frigorífico onde se encontra armazenada alguma medicação, diariamente, no turno da manhã.

No que diz respeito à gestão do material de consumo clínico e de medicação, a instituição rege-se pela Filosofia Kaizen. Este termo japonês, introduzido por Masaaki Imai na indústria automóvel em 1986, significa "mudar para melhor", que, quando aplicado ao local de trabalho implica o envolvimento de todos os colaboradores, desde o administrador até aos trabalhadores de postos menos diferenciados, num processo de melhoria contínua (Kaizen Institute, 2021). Esta metodologia visa alcançar mudanças nos processos, com o objetivo de melhorar a eficiência e a qualidade da organização e reduzir os desperdícios (Kaizen Institute, 2021).

Dentro desta filosofia, englobada no pilar da uniformização, está inserida uma ferramenta de planeamento de requisição de material, o *Kanban*, também uma palavra japonesa, que significa cartão. Esta ferramenta tem como base a reposição através de sinais (normalmente um cartão), que indicam quando são necessários mais produtos (Kaizen Institute, 2021).

Basicamente, a aplicação desta ferramenta consiste na existência de um armazém em cada serviço, com duas gavetas para cada material, cada uma delas com a mesma quantidade de produto e identificadas com um cartão. Assim, quando deixa de existir material numa das gavetas, o cartão de identificação é retirado e colocado num local próprio, sendo posteriormente recolhido por um colaborador do serviço de logística e/ou

serviços farmacêuticos. Até à reposição dessa gaveta, passa-se a utilizar os produtos da segunda gaveta.

Nos cuidados de saúde, pela sua imprevisibilidade, é impossível a existência de um *stock* zero, no entanto, a aplicação desta ferramenta evita a acumulação de *stock* e dispersão de material dentro de um mesmo serviço, reduzindo o desperdício.

Assim, cada serviço possui um armazém com material clínico e um *stock* de medicação próprio, com os fármacos e materiais mais utilizados em cada serviço, que são repostos consoante a necessidade e com base na metodologia previamente apresentada.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio assenta em dois pilares fundamentais, o autoconhecimento e a assertividade e a prática especializada baseada em evidência científica.

Enquanto disciplina científica e profissão direitamente ligada ao cuidado humano, a enfermagem deve empenhar-se na investigação e na sua comunicação e aplicação, tornando-se assim difícil dissociar a prática de enfermagem da sua ciência (Pickler, 2018).

Assim, num mundo em constante evolução, torna-se absolutamente essencial mantermo-nos a par do avanço científico, de forma a adequar os cuidados prestados, já que, os enfermeiros, enquanto elementos do maior grupo de profissionais de saúde e com maior tempo de contacto direto com o doente, influenciam diretamente os resultados, a segurança e a satisfação dos mesmos (Alvarez et al., 2019).

Também o Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015), no Artigo 100.º e no Artigo 109.º, atribui aos enfermeiros o dever de *"assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos (...)"* (p. 8079) e *"manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*" (p. 8080), respetivamente.

A Prática Baseada em Evidência (PBE), torna-se assim, cada vez mais, reconhecida como a chave para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e dos resultados dos doentes (Pickler, 2018).

O conceito de PBE compreende o conjunto de técnicas, processos e atividades, consistentes com os valores, objetivos e evidências, consideradas as mais adequadas para realizar determinado procedimento. Assim, na enfermagem, a PBE suporta a prática clínica e a assistência de qualidade (Lima et al., 2022).

No entanto, estando a enfermagem essencialmente voltada para as necessidades do ser humano, para além da técnica relacionada com o exercício profissional, também o conhecimento de crenças e valores e a própria intuição, contribuem para os processos de tomada de decisão (Lima et al., 2022).

Na prática profissional, o enfermeiro mobiliza, de forma simbiótica, o saber científico, o saber ético, o saber ser, o saber estar, o saber fazer e o saber estético (Costa & Gonçalves, 2021).

Dos sete anos de exercício da profissão de enfermagem, cinco foram destinados à prestação de cuidados ao doente oncológico num serviço de medicina oncológica. Nesta tipologia de serviço, recebemos doentes nas mais diversas fases da doença, sob tratamento ativo da doença, com intuito curativo, ou em processo de referenciação ou seguimento pelo Serviço de Cuidados Paliativos, sob controlo sintomático. Numa fase inicial, uma das minhas maiores dificuldades era compreender e adequar o tipo de cuidados a prestar a cada doente e família, já que numa mesma enfermaria, poderia ter um doente em fase terminal e um doente a realizar tratamento de quimioterapia neoadjuvante.

Nestas situações, para além do conhecimento teórico e de capacidade de juízo crítico, é importante conhecermos os nossos valores éticos, compreendermos os nossos limites e entendermos quais são as nossas maiores dificuldades, de forma a procurar ultrapassá-las. Para tal, é importante saber quem somos, enquanto pessoas e enquanto profissionais.

Posteriormente, no decorrer da minha práxis, as situações que me geravam mais dúvidas e inseguranças, estavam relacionadas com os doentes em descompensação do seu estado clínico, pelo que senti necessidade de desenvolver conhecimento e competências na área da pessoa em situação crítica, de forma a poder prestar os melhores cuidados, com qualidade, segurança e baseados na mais recente evidência científica. Foi neste âmbito que decidi inscrever-me no presente curso de Mestrado.

Este curso, direcionado à área da PSC, é constituído por um programa formativo teórico e uma componente clínica com supervisão, conforme preconizado pelo Aviso n.º 4511/2021.

O programa teórico inclui UC comuns a todas as especialidades e UC específicas à área da enfermagem à PSC. Assim, nesta componente, relembrei e desenvolvi conceitos relacionados com a ética e a deontologia profissional, a enfermagem enquanto profissão

e disciplina, a gestão e a investigação em enfermagem e adquiri conhecimento relacionado com a prestação de cuidados à PSC nos diferentes contextos onde esta pode ser encontrada.

Já na componente clínica, tendo em conta a necessidade pessoal de desenvolvimento de conhecimento teórico-prático na prestação de cuidados à PSC, optei por não direcionar a minha prestação de cuidados apenas aos doentes do foro oncológico nos EC realizados em serviços polivalentes. Assim, defini objetivos específicos e atividades mais abrangentes, de forma a obter um maior enriquecimento pessoal e profissional.

Já no estágio de opção, os campos de estágio foram selecionados tendo em conta o especial interesse pela oncologia e a vontade de querer desenvolver o meu conhecimento na área do doente oncológico enquanto doente crítico, de forma a prestar os melhores cuidados, em termos de qualidade e segurança, aos doentes que diariamente acompanho.

De forma a sustentar os cuidados prestados e corrigir lacunas no meu conhecimento, ao longo dos EC, senti necessidade de procurar informação em normas publicadas por entidades de referência, em livros e em artigos científicos publicados em revistas e/ou bases de dados.

Tendo em conta o previamente exposto, considero que todos estes fatores como a experiência profissional, as vivências, as UC e os EC, permitiram-me fortalecer conhecimento sobre a minha prática e sobre a prática de cuidados especializados ao doente oncológico e à PSC, o que levou ao desenvolvimento da minha assertividade e segurança na prática clínica.

É de salientar, porém, que o processo de aquisição de competências e aprendizagens profissionais não é estanque, devendo ser continuado no decorrer da minha carreira profissional, de forma a garantir a atualização técnico-científica suportada nas mais recentes evidências.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Em 2019, a OE definiu o Enfermeiro Especialista, como sendo o profissional que detêm competência científica, técnica e humana e possui conhecimento profundo num domínio específico dos cuidados de enfermagem, que o fazem ser capaz de demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão. No entanto, a complexidade e a especificidade da prestação de cuidados em determinadas áreas, justificou a realização de um documento regulador de competências específicas em EMC, nas quais se encontra à área de enfermagem à PSC.

Por competências específicas entende-se aquelas que visam dar resposta aos processos de vida e/ou problemas de saúde do respetivo campo de intervenção, o que exige um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades demonstradas (OE, 2019).

Segundo a OE, PSC é "*aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*" (OE, 2018, p.19362).

Por conseguinte, no âmbito da especialização enfermagem à pessoa em situação crítica, cabe ao enfermeiro especialista, a prestação de cuidados à pessoa que vivencia uma situação de saúde/doença complexa e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, esperando-se que seja capaz de compreender as suas necessidades, estabelecer uma relação de ajuda e promover, igualmente, a sua dignidade e individualidade em todo o processo terapêutico (OE, 2018).

Assim, é da responsabilidade do EEEMC na área da PSC, o cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2019).

Neste sentido, de seguida, procedo à reflexão do processo de aquisição e desenvolvimento das três competências previamente mencionadas.

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

O doente crítico pode ser encontrado em vários locais, tanto no ambiente intra-hospitalar como no extra-hospitalar, sendo que a prestação de cuidados, pelas equipas de enfermagem, deve ser efetuada de forma contínua, para uma manutenção das funções básicas de vida, prevenção de complicações e limitação de incapacidades, com o objetivo da recuperação total do doente (OE, 2018).

Desta forma, o cuidado prestado a estes doentes deve ser realizado por profissionais altamente especializados, que respondam com prontidão e precisão às ameaças à vida do doente, sendo que, para que tal ocorra da melhor forma, é necessário um bom trabalho de equipa e uma boa capacidade de definição de prioridades e estratégias, sem descurar a dimensão humana na relação com o doente e a família (OE, 2018).

Por conseguinte, englobado nesta competência, encontra-se a prestação de cuidados ao doente emergente e a antecipação de focos de instabilidade, a administração de protocolos terapêuticos complexos, a gestão da dor e do bem-estar e a gestão da comunicação interpessoal e da relação terapêutica (OE, 2018).

Na área da prestação de cuidados à PSC, saber definir quem é a pessoa a necessitar de cuidados urgentes e a pessoa a necessitar de cuidados emergentes, torna-se fundamental para a priorização de cuidados, muitas vezes é necessária. Neste sentido, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012), definiu urgência como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo e por emergência um processo no qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção num curto espaço de tempo.

Os Serviços de Urgência são os serviços hospitalares destinados à receção e prestação dos primeiros cuidados de saúde a doentes em situação de urgência e emergência. No entanto, nem todas as pessoas que a eles recorrem se inserem nesses conceitos, procurando-os por situações de doença que podem ser facilmente resolvidas no seu centro de saúde. Esta situação é reconhecida pela CRRNEU (2012), quando diz que "(…) *as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo não deveriam estar contidas nos objetivos assistenciais dos SU.*

No entanto, a população tem um padrão de utilização que não corresponde a este perfil" (p.8).

Para controlar este fenómeno e detetar precocemente os casos emergentes, os SU estão preparados e formatados para assistir situações graves em detrimento de não graves, através da implementação de um sistema de triagem que permita distinguir os doentes por gravidade fisiológica (CRRNEU, 2012), sendo que, a utilização de um destes sistemas, tornou-se obrigatória em 2014, em qualquer nível de SU, conforme indicação do Ministério da Saúde, no Despacho n.º 10319/2014.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é aplicado a todos os utentes que recorrem aos SU, imediatamente após a realização da sua admissão informática na área administrativa. Este sistema é efetuado por enfermeiros com formação em triagem e permite identificar uma prioridade clínica, alocar o doente à área de atendimento devida e implementar protocolos de atuação, como a requisição de ECG em caso de dor torácica ou ativação das Vias Verdes, com vista à redução do tempo do episódio de urgência.

Na implementação deste sistema, a avaliação clínica do enfermeiro desenvolve-se a partir da principal queixa apresentada pelo doente e/ou identificada pelo profissional. A partir daí é selecionado um dos 52 fluxogramas e respondidas as questões atribuídas ao fluxograma escolhido, até a atribuição de um nível de prioridade, que determina o tempo de espera definido e que pode ser: emergente (cor vermelha, observação imediata), muito urgente (laranja, tempo de espera de 10 minutos), urgente (amarelo, tempo de espera de 60 minutos), pouco urgente (verde, tempo de espera de 120 minutos) e não urgente (azul, tempo de espera de 240 minutos) (Grupo Português de Triagem, 2021).

Para além destes níveis de prioridades, existe ainda a possibilidade de ser fornecida uma pulseira branca, que representa os doentes que recorrem ao SU de forma incorreta, como porta de entrada administrativa (realização de exame complementar de diagnóstico por referenciação inter-hospitalar, admissão ao internamento para atividade programada, entre outras) e para realização de atividade programada neste serviço (reavaliação clínica por indicação médica ou para interrupção voluntária da gravidez, por exemplo). Nestas situações não é atribuído um nível de prioridade ao doente, sendo selecionado o campo de pulseira branca no sistema informático, logo no início do processo de triagem. Com a atribuição desta pulseira, pretende-se quantificar a dimensão deste problema nos vários SU, de forma a identificar possíveis soluções (Grupo Português de Triagem, 2021).

Na triagem, como referido, podem ainda ser ativadas as Vias Verdes (VV), ou seja, "*algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico* (…)" (CRRNEU, 2012, p.22), sendo eles: VV sépsis, VV coronária, VV Acidente Vascular Cerebral (AVC) e VV Trauma. Cada uma destas VV insere-se num modelo colaborativo entre o SU e as diferentes especialidades, ou seja, Neurologia/Medicina Interna para a VV AVC, Cardiologia/Cateterismo Cardíaco para a VV coronária, Cirurgia Geral para a VV Trauma e Medicina Intensiva para a VV sépsis (CRRNEU, 2012).

Assim, quando o enfermeiro responsável pela triagem, se depara com uma situação com critérios para ativação de VV, que não tenha sido encaminhada pela equipa de emergência pré-hospitalar ou pelo CODU, contacta o médico especialista na área e encaminha o doente para a sala de emergência, no caso da VV AVC e na VV Trauma. Os doentes com VV Coronária são triados pelo fluxograma Dor torácica, com discriminador de Dor precordial, sendo de imediato solicitada a realização de um ECG, com posterior encaminhamento para a área de observação médica (área laranja no SU do CHVNG/E), onde será observado num tempo máximo de dez minutos pelo médico cardiologista, que determinará a necessidade de ativação desta VV e de transferência para o Serviço de Hemodinâmica para realização de cateterismo cardíaco.

Durante a realização do EC, tive a oportunidade de prestar cuidados ao doente com critérios de ativação das diferentes Vias Verdes, sendo que a que ocorreu com mais frequência nos meus turnos na Sala de Emergência (SE) foi a VV AVC.

A SE constituí o local primordial na primeira abordagem à pessoa em situação crítica, sendo a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar e uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico. Nesta sala e na prestação de cuidados à PSC, é essencial um trabalho de equipa organizado e articulado, onde cada elemento conheça a sua função e consiga demonstrar a sua experiência e competência em prol do doente. Assim, na SE, o EEEMC é elemento fulcral na dinamização da resposta e na deteção precoce de complicações, sendo também o elemento responsável por pedir mais elementos para a SE, distribuí-los entre os doentes e as diferentes tarefas (por exemplo: manobras de reanimação e preparação de fármacos de emergência).

Nos turnos realizados nesta sala colaborei na prestação de cuidados a doentes com os mais variados quadros clínicos: politrauma, sépsis, AVC, paragem cardiorrespiratória, hemorragia subaracnoídea, cetoacidose diabética, intoxicação medicamentosa, entre outros. Em qualquer um dos casos, de forma quase intrínseca, a equipa inicia a avaliação inicial, através da metodologia ABCDE. Assim, através das experiências vivenciadas, percebi que, na maioria das vezes, a responsabilidade pela Permeabilização da Via Aérea é assumida pelo médico, que adota uma posição à cabeça do doente, enquanto um enfermeiro assume a monitorização do doente e outro procede à colocação de CVP para colheita de sangue para estudo analítico e administração de fármacos. Normalmente, o médico assume também o papel de comando, tomando decisões e solicitando a realização de procedimentos.

Nesta sala e na prestação de cuidados à PSC, realizei técnicas como a punção venosa, a administração de fármacos, a algaliação e a entubação nasogástrica e colaborei na colocação de linha arterial, colocação de CVC, colocação de drenos torácicos, intubação orotraqueal (IOT) e lavagem gástrica e executei competências não técnicas, como a comunicação com os doentes e os familiares. Foi igualmente importante compreender a aplicação da metodologia ABCDE na prática e a sua relevância para a prestação de cuidados seguros e eficazes, bem como o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo, que me permitiu compreender a necessidade de executar determinados procedimentos, o seu nível de prioridade para cada doente e as complicações que poderiam daí advir.

No entanto, embora grande parte dos casos de instabilidade seja detetado no extra-hospitalar ou durante a triagem, o que leva a que os doentes sejam de imediato transportados para a SE, a situação clínica dos doentes também pode agravar quando já estão atribuídos a uma das áreas de observação. Nestas situações, para detetar possíveis focos de instabilidade, é importante a partilha de informação entre os elementos da equipa multidisciplinar, a observação direta do doente, a avaliação dos seus sinais e sintomas e a consulta do seu processo clínico.

Relembro um caso de uma doente, a aguardar vaga de internamento no SU, que apresentou alteração súbita do estado de consciência, tendo, a partir daqui, despoletado uma situação de paragem cardiorrespiratória, que levou ao seu falecimento. Esta senhora, encontrava-se próxima à área de enfermagem, tendo sido transportada para a SE mal a

equipa notou a alteração súbita do seu estado de consciência. À chegada à SE, por se encontrar em situação de peri-paragem, foram de imediato iniciadas medidas de Suporte Avançado de Vida (SAV), com realização de IOT, início de manobras de reanimação e administração de múltiplos fármacos.

De salientar que na avaliação prévia a esta alteração súbita, a doente se encontrava hemodinamicamente estável, tanto que se encontrava alocada num dos corredores da área de observação, por aparentemente não necessitar de monitorização contínua. Esta situação abalou a equipa multidisciplinar que se questionou sobre o que poderia ter sido realizado de forma diferente para evitar que tivesse ocorrido.

Já na UCIP, deparei-me com técnicas de alta complexidade e inúmeras oportunidades de prestar cuidados diferenciados à PSC, ou seja, à pessoa cuja sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008).

Esta unidade polivalente, vocacionada para o tratamento de doentes cardíacos graves, recebe, com maior frequência, doentes com insuficiência respiratória grave, choque cardiogénico e/ou choque sético, pela necessidade de estabilização hemodinâmica e de recurso a medidas de suporte de vida que só nela são realizados, como o ECMO.

Assim, na UCIP, pude desenvolver competências ao nível da prestação de cuidados à PSC com necessidade de medidas invasivas ou de suporte de órgão, como a monitorização hemodinâmica invasiva, a ventilação invasiva e não invasiva, a Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR) e o ECMO.

A monitorização hemodinâmica contínua é considerada um dos aspetos mais relevantes na intervenção do enfermeiro em UCI, sendo de extrema importância na antecipação de focos de instabilidade e na avaliação das necessidades do doente crítico e da resposta aos fármacos e procedimentos realizados (Ahmed et al.,2016), permitindo a obtenção de dados relevantes para a manutenção adequada da perfusão de órgãos e para a consequente tomada de decisão (Alves & Sampaio, 2020).

A monitorização pode ser invasiva e não invasiva, sendo que, no decorrer deste EC, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes sob monitorização contínua com eletrocardiografia, avaliação de temperatura axilar ou esofágica, capnografia, BIS, INVOS e Pressão Arterial Invasiva (PAI). Nos diferentes métodos de monitorização,

compete ao enfermeiro verificar a correta colocação dos elétrodos, sensores e/ou sondas e proceder à sua substituição sempre que necessário e, no caso da PAI, proceder à calibração, vigiar a presença de sinais inflamatórios no local de inserção da linha arterial e realizar os cuidados inerentes, como a realização do tratamento ao local de inserção do cateter arterial. No entanto, para além das questões associadas à correta utilização dos dispositivos, é absolutamente essencial a capacidade de interpretação dos valores mensurados e de julgamento clínico para intervir a partir dos mesmos, o que exige experiência, conhecimento e competência na área.

Num dos primeiros turnos que efetuei na UCIP, um doente necessitou de ser entubado por ter deixado de apresentar movimentos respiratórios espontâneos após administração de Propofol. A equipa detetou o problema de imediato, tendo procedido à IOT de forma tranquila, rápida e eficaz. Esta situação fez-me perceber a importância de todos os elementos reconhecerem os sinais de alterações respiratórias que necessitem de suporte de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Este é um dos procedimentos mais frequentemente realizados no doente crítico, com o objetivo de substituir a atividade espontânea da ventilação quando o doente não é capaz de a manter de forma eficaz. Assim, na prestação de cuidados à PSC, o enfermeiro deve estar alerta e ser capaz de reconhecer os sinais de alarme, o material e os equipamentos necessários para proceder à IOT, bem como, no caso da prestação de cuidados a doentes sob VMI, saber interpretar os modos ventilatórios, os alarmes, os valores, as curvas obtidas no monitor do ventilador, os ruídos respiratórios e os sinais de assincronia doente/ventilador, torna-se fundamental para adaptar os cuidados prestados e prevenir complicações associadas à VMI, como o barotrauma, o pneumotórax hipertensivo, a pneumonia associada ao ventilador, entre outras (Miguel & Mendes, 2020).

Outro procedimento comum no doente crítico internado numa UCI é a Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR), devido à grande incidência de desenvolvimento de Lesão Renal Aguda, com aumento dos níveis séricos de creatinina, ureia, potássio e ácidos metabólicos, acúmulo de água e, na maioria dos casos, redução da diurese (Malho, 2021). Na UCIP, as técnicas contínuas são as mais comuns, pela sua maior tolerância hemodinâmica, proporcionada pela remoção gradual de solutos e líquidos, sendo que, dentro destas, a mais utilizada é a Hemofiltração Veno-Venosa Contínua. Para a realização desta técnica é necessária a colocação de um acesso vascular de duplo lúmen,

o que por si só, já exige a intervenção de um enfermeiro, com o objetivo de diminuir a ocorrência de complicações como hematoma local, isquemia distal, hemorragias em doentes com coagulopatias e infeção associada ao CVC. Por outro lado, o sucesso desta técnica extracorporal depende da sua continuidade durante as 24 horas, cabendo ao enfermeiro mantê-la sem interrupções o maior tempo possível, vigiar os circuitos e detetar precocemente possíveis complicações, já que, na TSFR, não só existe remoção de fluídos, como também de eletrólitos de forma não selecionada, sendo importante a monitorização e a substituição dos mesmos, se necessário (Malho, 2021).

Por fim, na UCIP, por ser centro de referência em ECMO, é frequente encontrarmos doentes sob esta técnica de suporte vital extracorporal. Esta técnica, de caráter temporário, visa o tratamento de doentes críticos com falência cardíaca ou pulmonar potencialmente reversível, quando todas as outras medidas de suporte orgânico artificial falharam. Assim, pretende-se que o ECMO seja uma ponte para a recuperação ou para tratamento definitivo (por exemplo: cirurgia cardíaca ou transplante) (CHUSJ, 2023).

Esta técnica permite o suporte respiratório nos doentes com falência respiratória grave, a redução da lesão pulmonar associada à ventilação mecânica, o suporte circulatório nos doentes com choque cardiogénico grave e a redução das complicações associadas ao suporte aminérgico (CHUSJ, 2023).

Na UCIP são utilizadas três modalidades de ECMO. A ECMO Veno-Venosa, utilizada em casos de falência pulmonar ou *Acute respiratory distress syndrome* grave, consiste na remoção de sangue rico em Dióxido de Carbono (CO_2) através de um acesso venoso de grande calibre, colocado na veia cava inferior ou femoral, que é impulsionado por uma bomba centrífuga através de um oxigenador/permutador de gases, onde o sangue é enriquecido com Oxigénio (O_2) e é removido o CO_2, sendo posteriormente devolvido ao doente, sangue rico em O_2, através de outra cânula, colocada na veia cava superior (OE, 2021).

A ECMO Veno-Arterial permite suportar o doente em situações de falência cardíaca e circulatória associadas ao choque cardiogénico grave, no peri e/ou pós-operatório de cirurgia cardíaca ou no contexto de reanimação cardiorrespiratória. Este método consiste na drenagem de sangue através de uma veia de grande calibre, que após percorrer o circuito extracorporal é devolvido ao organismo através de uma artéria. É

assim efetuado um bypass ao coração, de forma a permitir o seu descanso e recuperação (OE, 2021).

Por fim, quando se associa a falência cardíaca e circulatória à falência pulmonar, pode ser efetuada a técnica de ECMO Veno-Venosa Arterial. Nesta, o sangue é drenado a partir de uma veia, sendo devolvido posteriormente à circulação venosa e à circulação arterial, em simultâneo, através de uma bifurcação pós-membrana permutadora de gases (OE, 2021).

No entanto, por ser uma técnica de tratamento complexa, de alto risco e com custos elevados, exige uma equipa multidisciplinar diferenciada com capacidade de resposta imediata, de forma a intervir o mais precocemente possível nas complicações associadas ao tratamento de ECMO, podendo elas ser associadas à canulação (por exemplo: tamponamento cardíaco, perfuração vascular), à anticoagulação sistémica (por exemplo: hemorragia, trombocitopenia induzida pela heparina) ou ao circuito extracorporal (por exemplo: embolia gasosa e hemólise extracorporal) (CHUSJ, 2023).

Os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ECMO, nos quais tive oportunidade de colaborar, incluem assim, os cuidados ao circuito de ECMO, com a manipulação, o posicionamento e a fixação adequada das cânulas, garantindo a sua segurança e estabilidade, a vigilância da integridade cutânea e da presença de sinais inflamatórios nos locais de inserção dos acessos venosos. Implicam também a prevenção e a deteção precoce de complicações sistémicas, como a Lesão Renal Aguda, a hemorragia, a infeção e as complicações cardiopulmonares e neurológicas, sendo de grande importância nestes doentes, a vigilância circulatória dos membros, principalmente os distais aos locais de canulação, através da avaliação do tempo de preenchimento capilar, dos pulsos periféricos, da coloração dos membros e da monitorização contínua da saturação de oxigénio dos tecidos com recurso ao INVOS.

Assim, para a correta manipulação e prestação de cuidados adequados à pessoa submetida a estas técnicas (VMI, TSFR e ECMO), o enfermeiro especialista deve ser detentor de conhecimento sobre a anatomia, fisiologia e fisiopatologia dos vários sistemas corporais nelas envolvidos, de forma a intervir eficazmente na prevenção, antecipação e tratamento de possíveis complicações que possam ocorrer. Trata-se de um conhecimento e prestação de cuidados muito diferenciada e especializada, que exige conhecimentos específicos e uma grande capacidade de pensamento crítico-reflexivo, pelo que o EEEMC

na área da PSC é o profissional que melhor capacidade tem para dar resposta às múltiplas e complexas necessidades destes doentes.

Também no meu estágio de opção, tanto no SANP como no SMI, tive oportunidade de desenvolver competências na prestação de cuidados a doentes críticos do foro oncológico.

No SANP, por exemplo, intervi num caso de insuficiência respiratória hipoxémica e num caso de neutropenia febril e choque sético com disfunção multiorgânica.

Relativamente ao doente com insuficiência respiratória hipoxémica, este tinha recorrido ao serviço, acompanhado pela sua filha, por indicação do serviço de medicina nuclear por agravamento da sensação de dispneia após a realização de uma Tomografia por Emissão de Positrões (PET). Após a triagem foi alocado à área dos cadeirões, área pela qual a minha enfermeira orientadora (especialista em EEEMC na área da PSC) estava responsável. À primeira avaliação na área, o doente apresentava sinais de dificuldade respiratória (polipneia, adejo nasal, utilização de musculatura acessória, respiração ruidosa, cianose periférica e dessaturação), com ansiedade e inquietação marcados, não sendo capaz de se exprimir nem colaborar com os cuidados a serem prestados. De imediato, foi iniciada oxigenoterapia suplementar e solicitada observação médica, que assumiu uma possível reação de hipersensibilidade ao produto de contraste da PET, tendo prescrito terapêutica anti-histamínica e corticosteróides. No entanto, o doente não apresentou qualquer melhoria com a terapêutica administrada, sentindo-se cada vez mais desconfortável e inquieto, removendo continuamente a máscara de oxigénio e tentando sair do serviço. Por este motivo foi novamente pedida observação médica, que, após realização de gasometria arterial e por dificuldade no controlo da sintomatologia, ativou a equipa de emergência intra-hospitalar, tendo o doente, após estabilização com Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF) e realização de nebulizações com morfina e adrenalina, sido transferido para o SMI da instituição, onde permaneceu internado sob aporte de ONAF e monitorização contínua durante aproximadamente uma semana.

Relativamente ao doente com neutropenia febril e choque sético com disfunção multiorgânica, pude acompanhá-lo desde o processo de triagem até à sua transferência para o SMI. O utente recorreu ao SANP, acompanhado pela esposa, por apresentar franco agravamento do estado geral desde o dia anterior, com astenia intensa e picos febris refratários à administração de antipiréticos. Teria realizado tratamento de quimioterapia

há cerca de sete dias, pelo que se encontrava no nadir, que corresponde ao período de menor valor de contagem hematológica, após o qual é iniciado o período de recuperação medular, variando entro o 7º e o 14º dia após QT, consoante o esquema realizado (Santos & Sousa, 2021). À primeira avaliação na triagem, o doente apresentava hipotensão, taquicardia, dessaturação em ar ambiente, palidez mucocutânea, sudorese intensa e lentificação psicomotora acentuada. Foi de imediato transferido para a área das macas e informada a médica oncologista de apoio ao serviço, tendo iniciado oxigenoterapia, colhidas várias análises, incluindo rastreio sético e gasometria arterial (onde foi verificada acidose metabólica e hiperlactacidémia), puncionado para a realização de fluidoterapia em perfusão rápida e antibioterapia e algaliado para contabilização da diurese, tendo sido verificada a presença de oligoanúria. Por ausência de resposta à fluidoterapia administrada e por suspeita de disfunção multiorgânica (cardiovascular, respiratória e renal), foi contactado o médico intensivista, que autorizou a transferência do doente para o SMI, onde iniciou fármacos vasopressores.

Embora não tenha tido oportunidade de acompanhar o processo de tratamento no SMI, quando o doente suspendeu a perfusão de noradrenalina, acabou por ser transferido para o serviço onde trabalho, tendo tido alta clínica poucos dias após, sem necessidade de oxigenoterapia suplementar e capaz de realizar autonomamente as suas atividades de vida diárias.

Já no SMI, pude prestar cuidados a utentes com neutropenia febril, choque sético, choque cardiogénico, insuficiência respiratória grave, doença do enxerto contra o hospedeiro, hemorragias tumorais de difícil controlo e síndrome de abstinência alcoólica, com necessidade de estabilização hemodinâmica e de recurso a medidas de suporte de vida.

Neste serviço, à semelhança da UCIP, os doentes encontram-se monitorizados de forma contínua e é relativamente frequente encontrarmos doentes sob suporte vasopressor, sob ONAF ou VMI e sob TSRC.

Entre as técnicas de monitorização hemodinâmica invasiva existentes, neste serviço a equipe médica decidiu recorrer, por duas vezes, ao sistema PiCCO, por permitir a avaliação intermitente e contínua do débito cardíaco, em doentes com instabilidade hemodinâmica e necessidade de controle hídrico adequado. Para a mensuração do débito cardíaco, é necessária a cateterização venosa central para vigilância do estado

hemodinâmico venoso e da cateterização arterial central (axilar/femoral) para vigilância do estado hemodinâmico arterial, sendo que a necessidade destes dispositivos, acarreta, por si só, riscos de infeção e iatrogenidade associados à colocação e manutenção dos mesmos. Posteriormente, para obtenção dos resultados, é necessário proceder a um ponto hemodinâmico, que consiste na calibração através de termodiluição, com três a cinco bólus de solução salina fria, de forma a obter as variáveis de água pulmonar extravascular e o volume de sangue no final da diástole (Alves & Sampaio, 2020).

Considero assim, que na prestação de cuidados à PSC, executei procedimentos técnicos de alta complexidade, dei continuidade aos cuidados prestados, responsabilizando-me sempre pelas decisões tomadas e pelos atos praticados e delegados.

Em todo este processo, de forma a garantir a continuidade e a qualidade de cuidados, utilizei a metodologia do Processo de Enfermagem. Este processo contínuo e dinâmico visa a organização sistemática e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Adamy et al., 2022). A sua implementação consiste na realização de uma avaliação inicial, dos diagnósticos de enfermagem identificados, do planeamento e execução das intervenções de enfermagem e da posterior avaliação da eficácia das mesmas, permitindo adequar os cuidados às necessidades do doente.

Assim, com base neste processo metodológico, progressivamente, fui capaz de identificar focos de instabilidade mais precocemente, referenciando-os para a equipa multidisciplinar e contribuindo para a minimização dos efeitos indesejáveis.

As intervenções de enfermagem podem ser classificadas como autónomas ou interdependentes, conforme descrito no Regulamento n.º 613/2022 da OE, que define o ato do enfermeiro. São consideradas intervenções autónomas aquelas que são realizadas sob única e exclusiva responsabilidade do enfermeiro e por intervenções independentes, as que estão dependentes do plano de ação previamente definido pelas equipas multidisciplinares, com vista a atingir um objetivo em comum (OE, 2022).

De acordo com a Decreto-Lei n.º 161/96, relativo ao REPE, os enfermeiros, "*procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*" (p.99).

Assim, inserida nas intervenções interdependentes de enfermagem, encontra-se a administração de protocolos terapêuticos complexos. No entanto, apesar de ser uma intervenção interdependente pelo facto da prescrição do medicamento ser efetuado por outro grupo profissional, os enfermeiros têm autonomia na gestão de sintomas, através da validação da prescrição, preparação, administração e monitorização da resposta terapêutica (OE, 2017). Posto isto, a decisão de administrar os medicamentos, deve ser sustentada em conhecimentos científicos e na experiência que suporta a ação do enfermeiro (OE, 2017).

Estes protocolos terapêuticos, são fundamentais na manutenção da vida e no processo de tratamento dos doentes, mas também podem ser causadores de muitos efeitos adversos, pelo que compreender o mecanismo farmacocinético e a farmacodinâmica, conhecer os efeitos secundários, detetá-los e saber como os atenuar, é um processo absolutamente indispensável na garantia de cuidados de qualidade e segurança.

Embora no decorrer dos EC não tenha procedido à administração de terapêutica antineoplásica, este procedimento faz parte do meu dia-a-dia no Serviço de Medicina Oncológica em que trabalho, para além de, nos diferentes campos de estágio, ter tido oportunidade de prestar cuidados a doentes oncológicos com efeitos secundários associados a este tratamento.

Os protocolos terapêuticos antineoplásicos, utilizados no tratamento e/ou controlo da doença oncológica, são complexos, administrados por longos períodos de tempo e por diferentes vias de acesso, sendo as mais comuns, a intravenosa e a oral. Existem, no entanto, fármacos que permitem a sua administração por via subcutânea, intratecal, intravesical, entre outras (OE, 2023).

De acordo com a OE, em 2023, a complexidade e particularidade das Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas (TANPS), a sua administração deve ser realizada por enfermeiros com conhecimentos específicos na área da oncologia, de forma a assegurar um atendimento integral, preventivo, efetivo e oportuno. Para tal, é essencial ter conhecimento sobre objetivo e modo de administração da TANPS, do protocolo terapêutico (horário, frequência, via e intervalo entre ciclos), plano de tratamento previsto, efeitos secundários mais frequentes e respetivos sinais e sintomas de alerta, bem como estratégias farmacológicas e não farmacológicas para a gestão dos mesmos.

Conhecer, avaliar e agir precocemente perante as reações infusionais e/ou de hipersensibilidade mais comuns durante a administração de TANPS, constitui um elemento-chave para a resolução célere da situação (OE, 2023; Ponte et al, 2021). Os sinais e sintomas das reações infusionais podem variar entre reações cutâneas eritematosas e reações anafiláticas graves, com potencial risco de letalidade, pelo que a profilaxia primária com corticoterapia e terapêutica anti-histamínica é essencial para a redução da incidência e da gravidade das reações infusionais. Também a existência de uma equipa multidisciplinar com conhecimento sobre os fármacos com maior potencial de causar reações infusionais, a deteção e atuação precoce, permite uma melhor gestão do protocolo terapêutico (Ponte et al., 2021).

Nos diferentes EC, tive ainda a oportunidade de gerir protocolos terapêuticos complexos relacionados com a VV AVC e com o SAV, e de administrar fármacos com os quais tinha tido pouco ou nenhum contacto previamente, como vasopressores, vasodilatadores, sedativos, relaxantes musculares, heparina não-fracionada em perfusão contínua, entre muitos outros. Assim, pude desenvolver conhecimento sobre esta temática e participar na monitorização e avaliação das respostas aos fármacos administrados para correção dos problemas identificados, de forma a atuar precocemente nas possíveis complicações decorrentes da aplicação dos diferentes protocolos farmacológicos.

Entre os protocolos terapêuticos que tive oportunidade de gerir, encontrava-se a sedo-analgesia, já que a gestão da sedação e o controlo da dor eram dois dos principais focos de atenção da equipa multidisciplinar da UCIP e do SMI. Assim, ao abordar esta temática da gestão de protocolos terapêuticos, acabo por, inerentemente, abordar outra vertente do cuidado à PSC: a gestão diferenciada da dor e do bem-estar.

A sedação em cuidados intensivos tem implicação no prognóstico do doente. Utilizada com o objetivo de tratar a doença subjacente, facilitar a tolerância à terapêutica e aos dispositivos invasivos, reduzir o consumo de oxigénio, manter a segurança do doente e da equipa em caso de *delirium* hiperativo e realizar procedimentos invasivos, a sedação está também associada a um aumento da mortalidade, do tempo de necessidade de suporte com VMI e do tempo de internamento na UCI e no hospital (Monte, 2020). Assim, a sedação prolongada e profunda, comum no passado, foca-se agora em protocolos de sedação ligeira, com recurso a múltiplos fármacos de modo a beneficiar de efeito sinérgico (Máximo & Puga, 2021). Os fármacos sedativos mais utilizados nas duas UCI

onde estagiei, eram o propofol, o midazolam e a dexmedetomidina, isolados ou em associação. Sendo que, no SMI, existe um documento protocolar, que permite aos enfermeiros fazerem a gestão do fármaco Dexmedetomidina, consoante a resposta do utente ao sedativo, podendo aumentar ou reduzir o ritmo de perfusão com base em critérios como o tempo de perfusão, o valor obtido na *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) e o perfil tensional.

A escala de RASS é uma das escalas validadas mais utilizadas em cuidados intensivos para avaliação da profundidade de sedação e está associada a uma melhoria do prognóstico do doente, com diminuição da duração da VMI, do tempo de internamento, da incidência de *delirium* e da disfunção cognitiva a longo prazo (Máximo & Puga, 2021; Monte, 2020). Nestas unidades, era ainda utilizada a monitorização não invasiva através do monitor de BIS ou SedLine, que consiste na medição da atividade elétrica cerebral através de um eletroencefalograma, permitindo avaliar o nível de sedação dos doentes e ajustar a dosagem de medicação consoante o valor obtido, evitando-se assim erros na prescrição da sedação, por excesso ou por defeito. A utilização deste tipo de monitorização tem um grande contributo para a qualidade dos cuidados, através da prevenção da dor e da ansiedade que os doentes podem sentir se a sedo-analgesia não estiver adequada e na redução dos efeitos secundários associados aos fármacos sedativos (Malho, 2021).

Por outro lado, a preocupação com a gestão da dor está presente em todos os serviços onde realizei os EC. A dor constitui um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde e provoca sofrimento e redução da qualidade de vida (DGS, 2018), sendo definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como "*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos"* (2020, p.1). Por ser uma experiência pessoal, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, é considerado um conceito subjetivo, pelo que o relato da pessoa deve ser sempre respeitado (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020).

A dor é um fenómeno fisiológico transversal a quase todo o processo patológico, sendo que, na PSC, pode ser resultante da doença primária que motivou a procura do SU ou o internamento na UCI, mas também dos procedimentos invasivos realizados a estes doentes (Arias-Rivera et al., 2020).

Também fortemente associada à doença oncológica, a dor está presente em aproximadamente 50% dos doentes oncológicos e ao longo das várias fases da doença (40% na fase inicial, 70% na doença avançada e 90% em fase terminal), tornando-se assim num dos sintomas mais prevalentes e que mais desconforto e incapacidade provoca a estes doentes (Cordeiro et al., 2022).

Definida como a dor associada à doença, a dor oncológica, incorpora uma variedade de fatores etiológicos, fisiopatológicos e subtipos anatómicos, sendo classificada pelo ICN (2019), como a concomitância de dor aguda e crónica associadas à invasão de células cancerígenas no corpo. É também considerada uma dor imprecisa, assustadora ou insuportável, que é acompanhada de insónia, irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desespero e desamparo (ICN, 2019).

No que diz respeito à sua classificação, esta pode ser feita através de dois critérios: temporal ou estrutural. A nível temporal, a dor pode ser classificada como aguda, crónica e irruptiva. A nível dos mecanismos fisiológicos, pode ser classificada como nociceptiva (somática ou visceral), neuropática ou mista (Fragoso & Fontanete, 2022).

Importa também compreender a história da dor, que pode ser derivada de causa tumoral direta, decorrente dos tratamentos ou indiretamente associada à doença, como a imobilização por alectuamento ou a dor por ferida (Cordeiro et al., 2022), podendo também estar relacionada com aspetos cognitivos, emocionais e socioambientais (Fragoso & Fontanete, 2022), o que vai de encontro ao conceito de Dor Total inicialmente elaborado por Cicely Saunders em 1964, que defende que todos os aspetos da vida do doente concorrem para a dor.

Aos enfermeiros, enquanto profissionais com maior tempo de contacto direto com os doentes, compete procurar compreender a dor que o doente sente, através das suas características individuais: localização, irradiação, frequência, duração, fatores de alívio e de exacerbação e intensidade (Cordeiro et al., 2022).

De forma a avaliar a intensidade da dor, podem ser aplicadas escalas como a Escala Numérica, a Escala Visual Analógica, a Escala Qualitativa ou a Escala de Faces (Costa, 2020). No entanto, tanto no SUP, como na UCIP e no SMI, muitos dos doentes, não conseguem verbalizar a presença de dor, por alteração do estado de consciência, por efeitos da terapêutica sedativa ou pela presença de um tubo orotraqueal, sendo que, nestes casos, devem ser aplicadas escalas de avaliação comportamental como a *Behavioral Pain*

Scale (BPS), que inclui três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória) (Pinho et al., 2016).

No que diz respeito ao controlo da dor, cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, a adoção de estratégias de prevenção e controlo da dor, através de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, junto da pessoa alvo dos cuidados, com o objetivo de maximizar o seu bem-estar numa vertente holística (DGS, 2013; OE, 2008), tendo em conta que a gestão e controlo da dor não depende apenas da natureza do estímulo doloroso, mas também das expectativas e crenças de cada pessoa e do estado cognitivo e emocional em que se encontram (Cordeiro et al., 2022).

Nos diferentes campos de estágio, senti que a gestão da dor era uma questões muito relevante para os diferentes profissionais. No SUP, a intensidade da dor é um dos critérios que define a prioridade de atendimento, assim, durante a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester, o nível de prioridade atribuída aumenta quanto mais intensa for a dor, o que faz com que os utentes sejam observados pela equipa médica mais rapidamente. Já no SANP, em casos de dor intensa, o enfermeiro atribuído ao posto de triagem, sinalizava o doente à equipa médica e de enfermagem, de forma ao atendimento ser mais célere.

Na UCIP e no SMI, a monitorização da dor era realizada e registada nas folhas terapêuticas próprias, pelo menos de duas em duas horas, sendo utilizada a escala mais adequada à condição clínica e limitações do utente.

No que diz respeito ao controlo da dor, na UCIP e no SMI, este era essencialmente feito com recurso a fármacos analgésicos, anti-inflamatórios ou opióides, em perfusão continua ou em bólus, consoante o fármaco e as características da dor do doente. Aliado a estas medidas, eram aplicadas medidas de controlo não farmacológico, como a aplicação de frio/calor, o posicionamento, a massagem de conforto e a distração (através do fornecimento de uma televisão, por exemplo), entre outras. Sendo que, Mota et al. (2019) acrescentam a estas a estimulação elétrica nervosa transcutânea, a elevação dos membros, a promoção do sono, a presença de familiar/pessoa significativa e a musicoterapia como medidas não farmacológicas para o controlo da dor.

Por ser centro de processos não intencionais, a pessoa vê as suas funções fisiológicas influenciadas pela sua condição psicológica, pelo seu bem-estar e pelo seu conforto, pelo que os enfermeiros têm um papel preponderante na procura de um estado de equilíbrio (OE, 2017).

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2023), os conceitos de bem-estar e conforto encontram-se interligados, já que bem-estar é considerado um estado de contentamento físico e espiritual, de tranquilidade e de conforto, enquanto conforto é definido como uma sensação de bem-estar e comodidade.

No que diz respeito à área de enfermagem, o conforto surge como algo inerente e essencial ao cuidado, sendo um conceito explorado por diversas teóricas de enfermagem, das quais se destacam Janice Morse e Katharine Kolcaba. Com base nestas teóricas, o conforto pode ser considerado uma necessidade humana básica, uma parte integrante da assistência em enfermagem ou o resultado desejado dos cuidados prestados à pessoa (Martins et al., 2022).

Os conceitos podem ser dinâmicos e sofrer transformações e evoluções, no entanto, apesar do conceito de conforto do ICN (2019) ser mais recente que o das teóricas de enfermagem mencionadas, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a definição de conforto está apenas relacionada com a dimensão física da pessoa, correspondendo a uma sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (ICN, 2019). Enquanto isso, Katharine Kolcaba (2003), na sua Teoria de Conforto, vê-o como uma experiência imediata, fortalecida pelas sensações de alívio, tranquilidade e transcendência, que se desenvolvem em quatro contextos: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, indo além da ausência de dor ou de outros desconfortos físicos.

Neste sentido, o desconforto pode ser provocado por diversas necessidades não satisfeitas da pessoa internada, sendo que, fatores como o processo de doença, o desconhecido, a despersonalização, os sentimentos de medo e insegurança, as condições ambientais como o ruído, a luminosidade e a temperatura, são fatores que agravam a sensação de desconforto dos utentes nas unidades hospitalares.

Por conseguinte, o conforto é visto como a satisfação das necessidades humanas básicas, que resultam do cuidado de enfermagem e que é proporcionada através de intervenções denominadas medidas de conforto (Kolcaba, 2003).

Estas medidas constituem um processo conseguido através de intervenções físicas, como posicionar o paciente adequadamente, aliviar a dor, assegurar a alimentação e os cuidados de higiene, mas também psico-espirituais, como fornecer ajuda e/ou encorajamento, ambientais, através da gestão do mesmo e sociais, ao envolver a família nos cuidados prestados e providenciar meios de distração (Ponte & Silva, 2015).

Garantir o conforto na prestação de cuidados de saúde nem sempre é fácil, por ser um conceito multidimensional e subjetivo, fortemente dependente das experiências individuais e pelo ambiente hospitalar por si só e os sentimentos e emoções a ele associadas, como a fragilidade e a vulnerabilidade.

No SUP, a promoção do conforto dos utentes constitui um grande desafio para os enfermeiros. As condições estruturais do serviço e a sua sobrelotação, aliados ao *stress*, à sintomatologia, ao sentimento de incerteza e à perda de identidade e privacidade, podem ser causadores de um enorme desconforto (Ponte et al., 2019).

De acordo com um estudo realizado por Ponte et al. (2019), os utentes dos SU referiram desconfortos de ordem física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Sendo que, os principais motivos de desconforto a nível físico identificados, foram a dor e o desconforto no leito/macas; a nível psicoespiritual, a ansiedade provocada pela demora no atendimento e a falta de esclarecimento das dúvidas manifestadas; a nível ambiental, o ambiente sobrelotado, barulhento e a visualização da severidade das condições clínicas de outros doentes (feridas, fraturas expostas, queimaduras, paragem cardiorrespiratória, óbitos, entre outras situações que podem ser observadas nos SU); e a nível sociocultural, a ausência de acompanhamento por familiares ou pessoas de referência e a atitude dos profissionais de saúde.

Os internamentos na UCI também podem ser causadores de um desconforto considerável aos doentes e às respetivas famílias. Tavakoli et al. (2022), identificaram como motivos de desconforto a ansiedade pela hospitalização, o medo da incapacidade e da morte, a separação da família/pessoa de referência, a ambiguidade e contradição no processo de tratamento, o ambiente (ruído, iluminação, temperatura ambiental e a presença de múltiplos dispositivos médicos), a imobilidade e a privação do sono. Sendo que, como estratégias para alívio do desconforto os utentes recorreram à espiritualidade, ao enfrentamento psicossocial e à procura de informação.

Por fim, no que diz respeito às pessoas portadoras de doença oncológica submetidas a tratamento antineoplásico, Ferreira et al. (2017), identificaram que os principais desconfortos sentidos estavam relacionados com os efeitos secundários do mesmo, como a náusea, os vómitos, a alopecia e a alteração da imagem corporal. Compreenderam também que a sensação de alívio, tranquilidade e transcendência era facilitada com a redução da intensidade e a frequência dos sintomas, o aumento do conhecimento relativo

à gestão dos mesmos, a aceitação do processo de doença e da alteração da imagem corporal e o contacto direto com os profissionais de saúde.

Já nos doentes oncológicos em progressão da doença e em fim-de-vida, no contexto físico, o desconforto estava relacionado com a dor crónica, a perda de apetite, a náusea, a obstipação, a insónia, a fadiga, a mobilidade física prejudicada, a perda de autonomia e o descontrolo sintomático; na dimensão psicoespiritual, relacionava-se com a ansiedade relacionada à morte, a baixa autoestima, a tristeza, o medo e o sofrimento espiritual; no contexto sociocultural, envolviam os processos familiares disfuncionais (Reis & Jesus, 2021).

Em todo este processo, também os familiares e/ou cuidadores, encontram-se em situação de desconforto pela ansiedade, privação de convívio, possibilidade de perda, mudança na rotina da vida familiar e necessidade de se adequar às rotinas da instituição de internamento (Ponte et al., 2019).

Entre as medidas de promoção de conforto descritas nos diferentes estudos (Ferreira et al., 2017; Ponte et al., 2019; Reis & Jesus, 2021), foram mencionados o alívio dos sintomas físicos através da administração de medicação ou realização de tratamento de feridas, o bom relacionamento com a equipa de saúde e a comunicação empática por parte desta, a presença de familiares ou de dispositivos de comunicação e distração (como os telemóveis e a televisão) e a gestão ambiental.

Os profissionais de enfermagem foram mencionados como os principais responsáveis pelo conforto nesses doentes (18 vezes numa amostra de 85 pessoas) e o alívio da dor foi citado como a maior fonte de conforto (Ponte et al., 2019). Assim, na prestação de cuidados de conforto, é essencial que o enfermeiro compreenda as necessidades do paciente em todos os seus domínios (biológico, emocional e comportamental), aceitando que o alívio do desconforto vai além de intervenções físicas e que permitir a expressão de sentimentos, pode ser fundamental para o conseguir (Ponte et al., 2019).

No que diz respeito à minha prática nos EC, procurei sempre estabelecer a promoção de conforto no processo de enfermagem dos utentes sob a minha responsabilidade. Assim, procurei compreender quais os fatores que lhes provocava maior sensação de desconforto e intervir com base nisso, proporcionando-lhes alívio da dor através da gestão farmacológica e não farmacológica, posicionando-os com a

frequência adequada e gerindo a terapêutica previamente se soubesse que esse posicionamento seria causador de dor, fornecendo a alimentação a quem não tinha contraindicação para se alimentar, prestando os cuidados de higiene e conforto, abordando o utente e a família com calma e empatia e garantindo a maior privacidade possível, obtendo o consentimento para os procedimentos que iria realizar quando os doentes estavam conscientes para o fazer, oferecendo a possibilidade de o utente falar com os familiares pelo telefone do serviço (no caso do SMI), facilitando as visitas e permitindo o seu envolvimento nos cuidados, disponibilizando uma televisão como meio de distração (na UCIP e no SMI) e gerindo o ambiente físico.

Desta forma, interligado ao conceito de conforto, encontra-se o da comunicação e da criação de relações terapêuticas, já que, como referido por Ponte et al. (2019), a ausência de respostas e de esclarecimentos e a atitude e comportamento dos profissionais são elementos potenciadores de desconforto para os utentes.

De acordo com a OE "*o exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)*" (2012, p. 5). Também no Regulamento n.º 429/2018, a OE atribui ao EEEMC à PSC a gestão da comunicação interpessoal, o estabelecimento de uma relação terapêutica e a assistência nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, tanto à PSC, como ao seu familiar/cuidador.

A comunicação é essencial para um cuidado de qualidade, permitindo otimizar os cuidados prestados, encorajar a expressão de sentimentos e ideias e transmitir aceitação e respeito (Yoo et al., 2020). Ao fazê-lo, inicia-se também a construção de uma relação terapêutica eficaz.

Assim, aos enfermeiros, por serem os profissionais que atuam de forma mais próxima aos doentes/famílias, é exigido muito mais que habilidades técnicas, sendo da sua responsabilidade, interpretar as respostas humanas, selecionar as intervenções apropriadas e avaliar o resultado alcançado. Por conseguinte, no exercício diário da prática de enfermagem são estabelecidas relações interpessoais com o utente/família, nas quais deve sempre ser mantido o respeito pelos direitos e pela dignidade humana, o que requer que os cuidados prestados tenham em vista uma filosofia de humanização, através do desenvolvimento de relações de empatia, carinho e respeito com o doente e família (Anguita et al., 2019).

No entanto, a comunicação interpessoal, a criação de relações terapêuticas e a prática de cuidados humanizada exigem tempo, predisposição, atenção e adequação, o que por vezes os profissionais de saúde, no decorrer de uma prática sobrecarregada e emergente, acabam por descurar. A comunicação ineficaz provoca queixas e ansiedade nos doentes, períodos de internamento hospitalar mais prolongados, aumento da mortalidade, esgotamento, *stress* no trabalho e aumento da rotatividade de profissionais (Yoo et al., 2020).

No SU, a quantidade de pessoas, a impessoalidade dos atendimentos, o espaço físico, a doença aguda e/ou agudização da doença crónica, são fatores que provocam ao doente e à sua família a imagem de um ambiente hostil, que exacerba os níveis de ansiedade e angústia já sentidos previamente e conduz a uma atmosfera de insegurança e atitudes defensivas, em nada facilitadoras do estabelecimento de uma relação terapêutica (Shin & Yoo, 2023).

O enfermeiro do SU, lida assim com uma multiplicidade de emoções da parte das pessoas que recorrem à urgência, o que impõe uma flexibilidade, um saber-estar e uma gestão emocional de elevada complexidade. No entanto, num SU sobrelotado, muitas vezes a comunicação terapêutica e o estabelecimento de relações empáticas não são tidas como prioridade, sendo priorizadas as competências técnicas, a rapidez e a agilidade.

Numa UCI, a comunicação e a criação de relações terapêuticas com o doente, são dificultadas pela condição clínica dos mesmos, já que muitos apresentam alteração do estado de consciência, seja ela induzida por fármacos ou pela própria patologia, ou têm a sua capacidade de comunicação verbal impedida pela presença de um tubo orotraqueal, ou pela própria doença, o que condiciona a sua capacidade de se exprimir, dar a sua opinião e partilhar as suas crenças.

A prestação de cuidados a doentes conscientes, mas sem voz, é um desafio. Embora a redução da sedação seja benéfica, tanto pela melhoria do prognóstico clínico dos doentes, como pela maior oportunidade de os envolver nos cuidados e obter informação sobre os seus sintomas, a dificuldade em se expressarem e comunicarem livremente, pode ser geradora de ansiedade e sensação de impotência (Nyhagen et al., 2023).

A escrita, a mímica labial, as expressões faciais e os gestos, são formas que os doentes com a capacidade de comunicação comprometida adotam. No entanto, a sua compreensão nem sempre é fácil, pelo que a família tem um papel fundamental na

interpretação dos sinais apresentados pelos doentes (Nyhagen et al., 2023). Para além de colaborarem na transmissão da história clínica e de informações sobre a cultura, crenças e valores do doente, sendo assim um excelente intermediário na comunicação com os mesmos e facilitadores da humanização dos cuidados prestados.

Por outro lado, a comunicação pode ser prejudicada pela existência de barreiras que dificultam ou impedem a comunicação adequada, tal como o ambiente físico, o ruído ambiental, o *stress*, os sentimentos de medo e insegurança sob os quais a família se encontra e a situação em que a interação ocorre. Assim, o enfermeiro e o doente/família até podem estar dispostos a comunicar e criar relações terapêuticas, mas se não existir um ambiente tranquilo e privado, com menos ruído e fatores desestabilizadores da atenção, essa comunicação nunca será verdadeiramente efetiva.

Nesse sentido, tanto a UCIP como o SMI, possuem um espaço próprio, onde médicos e enfermeiros podem falar com as famílias, de forma privada, tranquila e sem a presença de ruídos e fatores de distração.

Embora estes espaços sejam destinados à transmissão de informação sobre condição clínica, como os prognósticos, expectativas, procedimentos a realizar, pude verificar que os profissionais de saúde as associam, maioritariamente, à transmissão de más notícias, como o mau prognóstico, a fatalidade a curto prazo e o óbito.

Encarar e compreender a morte como um processo natural continua a ser difícil para a população em geral e para os profissionais de saúde, principalmente em unidades destinadas ao tratamento emergente intensivo, como é o caso do SU e da UCI (Bugança & Kretzer, 2022). Ainda assim, a morte está presente em todos os locais e no quotidiano dos campos de estágio por onde passei.

A forma do profissional de saúde reagir à fase terminal de um doente é bastante distinta. Há quem a considere como um fracasso, que se culpabilize, que crie mecanismos de defesa como o distanciamento, o que cria lacunas na prestação de cuidados humanizados ao doente e à respetiva família (Bugança & Kretzer, 2022).

Lidar com a finitude da vida e com a morte é algo familiar no meu dia-a-dia, no entanto, com a realização dos EC, pude vivenciar a diferença entre um processo de fim-de-vida já esperado e a morte num contexto súbito, como a paragem cardiorrespiratória. A morte, no serviço em que trabalho, é, frequentemente, vista como o alívio de um longo processo de sofrimento e a equipa de enfermagem esforçasse por garantir o maior

conforto e dignidade possível ao doente em fase terminal ou agónica e no apoio à família e pessoas de referência. Em contrapartida, na sala de emergência de um SU e numa UCI, os sentimentos e emoções vivenciadas, são completamente diferentes, já que perceber que as medidas implementadas para salvar a vida do doente não foram suficientes, gera sentimento de impotência, frustração, fracasso e culpa (Bugança & Kretzer, 2022).

Ainda assim, verifiquei que, sempre que possível, as diferentes equipas de enfermagem e médica, procuravam avisar a família do desfecho fatal a curto prazo com antecedência e facilitavam as visitas, de forma a permitir a despedida dos familiares mais próximos, para além de procurarem garantir o máximo de privacidade possível em todo o processo.

Nos campos de estágio por onde passei, a transmissão de más-notícias era, na sua grande maioria, realizada pela equipa médica, com exceção de uma situação em que o médico delegou ao enfermeiro especialista em saúde mental e a um psicólogo, a transmissão da notícia de um óbito por suicídio.

De acordo com a Lei n.º 141/99, a verificação do óbito compete ao médico, no entanto, a comunicação da notícia de morte aos familiares, pode ser delegada a outro profissional de saúde. Desta forma, a responsabilidade pela transmissão desta notícia é, com frequência, delegada aos enfermeiros, por serem o grupo profissional que mais tempo permanece junto aos doentes e familiares e pelo conhecimento do processo de perda e das emoções a ele associadas (OE, 2013).

Por conseguinte, na prestação de cuidados, não deve ser descurado nem minimizado o papel de família/cuidador da PSC, que se vê perante uma experiência traumática súbita, potenciadora de sentimentos intensos relacionados com o medo, a vulnerabilidade, a incerteza do prognóstico e o ambiente tecnologicamente desconhecido, e levanta questões desafiantes, como a finitude da vida (Sá & Velez, 2021).

Neste sentido, é importante que os profissionais de enfermagem invistam na relação terapêutica enfermeiro-doente/família, sendo o EEEMC à PSC, elemento preponderante na coordenação e gestão dos cuidados prestados, ao ser capaz sensibilizar e liderar, de forma fundamentada, a equipa multidisciplinar, no desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de humanização e desenvolver protocolos de atendimento, que sejam facilitadores da prática diária e potenciem a prestação de cuidados organizados, seguros e de qualidade.

Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE, o enfermeiro especialista em EMC na área da PSC tem como competência a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe.

A OE, nesse mesmo regulamento, define o conceito de emergência, como situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, e ameaça a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando assim a vítima em risco de vida, sendo que nestas situações a assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata.

Já uma situação de exceção, ocorre quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, o que condiciona a atuação das equipas de emergência médica, que necessitam de coordenar e gerir os recursos humanos e técnicos disponíveis (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012). Nestas situações, incluem-se incidentes com multivítimas, que são definidos pela *World Health Organization* (WHO, 2022) como desastres e incidentes graves caracterizados pela quantidade, gravidade e diversidade de vítimas, que sobrecarrega a capacidade dos recursos médicos e tem impacto não só sobre as vítimas e os profissionais de saúde, mas também sobre toda a comunidade.

O conceito de catástrofe encontra-se definido na Lei de Bases da Proteção Civil, no Artigo 3.º da lei n.º 27/2006, de 3 de julho, republicada a 3 de agosto de 2015, como "*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*." (p. 5316).

Com relativa frequência a nível mundial, as pessoas são confrontadas com situações de exceção e catástrofe, como surtos de doenças infeciosas, fenómenos naturais como aluviões, cheias e/ou inundações, ondas de calor e vagas de frio, incêndios florestais ou urbanos/industriais, colapsos de edifícios, entre muitos outros, que podem levar a consequências significativas na saúde pública, económica, política e social (WHO, 2019; INEM, 2012).

A nível nacional estas situações não têm provocado um grande número de vítimas, salvo situações muito excecionais (INEM, 2012), no entanto, com as alterações

climáticas, a urbanização não planeada, o crescimento populacional, a migração e fragilidade social, a frequência, a gravidade e o impacto de situações de exceção e catástrofe têm vindo a aumentar a nível mundial (WHO, 2019). De tal forma que, anualmente, cerca de 190 milhões de pessoas são diretamente afetadas por emergências causadas por riscos naturais e tecnológicos, resultando em mais de 77 mil mortes (WHO, 2019).

Pelo risco de ocorrerem eventos súbitos suscetíveis de excederem a capacidade do sistema de saúde, a qualquer momento e em qualquer lugar, são necessários sistemas de atendimento de emergência preparados e eficazes, desde o pré-hospitalar até aos vários serviços hospitalares, como os SU e os SMI (WHO, 2022; Setyawati et al., 2020).

O EEEMC na área da PSC, tem um papel fundamental na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, por ser elemento com conhecimento e competência na prestação de cuidados a doentes críticos e na realização de triagem primária e secundária bem como capacidade de planear, intervir e gerir a resposta, o que possibilita a eficácia e eficiência da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, contribuindo para a redução de potenciais danos (Setyawati et al., 2020; OE, 2018).

Embora, no decorrer dos EC, não tivesse vivenciado nenhuma situação de exceção, nem tivesse tido oportunidade de realizar simulacros, de forma a treinar os planos de resposta e gestão de cuidados, considero que, no decorrer do curso, foram desenvolvidas atividades que me permitiram compreender e adquirir as competências relativas a este domínio.

Assim, na unidade curricular "Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe", colaborei na realização de um trabalho de grupo referente à elaboração de um plano de intervenção numa situação com multivítimas, onde simulamos um processo de triagem primária e secundária, estabilização, evacuação e transporte das vítimas.

No EC realizado no SUP, tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a três vítimas politraumatizadas de um acidente de automóvel, assistir ao diagnóstico e salvaguarda de vestígios de indícios de crime e consultar o Plano de Emergência Externa do SUP referente aos acidentes graves, catástrofes ou calamidades, ocorridas fora das instalações do hospital. Na UCIP, pude consultar o Plano de Emergência Externo da unidade hospitalar. E na instituição onde trabalho e realizei o EC opcional, consultei o Plano de Emergência Interno, elaborado pela Comissão de Catástrofe da instituição e que

se encontra disponível na *Intranet* da unidade hospitalar, acessível a todos os colaboradores. Para além deste plano, em cada serviço existe um plano de evacuação devidamente exposto e relativamente fácil de seguir. No entanto, apesar disto, considero que grande parte dos colaboradores não tem conhecimento deste plano, ou nunca procedeu à sua leitura atenta, pelo que seria importante a formação, o treino e avaliação sobre esta temática, de forma a evitar a improvisação, detetar falhas, normalizar procedimentos e facilitar a coordenação intra e inter-hospitalar.

Por outro lado, de acordo com o Relatório da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação (Paiva et al., 2017), os SMI devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, quer seja no serviço de urgência através de presença nas salas de emergência, nas unidades intensivas e intermédias ou no internamento, através das equipas de emergência interna, que podem intervir ou prestar consultadoria.

Neste sentido, no meu projeto de autoformação, defini como uma das atividades a realizar no EC de opção no SMI, a participação num processo de ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, no entanto, tal não foi possível, já que, nos turnos em que estive presente e em que existiu um contacto telefónico para o número de emergência interno, acabaram por ser situações que não justificavam a ativação da equipa, como a ocorrência de quedas sem alteração do estado de consciência.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

O EEEMC na área da PSC, enquanto profissional diferenciado e com conhecimento das mais recentes normas e recomendações relativas à Prevenção e Controlo de Infeção e da Resistência a Antimicrobianos, deve intervir e capacitar a equipa a exercer as melhores práticas possíveis, liderar o desenvolvimento de projetos no âmbito da melhoria continua da qualidade e conceber estratégias que visem a redução das infeções que poderão ocorrer durante a prestação de cuidados, de forma a dar resposta à competência "*Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*", descrita no Regulamento n.º 429/2018 da OE (p. 19364).

Considerados um dos maiores desafios na prestação de cuidados, as IACS, são um problema major na segurança dos utentes, sendo adquiridas enquanto recebem cuidados de saúde e constituindo um dos eventos adversos mais frequentes durante a prestação de cuidados (WHO, 2022).

Em Portugal, tendo em conta os dados do Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos realizado em Portugal em 2017 e publicado em 2022, é possível perceber que a IACS mais frequente é a infeção do trato urinário (24,3%), seguida pela pneumonia (18,8%), pela infeção do local cirúrgico (18,5%) e pela infeção da corrente sanguínea (8,2%). No que respeita à presença de dispositivos médicos relevantes no contexto de IACS, verifica-se que 19,1% das pneumonias ocorreram em doentes intubados, 64,3% das infeções de trato urinário em doentes com cateter vesical e 98,0% das bacteriemias em doentes com cateter vascular (DGS, 2022).

Embora algumas destas infeções possam ser tratadas facilmente, outras podem resultar em hospitalizações mais prolongadas, aumento da resistência aos antimicrobianos, agravamento das comorbilidades e aumento da mortalidade, acarretando maiores custos financeiros para os utentes, famílias, cuidadores e instituições.

Apesar de não serem um problema novo, as IACS assumem cada vez mais importância, já que com a evolução dos meios tecnológicos, é possível a realização de técnicas mais avançadas e invasivas, que levam ao aumento da esperança de vida e o crescente número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibiótica, também aumenta o risco de infeção e de resistência aos antimicrobianos (Baid, Creed & Hargreaves, 2016).

De acordo com o *European Centre for Disease Prevention and Control* (2023), as UCI são as unidades com maior prevalência de IACS, tanto pelas próprias características físicas da unidade, que podem ser facilitadores da transmissão cruzada de infeções, mas também pelas características do doente crítico, que se encontra vulnerável pelo elevado número de dispositivos invasivos utilizados, pela gravidade do quadro clínico do doente, pelo elevado consumo de antimicrobianos e pela elevada resistência aos mesmos.

Por conseguinte, a PSC está mais suscetível de desenvolver uma IACS, sendo que, se agregarmos à doença crítica a doença oncológica e o estado de imunossupressão que os utentes sob tratamento ativo da doença se encontram, podemos perceber o quão importante é a prevenção destas infeções nestes doentes.

De forma a prevenir a transmissão cruzada de infeções, durante a prestação de cuidados, devemos sempre atuar preventivamente e aplicar as dez práticas básicas que fazem parte das Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI) (DGS, 2013) e, quando existem dados sobre a situação infeciosa do doente, ou quando existe forte suspeita de patologia infeciosa, devemos complementar as PBCI com as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) (Pereira, 2020). Para além disso, devem ser cumpridas as recomendações explanadas nos Feixes de Intervenção publicados pela DGS, que consistem num conjunto de intervenções, baseadas na melhor evidência científica disponível, relativos aos quatro tipos de IACS mais frequentes.

A aplicação destas medidas no SU torna-se desafiante, pelas características do próprio serviço. As manifestações clínicas dos doentes que a ele recorrem, as condições estruturais, o excesso de doentes e a rápida rotação de salas e unidades, torna extremamente difícil manter distanciamento entre doentes, cumprir adequadamente os isolamentos de proteção ou contenção necessários e garantir a limpeza ambiental e das unidades (Liang et al., 2018).

A separação de doentes com suspeita de infeção respiratória de doentes sem queixas relacionadas era um dos grandes desafios da prevenção e controlo da infeção no SU onde realizei o EC I, já que, na altura, as infeções por SARS-CoV-2, Influenza A e Vírus Sincicial Respiratório eram relativamente comuns. A equipa de enfermagem, tentava ao máximo fazer a melhor separação possível destes doentes dentro da área para o qual tinham sido atribuídos, colocando os doentes com confirmação de infeção respiratória no corredor mais afastado, os suspeitos no corredor central e os doentes sem sintomatologia respiratória no corredor mais próximo à entrada da área. No entanto, devido ao grande afluxo de doentes, muitas vezes, doentes sem qualquer sintoma respiratório, eram encontrados a aguardar observação médica no corredor destinado aos doentes com infeção respiratória confirmada, por exemplo.

Também era relativamente frequente ver macas com doentes com indicação de isolamento de contacto por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases (KPC) praticamente coladas a macas com doentes sem isolamentos por microrganismos conhecidos, por exemplo, não respeitado as recomendações do PPCIRA, de 2017, que aconselha que, na ausência de possibilidade de alocar estes doentes em quartos individuais ou em coortes, a alocação seja efetuada num local específico, afastado da zona

de passagem de outros doentes e com separação física através da utilização de um biombo ou cortina.

Por outro lado, para além de todas estas questões derivadas do afluxo de doentes e das condições estruturais, a verdade é que a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção, eram prejudicadas pelo facto de os EPI também não estarem facilmente acessíveis, principalmente nas áreas de vigilância, onde a solução antissética de base alcoólica (SABA) e as luvas só existiam nos carros de apoio às técnicas e junto às áreas definidas para os registos informáticos. De igual forma, EPI como aventais e as batas de proteção, estavam armazenados nos carrinhos com material de higiene que ficavam no fundo das áreas, não estando acessíveis ao uso frequente.

Tudo isto, suscitava dúvidas e controvérsias na equipa de enfermagem, que sabia não estar a atuar da melhor forma no âmbito da prevenção e controlo da infeção. Assim, apesar da azáfama das tarefas a cumprir, os enfermeiros procuravam fazer uma gestão contínua das áreas de vigilância e sensibilizar, com frequência, doentes, familiares e elementos da equipa multidisciplinar.

No SANP, embora o fluxo de doentes não fosse tão intenso, as condições estruturais também eram limitativas para a quantidade de doentes. Para procurar minimizar o risco de transmissão cruzada de infeções, a equipa procurou colocar o material de proteção como luvas, aventais e dispensadores com SABA em locais estratégicos próximos às unidades dos doentes. No entanto, a gestão das unidades, de acordo com a confirmação ou a forte suspeita de patologia infeciosa, nem sempre era conseguida, já que a área de isolamento existente, apenas estava direcionada para utentes com suspeita de infeção respiratória vírica.

Inicialmente, todos os utentes com sintomatologia de febre, tosse e dispneia eram encaminhados para a área de isolamento, no entanto, estes sintomas são extremamente comuns em doentes oncológicos, podendo estar associados aos efeitos adversos do tratamento sistémico ou à progressão da doença. Assim, no momento atual, quando é possível associar o sintoma ao tratamento ou a uma causa em específico, não é instituído isolamento e, em caso de dúvida, é contactado o médico de apoio da especialidade para o qual o utente foi triado. Desta forma, atualmente, esta área é pouco utilizada, pelo que seria interessante e benéfico a realização de uma melhor gestão do espaço disponível, de forma a ser conseguida uma melhor aplicação das medidas de PBVT.

Na UCIP e no SMI, enquanto unidades de cuidados intensivos, o cumprimento das PBCI e das PBVT era altamente valorizado pela equipa multidisciplinar, sendo que em cada uma das unidades estavam disponíveis dispensadores com SABA e material de proteção individual, devidamente acondicionado, com o objetivo de minimizar o risco de infeção cruzada. A acrescentar a esse cuidado, na UCIP, nos primeiros cinco dias de internamento na unidade, os cuidados de higiene ao doente eram prestados com recurso a esponjas impregnadas com clorohexidina a 4%.

Nestas unidades, quando um doente se encontrava imunodeprimido ou era confirmada a presença de uma infeção por um microrganismo epidemiologicamente importante num dos doentes internados no espaço de *open space*, era de imediato tentado mobilizar o doente para um dos quartos de isolamento ou, quando tal não era possível, identificada a unidade e efetuado o respetivo registo no sistema informático e nos documentos em papel, de forma a serem reforçadas as medidas de prevenção de transmissão da infeção, conforme o microrganismo e o tipo de isolamento instituído.

Nestes dois serviços, para além das PBCI e das PBVT eram também cumpridas as recomendações dos Feixes de Intervenção elaborados pela DGS, relativos às quatro IACS mais frequentes nos cuidados de saúde.

Durante os meus estágios nestes serviços, pude verificar, que as equipas ainda utilizavam clorohexidina a 0,2% na prestação de cuidados orais em doentes com IOT, como emanado na anterior norma da DGS, de 2017, relativa à PAV. No entanto, esta norma foi atualizada em 2022, com a indicação de que a realização de cuidados de higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2%, estava contraindicada pelo desenvolvimento de resistências à clorohexidina associado ao aumento da sua utilização (DGS, 2022). Em ambos os locais, após conhecimento da atualização da norma, os elementos do STOP-infeção, atualizaram e sensibilizaram os restantes elementos da equipa de enfermagem e o gluconato de clorohexidina a 0,2% deixou de ser utilizado para esse efeito.

Para além do processo de desenvolvimento de competências previamente referido, considero que o facto de ser elemento Elo de Ligação entre o serviço em que trabalho e GCL-PPCIRA da instituição é uma mais-valia, da mesma forma que considero que a realização deste curso de mestrado aumentou fortemente o meu conhecimento sobre as IACS, as RAM e os respetivos métodos de prevenção, o que melhorou a minha prestação enquanto elo de ligação, tanto na vigilância epidemiológica, realização de auditorias e

inquéritos de prevalência, como na sensibilização da equipa, que cada vez mais me considera como elemento de referência nesta temática.

Com base no previamente exposto, pude aperceber-me, na realização dos vários EC, que a estrutura física dos serviços e a acessibilidade do material de proteção têm um forte impacto na implementação de medidas de prevenção de infeção, bem como a sensibilização e capacitação da equipa multidisciplinar. Há questões que não são de fácil resolução por necessitarem de alterações da estrutura física das unidades, no entanto, a disposição dos EPI e a sensibilização das equipas, podem ser uma das questões mais simples para intervir e melhorar. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, a prevenção e controlo de infeção é uma temática em que o EEEMC pode e deve intervir, já que enquanto profissional diferenciado, pode capacitar a equipa a exercer as melhores práticas possíveis, liderar o desenvolvimento de projetos no âmbito da melhoria continua da qualidade e conceber estratégias que visem a redução das infeções que poderão ocorrer durante a prestação de cuidados.

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O presente curso de Mestrado com Especialização engloba, para além das competências comuns e específicas previamente definidas, o desenvolvimento de competências inerentes ao grau de mestre.

O Decreto-Lei n.º 65/2018 é o documento vigente, que regulamenta os graus e diplomas de ensino superior, nos quais se encontra o grau de mestre. Assim, com base neste regulamento, para a aquisição deste grau académico, é exigido o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos, bem como a sua compreensão e aplicação na resolução de problemas e questões complexas, sendo igualmente capazes de comunicar as conclusões obtidas e auto-orientar a sua aprendizagem ao longo da vida.

Assim, o processo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos relacionados com a área de Enfermagem, foi iniciado no Curso de Licenciatura em Enfermagem, sendo que, também a experiência profissional e as formações frequentadas, nomeadamente, o presente curso de mestrado, são aspetos determinantes para o aprofundamento do conhecimento e respetiva capacidade de compreensão.

Apesar do meu percurso profissional estar direcionado para a prática de cuidados ao doente oncológico e ser esta a área pela qual tenho especial carinho e apreço, na procura de prestar os melhores cuidados, com segurança e qualidade, durante as situações de agravamento clínico dos doentes oncológicos internados, realizei formações como o Curso de Suporte Básico de Vida, Princípios de Eletrocardiografia e Análise e Interpretação de Gasometrias Arteriais, entre outras. No entanto, apesar das formações realizadas, continuava a sentir alguma lacuna de conhecimento na integração de conhecimentos e intervenção rápida e eficiente nas situações de doentes em risco iminente ou efetivo de vida. Neste sentido, procedi à minha inscrição no Curso de Mestrado em EMC na área da PSC, indo de encontro às diretrizes da OE, que defendem que o aperfeiçoamento profissional é obtido através do processo de desenvolvimento de competências, sendo mais do que uma mera atualização de conhecimentos (OE, 2015).

Como já referido, no início deste curso de mestrado adquiri e desenvolvi conhecimento teórico sobre a prestação de cuidados à PSC, família e/ou cuidadores, tendo posteriormente, na componente clínica do mesmo, consolidado o saber previamente adquirido, aprendendo novos saberes técnico-científicos e, consequentemente, desenvolvendo as competências inerentes ao cuidado de enfermagem especializada.

Durante a realização dos EC, foi-nos proposta a realização de atividades que potenciaram a reflexão estruturada dos cuidados prestados e das experiências vivenciadas, como os planos de atividades para cada EC, as reflexões críticas, um processo de enfermagem fundamentado e um projeto de autoformação.

Através dos planos de atividades e do projeto de autoformação, defini os objetivos específicos e gerais para os diferentes EC, bem como as atividades a que me propunha para os atingir. Estes planos serviam assim, como documentos orientadores do processo de desenvolvimento de competências, no decorrer dos EC.

As reflexões críticas foram realizadas com base na metodologia do ciclo de Gibbs e a escolha dos temas tiveram por base experiências, dúvidas e sentimentos (mais ou menos positivos) que me foram surgindo ao longo dos vários EC. Assim, refleti criticamente sobre questões tão dispersas como a humanização dos cuidados, a importância do *debriefing* após situação de emergência, a privacidade do doente internado na UCI, a manipulação dos CVC, os critérios de admissão do doente oncológico no SMI e o consentimento presumido.

O processo de enfermagem, realizado no âmbito do módulo I do EC III, na UCIP, foi baseado no caso de uma jovem portadora de doença hemato-oncológica, internada por neutropenia febril após primeiro ciclo de tratamento de consolidação com fármacos antineoplásicos, que despoletou o desenvolvimento de choque sético com ponto de partida desconhecido, bacteriemia associada a *Klebsiella pneumoniae* em doente imunodeprimida e síndrome de disfunção múltipla de órgãos. Assim, após apresentação da teoria de enfermagem em que me iria basear (Teoria de Conforto de Kolcaba) e da contextualização teórica sobre o conforto nos cuidados de enfermagem, procedi à elaboração e apresentação das cinco etapas do processo de enfermagem. Por conseguinte, na avaliação inicial apresentei o enquadramento fisiopatológico e o caso clínico, tendo este último sido dividido pelos quatro contextos definidos por Kolcaba (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural). A partir das informações clínicas apresentadas nestes quatro contextos, defini os focos de atenção de enfermagem e, posteriormente, elaborei os Diagnósticos de Enfermagem e respetivas Intervenções de Enfermagem, com base na taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. De seguida, procedi à implementação do plano de cuidados e à avaliação dos resultados obtidos. Assim, a realização deste Processo de Enfermagem, exigiu a manipulação de conhecimentos, a procura de informação em fontes fidedignas e execução de um pensamento crítico-reflexivo, de forma a suportar a minha prática e os processos de tomada de decisão. Este trabalho foi também apresentado e discutido com colegas do curso de mestrado e vários docentes, o que permitiu dar resposta à competência descrita no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, "*Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*" (p. 4162).

Por fim, no EC III, realizado no SMI, procurei compreender quais as questões relacionadas com a prática de enfermagem que suscitassem dúvidas aos elementos da equipa, tendo percebido que tinha sido recentemente implementada no serviço, a avaliação das necessidades nutricionais dos utentes sob ventilação mecânica invasiva, com base no método de calorimetria indireta, pelo que, inerentemente, existiam várias questões relativas a esta temática. Assim, realizei uma revisão narrativa sobre a temática, na qual abordei a importância do estado nutricional na pessoa em situação crítica, os métodos de avaliação das necessidades nutricionais, o conceito de calorimetria indireta,

o seu modo de utilização, a interpretação dos resultados obtidos e o do papel do enfermeiro na sua implementação. Este trabalho acabou por não ser apresentado, mas foi fornecido aos enfermeiros tutores e ao serviço para leitura, análise e esclarecimentos.

Considero assim que todo este processo de aprendizagem, que teve início durante o Curso de Licenciatura de Enfermagem, foi consolidado no decorrer da prática profissional e atualizado e desenvolvido na realização do presente curso de mestrado, me permitiu sustentar e integrar conhecimentos, desenvolver capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações pouco familiares, refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e a importância da aprendizagem contínua auto-orientada e autónoma (Decreto-Lei n.º 65/2018).

CONCLUSÃO

Os enfermeiros, enquanto elementos de um grupo profissional com dimensão ética, moral e mandato social, do qual a sociedade espera um desempenho competente, devem praticar o seu exercício profissional com base em virtudes como o respeito, o serviço, a competência e a justiça (Nunes & Amaral, 2022; OE, 2015).

Neste sentido, aos enfermeiros, é exigida responsabilidade, respeito pelos direitos humanos e excelência no exercício da profissão, pelo que no decorrer da atividade profissional, "*assumimos a missão de cuidar daqueles que nos vieram a ser confiados*" (OE, 2015, p. 44). Este cuidar, considerado como a essência de enfermagem, corresponde a um modo de ser e/ou de agir, onde estão englobadas uma série de vertentes distintas, que passam pelo respeito da dignidade da pessoa em momentos de fragilidade e vulnerabilidade, pelo respeito pelos valores e crenças individuais, pela promoção do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, pela prestação de cuidados com qualidade e segurança, entre muitos outros.

Esta qualidade e segurança são uma obrigação ética porque contribuem para a redução dos riscos evitáveis nos cuidados (Silva et al., 2022). Desta forma, pressupõe conhecimento, capacidade de reflexão e competência, sendo que esta exige ações derivadas de processos de pensamento e desejo de aperfeiçoamento profissional. Por conseguinte, pode-se considerar o percurso de desenvolvimento de competências como continuo, sem fim visível nem previsto, que engloba o crescimento pessoal e profissional, conseguido através da autoformação, da formação contínua e do processo de avaliação do desempenho (OE, 2015).

Foi com base no desejo de aperfeiçoamento profissional que procedi à minha inscrição com curso de Mestrado em EMC na área da PSC, durante o qual tive oportunidade de mobilizar saberes, vivenciar situações e experiências clínicas novas e desenvolver o meu conhecimento sobre a prestação de cuidados à PSC e ao doente oncológico em descompensação do seu estado clínico.

Tudo isto, com a finalidade de ir de encontro e fazer jus ao pressuposto da OE mencionado no REPE (Decreto-Lei n.º 161/96), onde é o enfermeiro especialista é considerado o elemento a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados. Este conceito torna-se mais

específico quando direcionado para uma área própria de prestação de cuidados, neste caso, a PSC.

No âmbito da enfermagem à PSC, cabe ao enfermeiro especialista, a prática do cuidado à pessoa que vivencia uma situação de saúde/doença complexa e a deteção precoce de complicações, esperando-se, igualmente, que seja capaz de compreender as suas necessidades e de estabelece relações de ajuda que promovam a dignidade e a individualidade em todo o processo terapêutico (OE, 2018).

Também o exercício da enfermagem especializada à pessoa portadora de doença oncológica exige uma prática profissional baseada na melhor evidência científica e suportada em normas legais, princípios éticos e deontológicos, o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes e eficientes e a complementaridade/continuidade de cuidados, de forma a assegurar o suporte efetivo e integral, da pessoa, família e/ou cuidadores (OE, 2021).

Por conseguinte, no desenrolar deste percurso formativo, tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa a vivenciar uma situação de saúde/doença complexa, em contextos diferenciados, como o SU e a UCIP, antes de direcionar o meu foco de atenção para aquela que é uma área de grande interesse pessoal e profissional, a prestação de cuidados ao doente oncológico, em unidades com características muito próprias, como o SANP e o SMI.

Nesta procura pela prática especializada, tive por base os documentos reguladores da profissão, o regulamento das competências comuns do EE nos seus diferentes domínios e o regulamento das competências específicas do EEEMC na vertente da PSC.

Em simultâneo, desenvolvi as competências de mestre descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018, no que concerne à aprendizagem contínua, à autoformação, à aquisição, compreensão e integração de conhecimentos técnico-científicos, ao desenvolvimento de capacidade de compreensão e resolução dos problemas encontrados e à capacidade de divulgar os conhecimentos adquiridos.

Não foi um caminho fácil, tanto a nível pessoal, como académico e profissional. A necessidade de conciliar focos de atenção tão distintos, a constante mobilização de conhecimentos e aprendizagem de novos saberes e técnicas, bem como, o impacto sentido pela realidade vivenciada em alguns serviços hospitalares, fizeram-me pensar muitas vezes se era capaz e se este era o caminho certo a seguir. Agora, em retrospetiva, tenho a

certeza que sim. Tanto os bons momentos como as adversidades sentidas, proporcionaram um forte enriquecimento pessoal e profissional, que, atualmente, me faz refletir criticamente sobre o processo de cuidados e questões éticas que surgem com frequência e tomar decisões fundamentadas, com base em regulamentos reguladores e em evidência científica recente e credível, o que me leva a sentir uma maior segurança nos cuidados prestados, que considero serem mais eficientes e eficazes.

Este percurso, culminou assim, na realização desde relatório de estágio, que permitiu a análise crítico-reflexiva de todo o processo de aquisição de competências comuns, especializadas e de mestre em EMC, na vertente do cuidado à PSC. Sabendo, no entanto, que o processo de desenvolvimento de conhecimento e de aquisição de competências não é e nunca será estanque, estando sempre presente na minha carreira profissional, na garantia da prestação de cuidados seguros e de qualidade aos doentes que me foram confiados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, E., Poltronieri, P., & Zanatta, E. (2022). Tecnologias para o Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Revisão Integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 13, 1-9. https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e669.
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf.
- Aguadeiro, A., & Faustino, S. (2021). Conspiração de silêncio: análise bioética a partir de um caso clínico. *Cadernos de Saúde*, 13(1), 49-55. DOI: https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9719.
- Aguiar, F., Westphal, G., Dadam, M., Mota, E., Pfutzenreuter, F., & França, P. (2019). Characteristics and predictors of chronic critical illness in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 511–520. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190088.
- Ahmed W., Eltayeb M., & Abd-Elsalam N. (2016). Invasive haemodynamic monitoring at critical care units in Sudan: Assessment of nurses' performance. *Journal of Health Specialties*, (4), 196-201. DOI: https://doi.org/10.4103/2468-6360.186493.
- Alves, F. & Sampaio, A. (2020). Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 70-79). Lidel.
- Al-Qadire, M., Ballad, C., Aljezawi, M., Omari, O., Alaloul. F., Musa, A., Sabei, S., & khalaf, A. (2023). Nurses' knowledge of chemotherapy-induced neutropenia and its management: a cross-sectional survey. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149, 2893–2901. DOI: https://doi.org/10.1007/s00432-022-04140-9.
- Alvarez, H., Provencio-Vasquez, E., Slavich, G., Laurent, J., Browning, M., McKee-Lopez, G., Robbins, L., & Spengler, J. (2019). Stress and Health in Nursing Students: The Nurse Engagement and Wellness Study. *Nursing Research*, 68(6), 453-463, DOI: 10.1097/NNR.0000000000000383.
- Alsharawneh, A. & Hasan, A. (2022). Subtle oncological emergencies: Nature of illness, clinical characteristics, and outcomes. *International Emergency Nursing*, 61. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101127.

- Amaral, R., Oliveira, P., Fonseca. D., Scholosser, T., Moraes, J., Silveira, E., & Santos, B. (2020). Bundle para prevenção e manejo das complicações de pacientes oncológicos neutropénicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 1-12. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0195.
- American Cancer Society. (2018). Understanding What Cancer Is: Ancient Times to Present. https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/history-of-cancer/what-is-cancer.html.
- American Cancer Society. (2023). The History of Cancer. https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/history-of-cancer.html.
- Anguita, M., Sanjuan-Quile, Á., Ríos-Risquez, M., Valenzuela-Anguita, M., Juliá-Sanchis, R., Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, IV* (23), 59-74. DOI: https://doi.org/10.12707/RIV19030.
- Araújo, M. (2020). Despedidas silenciadas: o fenómeno de "conspiração do silêncio" nas más notícias. Ordem dos Médicos.
- Arias-Rivera, S., López-López, C., Frade-Mera, M. J., Via-Clavero, G., Rodríguez-Mondéjar, J. J., Sánchez-Sánchez, M. M., Acevedo-Nuevo, M., Gil-Castillejos, D., Robleda, G., Cachón-Pérez, M., & Latorre-Marco, I. (2020). Assessment of analgesia, sedation, physical restraint and delirium in patients admitted to Spanish intensive care units. Proyecto ASCyD. *Enfermeria Intensiva*, 31(1), 3–18. DOI: https://doi.org/10.1016/j.enfie.2018.11.003.
- Aviso n.º 4511/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II série, n.º 49 (11 março), pp. 142-162. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22032/aviso-n%C2%BA-45112021-di%C3%A1rio-da-rep%C3%BAblica-n%C2%BA-492021-s%C3%A9rie-ii-de-2021-03-11.pdf.
- Baid, H., Creed, F., & Hargreaves, J. (2016). *Oxford Handbook of Critical Care Nursing (2 ed.).* Oxford University Press.

- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2000). SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(1), 302–311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302.
- Baluch, A., & Shewayish, S. (2019). Em Velez, A., Lamarche, J., Greene, J., Infections in Neutropenic Cancer Patients, (pp.105-117). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21859-1_8.
- Barros, A. (2021). *Humanização dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência e emergência*. [Master' thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34708/1/202743640.pdf.
- Bohnenkamp, S. & Bass, D. (2021). Oncologic Emergencies: What Medical-Surgical Nurses Need to Know. *MEDSURG Nursing*, 30(4), 282-286.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Psychosocial Oncology*, 2(2), 138–142.
- Bugança, J., & Kretzer, M. (2022). Morte e morrer na unidade de terapia intensiva adulto: sentimentos e estratégias dos profissionais de enfermagem. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 7, 1-12. DOI: DOI: https://doi.org/10.5935/2446-5682.20220003.
- Carvalho, D., Alvim-Borges, J., & Toscano, C. (2017). Impact assessment of an automated drug-dispensing system in a tertiary hospital. *CLINICS*, 72(10), 629-636. DOI: 10.6061/clinics/2017(10)07.
- Caterino, J., Adler, D., Durham, D., Yeung, S., Hudson, M., Bastani, A., Bernstein, S., Baugh, C., Coyne, B., Grudzen, C., Henningm D., Klotz, A., Madsen, T., Pallin, D., Reyes-Gibby, C., Rico, J., Ryan, R., Shapiro, N., Swor, R., Ventak, A., Wilson, J., Thomas, C., Bischof, J. & Lyman, G. (2019) Analysis of diagnosis, symptoms, medications and admissions among patients with cancer presenting to emergency departments. *JAMA Netw Open*, 2(3). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.0979.
- Centro Hospitalar Universitário de São João. (2023). ECMO. https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/762.
- Chen, H., Johnson, M., Boland, E., Seymour, J. & Macleod, U. (2019). Emergency admissions and subsequent inpatient care through an emergency oncology service at

a tertiary cancer centre: service users' experiences and views. *Supportive Care in Cancer*, 27, 451-460. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4328-5.

- Comissão europeia. (2023). Cancro. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_pt.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência [CRRNEU]. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf.
- Cordeiro, H., Carvalho, M., Pinto, Ana., Barbosa, A. & Dias, I. (2022). *Dor no doente oncológico: Abordagem e Tratamento*. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2022/08/DorDoenteOncologico.pdf.
- Costa, N. (2020). Avaliação da Dor: Terapêuticas não farmacológicas para alívio da dor. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 94-105). Lidel.
- Costa, R. (2011). Escrevendo a História do Cancro: da situação histográfica internacional ao caminho por trilhar em Portugal. *Cultura, Espaço e Memória*, 2, 281-293. https://ojs.letras.up.pt/index.php/CITCEM/article/view/4861.
- Costa, M. & Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2), 62-64. https://doi.org/10.48687/lsj.v2i2.58.
- Dahiya, N., Rani, R., & Nath, U. (2022). A sequential exploratory study to develop and validate neutropenic nursing care bundle for neutropenic patients admitted in a tertiary care hospital. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 1-10. DOI: 10.4103/jehp.jehp_241_22.
- Decreto-Lei n.º 48/95. (1995). *Código Penal*. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?ficha=101&artigo_id=&nid=109&pagina=2&tabela=leis&nversao=&so_miolo=.
- Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), versão atualizada. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo=.

- Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I série, n.º 157 (16 agosto), pp. 4147-4182. https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf.
- Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde. (2002). Diário da República: I-B série, n.º 55 (6 março), pp. 1865-1866. https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420?_ts=1673877851719.
- Despacho n.º 18459/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: II série, n.º 176 (12 setembro), pp. 18611-18612. https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/18459-2006-1518280.
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 153 (11 agosto), pp. 20673-20678. https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457.
- Despacho n.º 13427/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, n.º 228 (20 novembro), pp. 33814-33816. https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/13427-2015-71066231.
- Despacho n.º 10960/2020. (2020). Diário da República: II série, n.º 218 (9 novembro), pp. 180-182. https://files.dre.pt/2s/2020/11/218000000/0018000182.pdf.
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187 (24 setembro), pp. 96-103. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI).* Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 014/2015: Processo de Gestão da Medicação.* (17 dezembro). https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* (8 fevereiro). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-

content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf.

- Direção-Geral da Saúde. (2018). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro: 2021 a 2030. https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma 021/2015 atualizada a 17/11/2022: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Consentimento Informado. https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. https://www.ers.pt/media/pqll00ec/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde.pdf.
- ePortugal. (2023). *Consentimento Informado*. https://eportugal.gov.pt/guias/cuidador-informal/consentimento-informado.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units*. https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-acquired-intensive-care-units.
- Ferreira, E., Kamada, I., Reis, P., Cruz, F., Jesus, C. & Pinho, D. (2017). Contato telefônico como estratégia para a promoção de conforto ao paciente submetido à quimioterapia. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 11(5), 1936-1942. DOI: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201724.
- Foley, A., & Hoffman, M. (2023). CE: Febrile Neutropenia in the Chemotherapy Patient. *American Journal of Nursing*, 123(5), p 36-42, DOI: 10.1097/01.NAJ.0000931888.96896.a1.

- Fragoso, M. & Fontanete, D. (2022). A dor em oncologia e a dor irruptiva oncológica. *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*, pp. 1-6. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/Dor_Irruptiva_Oncologica.pdf.
- Grupo Português de Triagem. (2021). https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/.
- Grupo Português de Triagem. (2021). Cor Branca na Triagem. http://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentac%CC%A7a%CC%83o-MTS-Crite%CC%81rios-Cor-Branca.pdf.
- Guo, K. (2020). A Decision-Making Model for More Effective Decision Making by Health Care Managers. *The Health Care Manager*, 39(3), 133-141. DOI: 10.1097/HCM.0000000000000299.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2012). *Situação de exceção (Manual TAS).* (First edition). ISBN 978-989-8646-08-8.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023). Causas de morte 2021. file:///C:/Users/ritap/Downloads/16Causas_Morte_2021_retificado.pdf.
- International Agency for Research on Cancer. (2023). Cancer Today. World Health Organization. https://gco.iarc.fr/today/home.
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2020). IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet_R2-1-1-1.pdf.
- International Council of Nurses [ICN]. 2021. *The ICN code of ethics for nurses*. ISBN: 978-92-95099-94-4.
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser.
- Isikber, C., Gulen, M., Satar, S., Avci, A., Acehan, S., Isikber, G., & Yesiloglu, O. (2020). Evaluation of the frequency of patients with cancer presenting to an emergency department. Revista Associação Médica Brasileira, 66(10), 1402-1408. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.10.1402.
- Jafari, A., Rezaei-Tavirani, M., Salimi, M., Tavakkol, R., & Jafari, Z. (2020). Oncological Emergencies from Pathophysiology and Diagnosis to Treatment: A

Narrative Review. *Social Work in Public Health*. DOI: 10.1080/19371918.2020.1824844.

- Kameo, S., Souza, D., Nogueira, J., Santos, L., & Amorim, B. (2018). Urgências e Emergências Oncológicas: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, 64(4), 541-550. DOI: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.203.
- Kaizen Institute. (2021). *O que é o Kaizen*. Kaizen Institute 1985-2021. https://pt.kaizen.com/o-que-e-kaizen.
- Klemenic, S. & Perkins, J. (2019). Diagnosis and Management of Oncologic Emergencies. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 316-322. DOI: 10.5811/westjem.2018.12.37335.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research.* Springer Publishing Company.
- Lannelli, M., Brimm-Akins, A., Foxwell, A., Sandy, B., Winalski, K., Gatto, K., Mcgettigan, S. & Grande C. Advanced Practice Provider Model for Urgent Oncology Care. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 14(1), 73-81. DOI: 10.6004/jadpro.2023.14.1.7.
- Lei n.º 141/99. Diário da República: I série, n.º 201 (28 de agosto), p. 5955. http://www.ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao_Nacional/Legislacao_Transplantacao/Lei_141_1999.pdf.
- Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República: I série, n.º 126 (3 de julho). https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html.
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I série, n.º 181 (16 setembro), pp. 8059-8105. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf.
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I série, n.º 169 (4 setembro), pp. 55-66. https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf.
- Liang, S., Riethman, M., & Fox, J. (2018). Infection Prevention for the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 36(4), 873-887. DOI: 10.1016/j.emc.2018.06.013.
- Lima, J., Miranda, K., Cestari, V., & Pessoa, V. (2022). A arte na prática baseada em evidências na enfermagem sob a perspetiva de Florence Nightingale. *Revista*

Brasileira de Enfermagem, 75(4), 1-5. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0664.

- Lima, S., Agostinho, M., Mota, L. Príncipe, F., (2018). Perceção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (19). https://doi.org/10.12707/RIV18023.
- Macedo, R., Dias, A., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19-30. DOI: https://doi.org/10.48492/servir0201.23763.
- Malho, A. (2021). Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica, na iminência de Falência Renal, da Urgência aos Cuidados Intensivos. [Master' thesis, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. RCAAP. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36996/1/Relat%C3%B3rio_Andreia%20Malho.pdf
- Martins, A., Sousa, P. & Marques, R. (2022). Conforto: contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27. DOI: dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214.
- Martos-Benítez, F., Soler-Morejón, C., Lara-Ponce, K., Orama-Requejo, V., Burgos-Araguez, D., Larrondo-Muguercia, H., & Lespoir, W. (2020). Critically ill patients with cancer: A clinical perspective. *World Journal of Clinical Oncology*, 11(10), 809-835. DOI: 10.5306/wjco.v11.i10.809.
- Máximo, M. & Puga, A. (2021). Gestão da Sedação em Unidade de Cuidados Intensivos. Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 30(4), 157-170. DOI: https://dx.doi.org/10.25751/rspa.24797.
- McAleer, S. (2022). A history of cancer and its treatment. Ulster Medical Society, 91(3), 124-129. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9720583/.
- Miguel, P. & Mendes, F. (2020). Ventilação Mecânica. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 138-150). Lidel.
- Ministério da Saúde. (s.d). Carta dos Direitos do Doente Internado. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf.
- Ministério Público. (1997). Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina.https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf.

- Miranda, D., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G. & TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374-382. DOI: 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC.
- Mostarac, I., Barbera, L., Sussman, J., Dainty, K., Wu, L., Ratcliffe, J. & Atzema, C. (2021). I'm here because I was told to come: a study of cancer patients' reasons for attending the emergency department. *Supportive Care in Cancer*, 29, 6565-6578. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06215-8.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Silva, D. & Santos, E. (2019). Non-pharmacological interventions for pain management in adult victims of trauma. *JBI Database of systematic reviews and Implementation Reports*, *17*(12), 2483-2490. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-004036.
- Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 108-116). Lidel.
- Nyhagen, R., Egerod, I., Rustoen, T., Lerdal, A. & Kirkevold, M. (2023). Unidentified communication challenges in the intensive care unit: A qualitative study using multiple triangulations. *Australian Critical Care*, 36(2), 215-222. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.01.006.
- Nunes, L. & Amaral, G. (2022). Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem; Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal. ISBN 978-989-54837-7-8.
- Oliveira, P., Freitas. A., Maia, P., Amaral, R., Fonseca, D., & Franco, E. (2019). Cuidados de enfermagem para pacientes oncológicos neutropénicos: scoping review. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, 8(2), 17-28.
- *Organisation for Economic Co-operation and Development* [OECD]. (2023). Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023. *OECD Publishing*. DOI: https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor – Guia Orientador de Boa Prática. Conselho de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf.
- Ordem dos enfermeiros. (2012). Divulgar: Padrões da qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgarpadroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Parecer CJ 153/2013. Conselho Jurisdicional 2012/2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_153_2013_ComunicacaoMorte.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Conselho Jurisdicional. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões da qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer conjunto n.º 01/2017. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2016-2019. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 64/2017. Conselho Jurisdicional. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaoIindicacaoMedicacao.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa em situação crítica dependente de suporte extracorporal de vida: um desafio para a prática especializada*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas à Pessoa com Doença Oncológica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos. (2018). Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). Relatório da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Relatório Referência: Medicina Intensiva. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf.
- Pereira, R. (2020). Prevenção e Controlo de Infeção. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 162-174). Lidel.
- Peres, M., Aperibense, P., Dios-Aguado, M., Gómez-Cantarino, S., & Queirós, P. (2021). The Florence Nightingale's nursing theoretical model: a transmission of knowledge. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-7. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228.
- Pinho, J. A., Carneiro, H. & Alves, F. (2016). Resultados plano nacional de avaliação da dor. https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf.
- Pickler, R. (2018). Honoring the Past, Pursuing the Future. *Nursing Research*, 67(1), 1-2, DOI: 10.1097/NNR.0000000000000255.
- Ponte, K. & Silva, L. (2015). Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado É Fundamental*, 7(3), 2603-2614. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614.
- Ponte, K., Bastos, F., Sousa, J., Fontanele, M., Aragão, O. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado É Fundamental*, 11(4), 925-930. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930.
- Ponte, S., Cabral, C., Cavaco, P., Matos, L., & Fernandes, L. (2021). Reações infusionais: relatos da experiência de um hospital de dia de oncologia. Onco News, 42, 38-42. DOI: http://doi.org/10.31877/on.2021.42.05.

- Porto Editora. (2023) *competência* no Dicionário infopédia da língua portuguesa. Porto: Porto Editora. [consultado em 2023-07-09 23:08:56]. https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competência.
- Porto Editora. (2023). *bem-estar* no Dicionário infopédia da língua portuguesa. Porto: Porto Editora. [consultado em 2023-07-30 19:11:09]. https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/bem-estar.
- Porto Editora. (2023). *conforto* no Dicionário infopédia da língua portuguesa. Porto: Porto Editora. [consultado em 2023-10-07 23:50:02]. https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conforto.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos. (2022). *Relatório do inquérito de prevalência de ponto em hospitais de agudos em Portugal - 2017*. Direção-Geral da Saúde.
- Queijo, A., & Padilha, K. (2009). Nursing activities score (NAS): Adaptação Transcultural e Validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem*, 43, 1018–1025. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004.
- Ramos, P., Gonçalves, V., Moura, A., Vaz, A., Ferreira, A., Malcato, E., Sousa, F., Afonso, G., Homem-Silva, P., Dias, V., & Alves, P. (2020). *PUPRO - Prevenção de Úlceras por pressão na Posição Prono e em Doentes com ECMO e outros dispositivos médicos em contexto de Cuidados Intensivos.* Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. ISBN 978-989-54770-5-0.
- Regnier, L. & Wilkinson, A. (2023). Common oncologic emergencies. *Canadian Family Physician*, 69(1), 28-32. DOI: 10.46747/cfp.690128
- Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 21 (30 janeiro), pp. 3478-3487. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135 (16 julho), pp. 19359-19370. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26 (6 fevereiro), pp. 4744-4750. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195.

- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 148 (25 setembro), pp. 4744-4750. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040.
- Regulamento n.º 766/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II série, n.º 159 (17 agosto), pp. 130-143. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23624/0013000143.pdf.
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: II série, n.º 131 (8 julho), pp. 179-182. https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf.
- Reis, K., & Jesus, C. (2021). Conforto prejudicado no final da vida: uma associação com diagnóstico de enfermagem e variáveis clínicas. Texto & Contexto Enfermagem, 30, 1-13. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0105.
- Rosa, I., Pais, D. & Consciência, G. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf.
- Rothberg, B., Quest, T., Yequng, S., Pelosof, L., Gerber, D., Seltzer, J., Bischof, J., Thomas, C., Akhter, N., Mamtani, M., Stutman, R., Baugh, C., Anantharaman, V., Pettit, N., Klotz, A., Gibbs, M., & Kyriacou, D. (2022). Oncologic emergencies and urgencies: A comprehensive review. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(6), 570-593. doi: 10.3322/caac.21727.
- Sá, F. & Velez, M. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, V (8), 1-8. DOI: 10.12707/RV21007.
- Sales, L., Quintão, J. & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os "certos"? *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, vol. 10. http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31763.
- Santos, C., & Sousa, A. (2021). Doente com neutropenia febril: uma intervenção especializada - revisão integrativa da literatura. *Onco News*, 42, 22-29. https//doi.org/10.31877/on.2021.42.03.
- Setyawati, A., Lu, Y., Liu, C., & Liang, S. (2020). Disaster Knowledge, Skills, and Preparedness Among Nurses in Bengkulu, Indonesia: A Descriptive Correlational

Survey Study. Journal of Emergency Nursing, 46(5), 633-641. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.04.004.

- Shin, S., & Yoo, H. (2023). Emergency nurses' communication experiences with patients and their families during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Internacional Emergency Nursing*, 66, 1-7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101240.
- Silva, A., Rocha, M. & Sá, L. (2022). Burnout e a segurança do doente em unidades de cuidados intensivos. *Cadernos de Saúde*, 14(2), 48-54. DOI: https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11623.
- Silva, G., Varanda, P., Santos, N., Silva, N, Salles, R., Amestoy, S., Teixeira, G., & Queirós, P. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. Escola Anna Nery, 26, 1-9. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transportes de Doentes Críticos: recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Tavakoli, P., Cheraghi, M., Jahani, S., & Asadizaker, M. (2022). Experience of discomfort and its self-management strategies in ICU patients. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), 269-276. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_481_21.
- Tu, H., Shan, T., Wu, Y., Shen, P., Wu, T., Lin, W., Yang-Kao, Y., & Cheng, C. (2023). Reducing Medication Errors by Adopting Automatic Dispensing Cabinets in Critical Care Units. *Journal of Medical Systems*, 47(1), 1-7. DOI: https://doi.org/10.1007/s10916-023-01953-0.
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. http://dx.doi.org/10.30681/252610105480.
- Yoo, H., Lim, O. & Shim, J. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. PLoS One, 15(7), 1-15. DOI: 10.1371/journal.pone.0235694.
- World Health Organization. (2019). Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf.

- World Health Organization. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf.
- World Health Organization. (2022). Guide: Mass casualty preparedness and response in emergency units. WHO Academy. https://reliefweb.int/report/world/guide-mass-casualty-preparedness-and-response-emergency-units.
- World Health Organization. (2022). Cancer. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer.
- World Health Organization. (2022). Global report on infection prevention and control. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1.