

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

**CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA: da pessoa em situação crítica à
pessoa com doença hemato-oncológica maligna em
contexto de neutropénia**

Bárbara Carolina Gonçalves Freitas

**Relatório de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, com Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica e/ou Falência Orgânica**

Funchal,

2022

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

**CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA: da pessoa em situação crítica à
pessoa com doença hemato-oncológica maligna em
contexto de neutropénia**

Bárbara Carolina Gonçalves Freitas

**Relatório de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, com Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica e/ou Falência Orgânica**

Orientadora: Professora Doutora Márcia Alves

Funchal,

2022

Não é sobre perfeição, é sobre esforço. E ao fazer esse esforço todos os dias é quando a transformação acontece.

Jillian Michaels

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e seus docentes, pelo cuidado e pelo compromisso constantes de ensino e compromisso para com os seus estudantes e também o Hospital Nélio Mendonça pela disponibilidade em ceder locais de práticas clínicas essenciais para o desenvolvimento de competências especializadas.

À Sr.^a Prof.^a Dr.^a Márcia Alves pelo carinho, amizade, acompanhamento e orientação durante este percurso.

Aos enfermeiros orientadores Robertos Santos, Andreia Freitas, Marisela Marques, Cátia Santos e Márcia Alves, pela sua disponibilidade em me integrar e orientar nos contextos de prática clínica, ajudando-me a refletir e a ser melhor na minha prática profissional.

A todas as equipas multidisciplinares dos vários serviços por onde passei, que me acolheram e me apoiaram infinitamente.

Às minha amigas pela amizade e apoio incondicional, em especial à Sandra Vale por nunca me deixar na mão. Sem ti nada disto seria possível.

Às minhas melhores amigas Cristina e Licínia, por todo o apoio, motivação e momentos de conforto.

À minha filha Matilde, por seres a pessoa mais importante da minha vida, pelo tempo que não lhe pude dedicar nesta etapa da nossa vida.

Ao Tiago, meu companheiro de todas as horas, pelo encorajamento, pela compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

À minha mãe que é o meu pilar.

À minha família por estar sempre presente.

A todos, o meu sincero e profundo obrigada!

RESUMO

Os ensinamentos clínicos em enfermagem constituem momentos de imenso potencial formativo onde a experiência se integra em saber, através de todo um processo reflexivo constante sobre as ações e/ou atividades desenvolvidas.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área do cuidado à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, realizei o presente relatório com o objetivo de evidenciar a mais-valia dos ensinamentos clínicos para aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, assim como, das competências específicas deste em enfermagem médico-cirúrgica na área do cuidado à pessoa em situação crítica. Transparece o meu especial interesse pelo cuidado especializado à pessoa com doença hemato-oncológica maligna com neutropénia, tendo sido este o foco do meu projeto de autoformação. Pelo exposto, este relatório intitulou-se “Cuidar especializado em enfermagem médico-cirúrgica: da pessoa em situação crítica à pessoa com doença hemato-oncológica maligna em contexto de neutropénia”.

O relatório explana o percurso realizado ao longo dos vários ensinamentos clínicos, descrevendo as competências adquiridas e aperfeiçoadas no processo de cuidar da pessoa em situação crítica no contexto de serviço de urgência, cuidados intensivos polivalente, hospital de dia de hemato-oncologia e unidade de neutropénia. Aliado ao planeamento individual desenvolvido por mim previamente, no presente relatório está presente uma reflexão aprofundada sobre as ações e intervenções realizadas para alcançar todos os objetivos definidos, sob o alicerce da mais recente e fidedigna evidência científica.

Palavras-Chave: Enfermagem, enfermagem especializada, competências, pessoa em situação crítica, oncologia

ABSTRACT

Clinical teaching in nursing is a moment of immense formative potential, where experience becomes knowledge through a constant reflective process on the actions and/or activities developed.

Within the scope of the course unit of Internship with Report, included in the third semester of the Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care at the Nursing School of São José de Cluny, I wrote this report with the purpose of highlighting the added value of clinical training for the acquisition and development of common competencies of the specialist nurse, as well as of its specific competencies in medical-surgical nursing in the area of care to the person in critical condition. My special interest in the specialized care of the person with hemato-oncological malignancy with neutropenia is evident, and this was the focus of my self-training project. Thus, this report was entitled "Specialized care to critically ill patients: in the context of a hemato-oncology day hospital and neutropenia unit".

The report demonstrates the path taken during these clinical teaching, describing the skills acquired and improved caring for critically ill in the emergency department, intensive care, hemato-oncology day hospital, and neutropenia unit. In addition to the individual planning I had previously developed, this report includes an in-depth reflection on the actions and interventions carried out to achieve all the defined objectives, based on the most recent and reliable scientific evidence.

Keywords: nursing, critical care nursing, professional competence, critical illness, nursing oncology

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – *American Cancer Society*

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucia*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AINEs – Anti-Inflamatórios Não Esteróides

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

bpm – batimentos por minuto

BPS – *Behaviour Pain Scale*

CAN – Contagem Absoluta de Neutrófilos

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CV – Cateter Vesical

CVC – Cateter Vascular Central

CVCTI – Cateter Vascular Central Totalmente Implantado

DGS – Direção-Geral da Saúde

DO – Dessensibilização Oncológica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECG – Eletrocardiograma

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT – Entubação Orotraqueal

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GCRPPCIRA – Grupo de Coordenação Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

HEPA – *High Efficiency Particulate Arrestance*

HNM – Hospital Doutor Nélio Mendonça
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN – *International Council of Nurses*
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NAS – *Nursing Activities Score*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção
PHTLS – *Prehospital Trauma Life Support*
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PREPCRAM – Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RAM – Região Autónoma da Madeira
RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RON – Registo Oncológico Nacional
SAV – Suporte Avançado de Vida
SCA – Síndrome Coronário Agudo
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio
SU – Serviço de Urgência
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*
TOT – Tubo Orotraqueal
TPM – Triagem de Prioridades de Manchester
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UN – Unidade de Neutropénia
UTIC – Unidade de Tratamento Intensivo Coronário
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VV – Vias Verdes
WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL: A PROCURA PELA EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS	27
CAPÍTULO II – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA À PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA MALIGNA EM CONTEXTO DE NEUTROPÊNIA	34
2.1. Desenvolvimento de competências comuns em enfermagem especializada	42
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	45
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade	45
2.1.3. Gestão dos cuidados	56
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	61
2.2. Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem especializada à pessoa em situação crítica	63
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	63
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	63
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	80
CAPÍTULO III – DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS À MESTRIA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	88
CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica (PSC) é aquela que se encontra em risco de vida, ou seja, está perante um cenário de eminência ou falência orgânica. Tendo em conta a natureza do conceito e o contexto onde se desenrolam os cuidados, torna-se evidente que os cuidados de Enfermagem a estas pessoas caracterizam-se por serem altamente diferenciados, avançados e prestados de forma ininterrupta de forma manter as funções vitais, prevenir complicações e diminuir morbilidades, tentando devolver à pessoa a sua recuperação total ou quase total (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Assim, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na área do cuidado à PSC, implica uma mobilização contínua e importante de conhecimentos e competências, devido à complexidade e multiplicidade das respostas humanas aos processos de transição. Indo ao encontro do defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), os cuidados à PSC, devem ser prestados, preferencialmente, pelo Enfermeiro Especialista nesta área.

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, inserida no primeiro semestre do segundo ano Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área do cuidado à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), foi-me proposta a realização do presente relatório de estágio, com o objetivo de evidenciar a mais-valia dos vários ensinamentos clínicos para aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, assim como das competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, sublinhando-se os momentos marcantes do processo de aprendizagem. Pelo exposto, designou-se o relatório “Cuidar especializado em enfermagem médico-cirúrgica: da pessoa em situação crítica à pessoa com doença hemato-oncológica maligna em contexto de neutropénia”, sendo orientado pela Professora Doutora Márcia Alves.

Ao longo da elaboração deste relatório será evidenciado o percurso realizado durante os ensinamentos clínicos, descrevendo e refletindo sobre as competências adquiridas e aperfeiçoadas no processo do cuidar da PSC nos diferentes contextos de trabalho. Revela uma reflexão aprofundada sobre as ações e intervenções realizadas e quais as suas implicações éticas e sociais para a essência do cuidar, sob o alicerce da mais recente e

fidedigna evidência científica. Por conseguinte, a sua defesa em prova pública resultará na obtenção do grau de mestre e título profissional de EEEMC pela OE.

Pereira (2021) esclarece que a prática de enfermagem baseada na evidência científica afigura-se como uma forma de promover práticas profissionais de um modo metódico, exigente e estruturado, que resultará nas mais adequadas e seguras formas de cuidar. Consequentemente, esta metodologia permitirá otimizar os recursos disponíveis com a envolvimento de todos os intervenientes na tomada de decisão, portanto, promove também a satisfação dos profissionais, das pessoas e, ainda das próprias organizações que se traduz em ganhos em saúde.

De forma a alcançar os objetivos estipulados, norteei todo o meu percurso tendo em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), no Regulamento das Competências Específicas do EEEMC (Regulamento n.º 429/2018), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 361/2015), emanados pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) da OE e, nunca descurando as bases que constam na Lei n.º 156/2015 que consagra o Estatuto da OE e abrange o Código Deontológico que rege a profissão.

Neste âmbito, a OE defende que o cuidado à PSC exige cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência multiorgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2019).

Adicionalmente, inserido num curso de mestrado, o relatório concorre também, para a obtenção do grau de mestre, indo de encontro ao explanado no Decreto-Lei n.º 65/2018 que, consagra as competências relativas ao grau de mestre, aludindo à realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados” (p.4164).

A metodologia utilizada para o desenvolvimento das competências supracitadas nos diferentes contextos de campo de estágio cingiu-se pelo processo de prestação de cuidados, nomeadamente, avaliação, diagnóstico, planeamento das ações/intervenções, intervenção e avaliação final dos problemas iniciais da pessoa e cuidador informal, bem como, pela componente teórico-reflexiva. Já para a elaboração do relatório, uma metodologia de trabalho descritiva, que se baseia no julgamento e/ou pensamento crítico, na experiência

profissional e pessoal recorrendo à compilação e síntese de pesquisa efetuada sob a mais recente e fidedigna evidência científica. Para tal, utilizei pesquisa da mais recente e fidedigna evidência científica em livros e artigos científicos presentes em revistas e/ou bases de dados de relevância, tais como a EBSCO, PubMed, RCAAP, Cochrane e UpToDateo.

Assim, no que concerne à estrutura, este relatório está organizado em três capítulos; o primeiro que enquadra a execução deste curso de mestrado num trajeto profissional, seguido de um segundo que fará menção ao desenvolvimento das competências comuns e especializadas nos vários contextos de ensino clínico, onde elucidará sobre as atividades desenvolvidas no decurso dos mesmos na qual procurarei demonstrar as experiências vivenciadas, refletindo sobre as mesmas e como estas contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura enfermeira especialista na área do cuidado à PSC. O terceiro capítulo, por fim, demonstrará o percurso de aquisição de competências de mestre, condicentes com o 2º Ciclo de Estudos.

A norma empregue para tratamento de fontes, citações e referências bibliográficas é a preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, no documento intitulado por “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações” (versão 1.2), normas propostas pela *American Psychological Association* (APA).

**CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL: A PROCURA PELA EXCELÊNCIA
DOS CUIDADOS**

Os cuidados de saúde prestados e, por conseguinte, os cuidados de Enfermagem, constituem-se de uma crescente importância e exigência técnico-científica. A OE (2019) alude para a diferenciação e especialização, sendo que estas são uma realidade que alberga a maioria dos profissionais de saúde.

Em 1988 Leininger descreve o Cuidar como o sentido da enfermagem, caracterizando-a como a qualidade central, dominante e unificadora. Queirós et al. (2016) acrescentam que o cuidar é reportado pelos enfermeiros como caracterizador da sua ação, sendo considerado como a essência da Enfermagem. Esta foi descrita por Serrano et al. (2011) como uma profissão centralizada em interações, em que cada pessoa vivencia num momento único de cuidado, a sua saúde de forma incomparável, única e indivisível. Mias recentemente, Peres et al. (2021) complementam referindo que a Enfermagem é uma ciência da saúde e do ser humano, onde o centro de atenção, cuidado e responsabilidade é a pessoa em todas as suas dimensões.

Com o passar dos anos, várias foram as Teorias de Enfermagem que definiram e fortaleceram o conceito de Cuidar como ideia central na Enfermagem, persuadindo desde a teoria à prática toda a disciplina, o que reflete a evolução da profissão (Teixeira, 2021; Peres et al., 2021).

Foi com o aparecimento de Florence Nightingale, mais conhecida por muitos como a primeira teórica moderna da enfermagem, que além da vocação religiosa, surgiu a preocupação com as questões teóricas, na área da enfermagem (McEwen & Wills, 2016). Apesar da distância temporal, os conceitos de Florence Nightingale são contemporâneos, caracterizando a base do cuidado de enfermagem, reinterpretadas nos princípios de pessoa, ambiente, saúde/doença e enfermagem (Santo & Porto, 2006). A sua marca vai muito além do reconhecimento da profissão, passando por pensar a Enfermagem como uma ciência, traduzindo-a numa teoria, ostentando conceitos que produziram intervenções de enfermagem, que fortaleceram e harmonizaram a área científica e tecnológica, dando o enfoque na pessoa (Peres et al., 2021).

Assim, a Enfermagem é definida pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado em Diário da República no Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 4º, como disciplina/área da saúde que, visa:

prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p.95).

Face às exigências atuais, esta profissão tem sofrido diversas alterações, especialmente no que diz respeito à formação profissional. Conforme a OE (2019), constitui-se não só pela formação inicial, mas também pela formação contínua e especializada que se revela imperativa neste contexto, como forma de adaptação e aquisição de novas competências por parte dos enfermeiros, face aos constantes progressos tecnológicos e científicos e com a finalidade da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

O Código Deontológico desta profissão, consagrado no Estatuto da OE, Lei n.º 156/2015, frisa que estes profissionais, devem, entre outros deveres, “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p.8079). Citando ainda a mesma lei, no artigo n.º 109, é declarado que, na procura pela excelência do exercício, o enfermeiro deve de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.8080).

Sendo assim, o presente relatório ergue-se como uma etapa essencial na construção da minha identidade e aprimoramento profissional, guiando o meu percurso para a área de especialidade de EMC, com o objetivo de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que respondam às necessidades das pessoas e cuidadores informais alvos dos meus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante as mais variadas situações que requerem meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, antecipando complicações, bem como a promoção da saúde e prevenção da doença. Como defende a OE (2015), “o aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera atualização dos conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo (próprio dos trabalhadores por conta de outrem), é o caminho da construção de competências” (p.43).

Deste modo, enquanto profissional desde 2015 e, após três anos no desempenho de funções como enfermeira generalista no Serviço de Cardiologia e Unidade de Tratamento Intensivo Coronário (UTIC) do Hospital Doutor Nélio Mendonça (HNM) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), senti necessidade de aprofundar conhecimentos em contextos diferenciados, nomeadamente, na área da PSC. Este serviço é caracterizado pela sua especificidade, complexidade e dinâmica, alberga, como referido anteriormente, uma UTIC, uma Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorrespiratórios (UCICT) e ainda a enfermaria, que é comum a estas duas unidades.

A crescente necessidade e exigência de cuidados específicos dirigidos à pessoa com patologia cardíaca e submetida a cirurgia cardíaca e pulmonar, são particularidades notórias na minha prática profissional que, exigem uma conduta baseada na evidência científica, de

modo a tomar decisões fundamentadas, com respeito pelo código deontológico e pelos princípios éticos que regem a profissão, com fim a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Importa salientar também que as unidades que possibilitam o suporte e/ou a substituição de funções vitais evidenciam um cenário de inovação e atendimento especializado de enfermagem à PSC, razão pela qual, para um eficiente cuidado às pessoas nesta área, é impreterível práticas especializadas, específicas, seguras e contínuas (Santos et al., 2016).

Os mesmos autores, defendem ainda que, os enfermeiros no exercício da sua prática neste contexto, prestam cuidados com alto grau de exigência e responsabilidade, os quais, dependendo da sua organização, dos seus conhecimentos, competências e atitudes, podem interferir de forma positiva ou negativa nos cuidados prestados.

Constata-se então que, hoje em dia é esperado que o enfermeiro especialista seja cada vez mais um profissional reflexivo da sua prática, capaz de mobilizar todo o seu conhecimento científico, técnico, tecnológico e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em cada situação perante a qual se depara no seu dia-a-dia. Tudo isto consiste num processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional, do qual emergem várias necessidades formativas que implicam uma busca ininterrupta pelo saber, saber ser ou estar e saber fazer (Leite, 2006).

A aquisição de competências, segundo Abreu (2001), é então uma necessidade para fazer face à evolução dos contextos sociais e profissionais, obrigando por isso a uma atualização contínua e sistemática dos conhecimentos, com a finalidade de obter valorização pessoal e profissional; otimização dos recursos e maximização dos resultados. Já em 2014, Pacheco argumentava que “a especialização dos profissionais de saúde tem um valor acrescido, uma vez que ao possuírem conhecimentos profundos e bem fundamentados, contribuem em grande parte para um atendimento mais dirigido e específico” (p.45).

A crescente inovação na prática dos cuidados de enfermagem, bem como a evolução do conhecimento nas múltiplas áreas do saber, pressupõe inevitavelmente uma maior especialização e formalização dos saberes profissionais.

No entanto, importa ter em consideração que são os contextos da prática clínica aliados à formação contínua do enfermeiro que permitem que ao longo de todo o seu percurso profissional, desenvolva capacidades para a tomada de decisão, no exercício profissional autónomo, com base nos modelos e pressupostos que sustentam a profissão e fazendo recurso do julgamento e pensamento crítico e do processo de enfermagem,

desenvolvendo estratégias para a resolução de problemas com respeito pela individualidade de cada pessoa de quem presta cuidados (Fernandes, 2015).

Segundo Guy Le Boterf (2005), competência é saber mobilizar, em tempo oportuno, as capacidades ou conhecimentos que foram adquiridos através da formação obtida. Ser competente, conforme este autor consiste em saber aplicá-las quando necessário e nas circunstâncias apropriadas; saber integrar, quando há uma multiplicidade de conhecimentos e de saber fazer. Para se ser competente é necessário saber organizar, selecionar e integrar o que pode ser útil para que se execute uma atividade profissional, resolva uma disfunção ou leve um projeto a bom termo; e ainda saber transferir, toda a competência caracterizada desta forma é transferível ou adaptável, não se limitando à execução de uma tarefa única e repetitiva. Ser competente pressupõe, por isso, a existência de capacidades de assimilação e de integração, assim como fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera. Neste ponto de vista, Sapeta (2013) complementa, referindo que “a competência não se limita ao *stock* de conhecimentos teóricos do indivíduo, nem se encontra retido na tarefa” (p.5), ou seja, a obtenção de competências resulta não só da experiência profissional, mas também, do desenvolvimento de recursos intrínsecos e relacionados com o saber, o saber-fazer, as aptidões ou qualidades, emocionais e fisiológicas.

Assim, as competências resultam inevitavelmente de uma construção e de um compromisso pessoal. Contudo, para agir com competência Boterf (2005) frisa que a pessoa deve harmonizar e mobilizar não só os seus próprios recursos (conhecimentos, saber fazer, experiência) mas também, recursos do seu meio, como p.e. as redes profissionais e manuais de procedimentos.

Neste ponto de vista, surge o meu empenho pessoal na construção de um conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC. Por conseguinte, de igual modo e, considerando o grau académico deste curso, assumo também como compromisso, a aquisição de competências relativas ao grau mestre.

A verdade é que cuidar de uma PSC tem inerente uma necessidade contínua de atualização e desenvolvimento de conhecimentos devido à sua complexidade. Ao enfermeiro que exerce funções em contextos de unidades com pessoas com instabilidade hemodinâmica é-lhe exigido uma capacidade de adaptação e de resposta imediata e adequada às necessidades holísticas destas pessoas e dos cuidadores informais.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente e, seguindo a ideia de que, alicerçar a prática numa teoria é fundamental para a prestação de cuidados de excelência, considero que a Teoria das Transições de Afaf Meleis é a que mais se adequa neste percurso de aprendizagem clínica, de forma a sustentar a minha prática e a edificação dos meus saberes e competências. Neste trajeto percorrido, é notório que o foco de atenção é a PSC, num processo de transição complexo do tipo saúde/doença.

A palavra Transição, deriva do latim *Transitióne*, que diz respeito ao ato ou o resultado de passar de um estado, tema ou local para outro. Meleis em 2010 define este conceito como uma passagem entre estados, relativamente estáveis, consequentes de eventos críticos e mudanças nas pessoas/ambiente. De forma a complementar, Robalo (2016) refere que a transição é muito mais que uma mudança, implica um processo psicológico por parte da pessoa, envolvendo a adaptação à mudança face aos eventos perturbadores. Neste caso, subentende-se que a transição pressupõe uma reorganização e autodeterminação das pessoas, aceitando a mudança na sua vida quotidiana.

A transição saúde/doença torna-se a mais relevante neste âmbito de cuidado à PSC, mais concretamente à pessoa com doença hemato-oncológica. Esta, conforme Meleis (2010), é vista como a passagem de um estado de estabilidade para outro de inconstância, incitado pela mudança no estado de saúde, interferindo com o bem-estar da pessoa ou vice-versa. Concomitantemente a este processo de transição, surgem mudanças significativas quer para a pessoa quer para a família/cuidadores informais, muitas das vezes drásticas, devido ao sofrimento, ao stress físico/psicológico e à ansiedade decorrentes de todo o processo de doença, ao próprio internamento e toda a crise familiar que origina (Mendes, 2015).

Sincronicamente, procuro suplementar o meu referencial teórico com o modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus aplicado à enfermagem por Patrícia Benner, cuja base de sustentação é a escola do cuidar. Benner (2001), defende que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências é dinâmico e só é possível aprimorá-lo com a experiência. Para isso, salienta que a pessoa passa por cinco níveis sucessivos de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis refletem mudanças em três grandes aspetos, que se introduzem aquando da aquisição de competências; a passagem de confiança em princípios abstratos para a sua utilização; a modificação da maneira como o formando deteta uma determinada situação; e a passagem de observador a executante

envolvido no processo. Este último está empenhado na situação e no processo envolvente (Benner et al., 2009).

Para cuidar da PSC de forma eficaz, o enfermeiro tem que deter altos níveis de motivação, resiliência emocional e um largo conhecimento para fazer face às dinâmicas que vão surgindo e sobretudo às alterações do estado clínico da pessoa. Para isso, surge a necessidade de refinar a sua capacidade de julgamento clínico e, de uma forma global, a sua perícia profissional (Cunha, 2017).

Desta forma, como seguimento da procura contínua pela melhoria dos cuidados de enfermagem, a componente prática deste curso de Mestrado desenvolveu-se em quatro contextos de prática clínica distintos, especificamente, Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), Hospital de Dia de Hemato-Oncologia e Unidade de Neutropénia (UN) do HNM, planificados em períodos distintos.

CAPÍTULO II – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA À PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA MALIGNA EM CONTEXTO DE NEUTROPÉNIA

Atualmente sabe-se que cuidar da PSC tem gerado diversas modificações, devido ao envelhecimento da população, às comorbilidades relacionadas e à prática assistencial cada vez mais complexa. Torna-se evidente a necessidade na procura por enfermeiros de prática avançada e especializada nos serviços de saúde, com o objetivo primórdio de assegurar cuidados individualizados, de qualidade, eficientes e sustentáveis (Egerod et al., 2021). De facto, o *International Council of Nurses* ([ICN], 2020) refere que a Enfermagem de Prática Avançada são cuidados de saúde aperfeiçoados e alargados prestados por enfermeiros com conhecimentos especializados, e cujas ações e intervenções revelam um julgamento clínico e tomada de decisão adequada e evoluída, prestando cuidados de saúde de excelência às pessoas, cuidadores informais e comunidade, beneficiando os resultados em saúde, sendo aconselhável uma preparação educacional de nível avançado, como o mestrado.

Posto isto, e após quatro anos de prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Cardiologia, já com alguma experiência profissional e formativa, senti necessidade de aprofundar o meu conhecimento científico e desenvolver competências profissionais e pessoais que me permitissem prestar cuidados de enfermagem de forma holística e à PSC, de forma a conseguir responder pronta e eficazmente às diversas situações e contextos da prática clínica.

Como mencionado anteriormente, uma das estratégias selecionadas foi o ingresso neste curso de Mestrado em EMC. Nesta busca contínua por cuidados de enfermagem cada vez mais diferenciados, optei por nortear o meu percurso para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, em específico, da área da PSC à pessoa com doença hemato-oncológica maligna em contexto de neutropénia. Esta área de opção, orientada para o cuidado especializado à pessoa com falência ou iminência de falência de uma função vital, especificamente, a área da hemato-oncologia traduz uma parte do meu contexto de trabalho, onde cerca de 65% das cirurgias torácicas não cardíacas são motivadas por esta causa (Gabinete de Estatística do SESARAM, 2022), além de ser uma área do cuidado do meu interesse, motivadora e muito desafiante.

Ainda, a necessidade de consolidação de conhecimentos e competências neste âmbito constituiu também uma dessas razões. De facto, em 2001, Benner já defendia que o enfermeiro competente é aquele que trabalha no mesmo serviço há cerca de dois ou três anos, planeia intervenções de acordo com os objetivos que pretende alcançar a médio e a longo prazo. Estas intervenções são planeadas de forma consciente e com alguma

priorização, sendo o enfermeiro capaz de efetuar análises criteriosas, abstratas e analíticas das situações.

Esta análise permitiu-me constatar que o risco a que este tipo de pessoas estão sujeitas pode ser minorado através de um cuidado de enfermagem diferenciado que contribui na prevenção de complicações e proporciona melhor qualidade de vida, reduz o número de dias de internamento, diminui os custos em saúde, contribui para o tratamento apropriado e atempado. Deste modo, é possível adaptar o plano de cuidados de enfermagem de forma singular e holística, a cada pessoa e família/cuidador informal alvo dos meus cuidados.

Carpenter et al. (2015) defendem que as pessoas com patologia hemato-oncológica necessitam de tratamento e de vigilância médica contínua, sendo a neutropénia a principal falha do sistema de defesa que predispõe o indivíduo a infeções graves.

O processo de doença engloba o isolamento físico da pessoa portadora da patologia em questão. Sob este ponto de vista, as pessoas com neutropénia vivenciam um processo complexo, necessitando de constante vigilância e controlo/tratamento de sinais e sintomas diferenciados, ou seja, de cuidados especializados de EEEMC, tendo como principal objetivo o prevenir de complicações. Estes cuidados são caracterizados por serem altamente qualificados, prestados de forma contínua pois a vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018).

A necessidade destes cuidados justifica-se pelo aumento gradual do número de casos de doença oncológica, particularmente desde o século XX. Este aumento, de acordo com Kameli et al. (2015), é uma preocupação mundial e atual e, por isso, considerado uma prioridade na área da saúde, incluindo a prevenção e o tratamento da doença.

De acordo com a *World Health Organization* ([WHO], 2022) o cancro é a segunda principal causa de morte a nível mundial, responsável por uma estimativa de quase 10 milhões de mortes, ou uma em cada seis mortes, no ano de 2020. Os mais comuns em 2020 (em termos de novos casos) foram: mama (2,26 milhões de casos), pulmão (2,21 milhões de casos), cólon e reto (1,93 milhões de casos), próstata (1,41 milhões de casos), pele (não melanoma) (1,20 milhões de casos) e estômago (1,09 milhões de casos). Por outro lado, no mesmo ano, as causas mais comuns de morte por cancro foram: pulmão (1,80 milhões de mortes), cólon e reto (916 000 mortes), fígado (830 000 mortes), estômago (769 000 mortes) e mama (685 000 mortes).

A Lei n.º 53/2017 que regulamenta o Registo Oncológico Nacional (RON), “que tem por finalidade a recolha e a análise de dados de todos os doentes oncológicos

diagnosticados e/ou tratados em Portugal Continental e nas regiões autónomas” (p.3739) evidencia que no ano de 2018, o número de casos foi muito mais elevado nos homens (27 074) comparativamente às mulheres (23 077), verificando-se que cerca de 60% dos casos ocorre entre as faixas etárias dos 45 aos 74 anos, embora, na mulher, o grupo etário dos 20 aos 44 anos, assume especial relevância, representando quase 10% do total pois, os tumores de mama são um número considerável neste grupo etário (Miranda et al., 2021). Importa ainda salientar, os casos de tumores malignos que usualmente são tratados a nível da UN do HNM. Conforme o WHO (2021), em 2020 foram registados em Portugal Continental 2098 novos casos de Linfoma Não-Hodgkin; 233 novos casos de Linfoma Hodgkin; 886 novos casos para o Múltiplo Mieloma e ainda, para a Leucemia um total de 2098 novos casos.

Já na Região Autónoma da Madeira (RAM), relativamente a 2020 foram identificados 1406 novos casos de doenças oncológicas dos quais, 1200 correspondem a casos de tumores malignos. Neste contexto, importa realçar que destes, 93 foram casos de Doenças Hematológicas Malignas, sendo que os Linfomas correspondem a 59% destas doenças. Neste espectro de doenças, os Linfomas Não Hodgkin são os mais frequentes, sendo registados no total 47 novos casos (23 do género feminino e 24 do género masculino). Já o Linfoma Hodgkin teve um total de oito novos casos, o Mieloma Múltiplo um total de 16 casos, as Leucemias Mielóides 16 novos casos e as Linfóides com um total de cinco casos (Camacho et al., 2020).

Estima-se que 20 milhões será o aumento do número de casos de cancro até ao ano de 2030 (Bray, 2016). Importa então, enquadrar esta realidade e encontrar respostas para as necessidades destas pessoas e seus familiares com doença hemato-oncológica, nomeadamente, clínicas, sociais, laborais e familiares (Pereirinha, 2017).

Na persecução das competências comuns e específicas do EEEMC, os estágios foram realizados em diferentes contextos de aprendizagem, nomeadamente, SU Polivalente no HNM, UCIP no HNM, Hospital de Dia de Hemato-Oncologia e UN no HNM, tal como supramencionado.

O Ensino Clínico I – Serviço de Urgência Polivalente decorreu entre o dia 10 de novembro e o dia 6 de dezembro de 2021, seguindo o horário *roulement* do enfermeiro orientador, completando no total 170 horas de contacto.

O SU do HNM é um SU polivalente, detentor do nível mais distinto de resposta às situações de urgência e emergência e que, deste modo, consegue oferecer a resposta de proximidade à população da RAM, cerca de 251 060 indivíduos (SESARAM, 2021a). Por

ser considerado centro de trauma, recebe e dedica-se ao tratamento da pessoa vítima de trauma, contemplando valências como radiologia de intervenção, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva e ainda cirurgia vascular.

Este, tem como missão primordial assistir todas as pessoas que a ele recorram, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência englobando todas as fases do seu ciclo vital, garantindo o respeito, a dignidade e a segurança pela pessoa e pela sua situação de saúde.

Sob esta perspetiva, os profissionais que nele trabalham norteiam todo o seu desempenho pela competência técnico-científica, tendo sempre em conta o compromisso com a melhoria contínua, transparência e responsabilidade, honestidade, integridade, verdade e diálogo, justiça e respeito pela diversidade e direitos humanos a todos os níveis e respeito pela confidencialidade e privacidade.

Rege-se por regulamento próprio e, neste contexto, o SU presta cuidados de saúde urgentes/emergentes conforme o protocolo de Triagem de Prioridades de Manchester (TPM); promove uma abordagem multidisciplinar dos cuidados com o contributo da restante equipa, prestando desta forma, cuidados de enfermagem de qualidade baseados no processo de enfermagem segundo o Modelo Teórico de Nancy Roper; afeta, direciona e mantém uma equipa de profissionais habilitados; promove um ambiente conducente à melhoria contínua da qualidade da equipa do serviço e de outros profissionais em concordância com os objetivos de melhoria da qualidade; mantém sistemas de auditoria que garantem a monitorização e a avaliação contínua dos cuidados prestados; articula-se com as normas do *Health Quality Service* e desenvolve políticas, aplicando procedimentos e protocolos; promove um ambiente conducente às necessidades de formação dos profissionais; promove um sistema de gestão de serviço, multidisciplinar e participativo, responsabilizando cada membro da equipa.

Este SU tem ainda implementadas quatro Vias Verdes (VV), especificamente a Via Verde da Sépsis desde 2009, a Via Verde Coronária e Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) desde 2010 e a Via Verde do Trauma, em vigor desde 2011; designações encontradas para aludir aos sistemas de resposta rápida, permitindo essencialmente, a redução da morbilidade e mortalidade pois, após a sua ativação, a pessoa adquire prioridade emergente.

A prática direta de cuidados no SU proporcionou-me diversas oportunidades de observação e posterior colaboração, na ativação das VV do AVC, do trauma e coronária. A que mais me despertou interesse, foi a VV Coronária pois, vai de encontro com a minha

prática de enfermagem diária. Com a ativação desta VV, observei e colaborei em todo o percurso da pessoa com Síndrome Coronário Agudo (SCA) nomeadamente, a avaliação inicial, sendo que a pessoa é triada pelo fluxograma – dor torácica com o discriminador de “dor pré-cordial”, realização de eletrocardiograma (ECG), colheita de sangue para deteção de marcadores cardíacos e gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, se essencial. Em caso de agravamento do estado geral da pessoa acometida de SCA, este é encaminhado da sala de atendimento médico do SU até a sala de emergência. No caso de se confirmar Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), a pessoa é observada pelo cardiologista de serviço, assina consentimento livre e esclarecido e, é realizada toda a preparação para a transferência para o Laboratório de Hemodinâmica para concretização de cateterismo cardíaco. Se durante o procedimento, for detetada obstrução das artérias coronárias é executado tratamento para reperfusão cardíaca, angioplastia e colocação de stent, quando necessário. Desta maneira, posso concluir que, implementei respostas de enfermagem adaptadas a cada situação e possíveis complicações e monitorizei e avaliei a adequação dessas mesmas respostas aos problemas reconhecidos.

Demonstrei e fortaleci ainda, conhecimentos em suporte avançado de vida (SAV) perante paragens cardiorrespiratórias em contexto de sala de emergência. O facto de integrar uma equipa em contexto de cardiologia, esta é uma competência que tenho vindo a adquirir, apesar de haver sempre espaço para crescimento e aprimoramento.

Estruturalmente, no HNM, o SU está situado no andar técnico do edifício e é dirigido por um médico intensivista e um EEEMC. É um serviço que funciona 24 horas por dia, durante todos os dias do ano, sendo este dinamizado por um conjunto de equipas pluridisciplinares. Sendo assim, a equipa de urgência é constituída por médicos em presença física no SU e nos próprios serviços, médicos de prevenção das diferentes especialidades, enfermeiros, assistente social, técnicos de diagnóstico e terapêutica, administrativos e auxiliares de ação médica.

O Ensino Clínico II e Módulo I do Ensino Clínico III – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente decorreu entre o dia 5 de janeiro e o dia 31 de janeiro de 2022, seguindo o horário *roulement* da enfermeira orientadora, completando no total de 247 horas de contacto.

A UCIP é considerada o único sítio qualificado para assumir a responsabilidade integral pela PSC, antecipando, suportando e revertendo falências com implicações vitais (SESARAM, 2021b).

Tem como missão primordial, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doença crítica, de forma global, integrada e multidisciplinar (Saviato et al., 2019) assumindo a responsabilidade absoluta pelas pessoas com disfunções de órgãos, suportando, antecipando e revertendo falências com implicações vitais (Ministério da Saúde, 2003), o que torna este um campo favorecido para a aquisição das competências no cuidar da PSC. O objetivo primordial é suportar e recuperar funções vitais de maneira que se consiga criar condições favoráveis ao tratamento da doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma melhor qualidade de vida.

Este serviço, tem como visão ser reconhecido interna e externamente como um serviço de referência através da modernidade da estrutura física e organizacional, do reforço da competência das equipas de profissionais de saúde, da qualidade dos serviços prestados e dos resultados obtidos. Para tal acontecer o desempenho dos profissionais é norteado pela competência técnico-científica, tendo por base um compromisso com a melhoria contínua, demonstrando transparência e responsabilidade perante os atos executados, integridade, honestidade, verdade e diálogo entre profissionais, frisando a importância da justiça e respeito pela diversidade e direitos humanos a todos os níveis. O respeito pela confidencialidade e privacidade, é algo que está sempre presente (SESARAM, 2021b).

Carateriza-se por ser uma unidade fechada, autónoma, de nível III, típica dos hospitais com urgência polivalente. Localiza-se no andar técnico e tem uma lotação de 15 camas mais o circuito COVID com oito camas. É composto por três sectores distintos: uma unidade principal não COVID com oito camas, sendo uma delas isolamento, uma unidade não COVID adjacente ao SU com sete camas e uma Unidade Intensiva Polivalente COVID com capacidade até 8 camas. É ainda constituída por uma zona de apoio com gabinetes, copa, armazéns, vestiários, entre outros. Todas as unidades são constituídas e equipadas com tecnologia sofisticada, o que permite vigiar a pessoa de acordo com as suas necessidades.

Para além destas unidades, a UCIP garante assistência a PSC admitidas na sala de emergência e na sala de cuidados especiais do SU, sendo também responsável pela emergência intra-hospitalar, garantindo cuidados urgentes e emergentes a todas as pessoas adultas institucionalizadas no HNM. Relembro uma situação vivenciada em emergência intra-hospitalar, em que acompanhei a enfermeira de referência a uma situação de deterioração fisiológica aguda no Serviço de Ginecologia. Tratou-se de uma senhora já com múltiplas comorbilidades onde, à nossa avaliação encontrava-se prostrada e com compromisso da via aérea; frequência respiratória (FR) inferior a dez ciclos por minuto; saturação periférica de oxigénio (SpO₂) inferior a 85% com oxigénio suplementar;

frequência cardíaca (FC) de 98 batimentos por minuto (bpm); pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg; escala de coma de Glasgow de nove (Olhos=3; Resposta Verbal=1; Resposta Motora=5). Procedeu-se de imediato à monitorização não invasiva através do monitor de transporte e, após indicação do médico intensivista, colaboramos na entubação orotraqueal (EOT) e ventilação com o ventilador portátil e iniciou-se sedoanalgesia com propofol 2% e remifentanilo. Posteriormente, foi encaminhada para o serviço de imagiologia a fim de realizar outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e posterior transferência para a UCIP, em que pude colaborar em toda a preparação e acompanhamento do transporte intra-hospitalar, mantendo toda a monitorização e vigilância necessária da PSC. À chegada da UCIP, procedeu-se à passagem formal de informação, garantindo a informação vital, referente à PSC, através da ferramenta de comunicação ISBAR (do inglês *Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation*) que simplifica a cedência de informação pertinente e precisa entre os profissionais de saúde, através da mnemónica: I – identificação do profissional e da PSC; S – situação atual/sintomas à entrada no SU; B – antecedentes pessoais; A – avaliação, diagnóstico e tratamento da PSC; e R – recomendações para a continuidade dos cuidados (Lapum et al., 2020).

A Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS), vem complementar a ideia supracitada, referindo que “a qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade” (p.5). Assim, considero que o conhecimento desta Norma, em conjunto com a aplicabilidade da mnemónica supramencionada, como instrumento de transmissão de informação sobre a PSC foi facilitadora no meu processo de aprendizagem, permitindo a transmissão exata e segura da informação, mantendo a segurança da pessoa, diminuindo a ocorrência de eventos adversos, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e, consequente diminuição da mortalidade (Figueiredo et al., 2019).

Para finalizar, o Ensino Clínico III, Módulo II – Opção Clínica, decorreu em dois contextos de prática distintos, nomeadamente, o Hospital de Dia de Hemato-Oncologia e a UN do HNM. Este ensino clínico, incluindo ambos os locais de estágio, decorreram entre o dia 14 de março e 7 de maio de 2022, perfazendo um total de 321 horas de contacto.

O Hospital de Dia de Hemato-Oncologia tem como missão primordial a melhoria da saúde e do bem-estar da pessoa com patologia hemato-oncológica através da prestação de cuidados médicos e de enfermagem de excelência, da formação e da promoção de

investigação básica e clínica. Para tal acontecer o desempenho dos profissionais é norteado pela competência técnico-científica, tendo por base um compromisso com a melhoria contínua, demonstrando transparência e responsabilidade perante os atos executados.

Este serviço está em funcionamento diário com o período de doze horas de segunda a sexta-feira das oito horas às 21 horas e 30 minutos; aos sábados e domingos das oito horas às 15 horas. De forma a garantir um adequado funcionamento, contempla um conjunto de normas específicas.

Relativamente à estrutura, o Hospital de Dia de Hemato-oncologia está situado no andar -1 do edifício principal, sendo partilhado com a Unidade da Dor Crónica. Esta unidade é constituída por uma sala de espera, a receção/secretariado, três gabinetes de consultas e um gabinete do coordenador da unidade, um gabinete de enfermagem e um gabinete da enfermeira chefe, uma sala de técnicas, quatro salas de tratamento e um isolamento com duas macas/cadeirões. Alberga também uma zona de apoio com gabinetes, copa, armazéns, vestiários, entre outros. Todas as salas de tratamento são constituídas e equipadas com tecnologia sofisticada, o que permite vigiar a pessoa de acordo com as suas necessidades.

Já a UN tem como missão primordial vigiar, monitorizar e tratar pessoas neutropénicas ou com alto risco de neutropénia, que requerem um isolamento protetor e de contenção, tratamento ou vigilância médica, semi-intensiva ou intensiva. São prestados cuidados médicos e de enfermagem individualizados, garantindo o respeito, a dignidade e a segurança pela pessoa e pela sua situação de saúde.

No HNM, a UN está situada no oitavo andar do edifício, pertencendo ao Serviço de Otorrinolaringologia/Hemato-oncologia e é dirigido por um médico hematologista e uma EEEMC. É um serviço que funciona 24 horas por dia, durante todos os dias do ano, sendo este dinamizado por um conjunto de equipas pluridisciplinares.

A equipa da UN é constituída por equipas médicas (médicos hematologistas que dão apoio à unidade), equipa de enfermagem (enfermeiros com formação e experiência em Hemato-oncologia) e de assistentes operacionais com equipa própria, chefiada por uma Enfermeira Chefe. Para além dos elementos citados anteriormente, sempre que se justifique e que seja pedido, existe a colaboração do enfermeiro especialista em reabilitação (EER) e de outros técnicos, como farmacêutica, dietista, psicóloga, assistente social, técnicos de radiologia e de eletrocardiografia, outras especialidades médicas, entre outros.

No que diz respeito ao espaço físico, este encontra-se dividido em duas áreas: a antecâmara que dá acesso à unidade de internamento, e a unidade propriamente dita. A antecâmara constitui o local de preparação para entrar/sair da unidade, particularmente nos

atos de higienização das mãos e colocação de equipamento de proteção individual (EPI) a todos os utilizadores (profissionais de saúde e visitas) pois, como supramencionado, as pessoas com doença hemato-oncológica são particularmente vulneráveis a complicações infecciosas. A ACSS (2017) no seu documento denominado “Recomendações Técnicas para Serviços de Infeciologia”, vem corroborar esta mesma ideia, ou seja, a necessidade deste tipo de unidades de internamento requererem de uma antecâmara para acondicionamento do acesso aos espaços de isolamento.

A UN é constituída por cinco unidades, um posto de enfermagem com uma área específica para a preparação de medicação e acondicionamento de materiais de consumo, armários para acondicionamento de medicação, materiais estéreis e outros, dois lavabos com dispensador de papel e sabão antisséptico, dois postos de trabalho com computador, anexo à bancada de trabalho e outro na bancada rebatível. Existe ainda uma casa de banho constituída por uma sanita com barras protetoras, um duche com banco e um lavatório ajustável às necessidades da pessoa, espelho, dispensador de sabão e suporte de papel, balde do lixo e balde para a roupa suja. Existe também armários para as pessoas guardarem os seus valores identificados com o número correspondente à cama.

A complementar estas áreas existem ainda: gabinetes médicos, área administrativa, salas de arrumos para material, copa, rouparia, zona de limpos e de sujos, sanitários, vestiários para os profissionais e sala de espera para os familiares/pessoas significativas. De salientar que estas áreas são localizadas fora da área de circulação da unidade, sendo partilhadas com o serviço de otorrinolaringologia/hemato-oncologia.

De forma sucinta, é-me possível concluir que cada contexto da prática contribuiu para enriquecer o meu percurso e assim, ser capaz de prestar cuidados com maior qualidade e mais seguros.

2.1. Desenvolvimento de competências comuns em enfermagem especializada

Todos os enfermeiros especialistas, seja qual for a sua área de especialidade, compartilham entre eles um conjunto de domínios considerados competências comuns, entre as quais da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No REPE (Decreto-Lei n.º 161/96) definido pela OE (2015), o enfermeiro especialista encontra-se definido como aquele que se encontra habilitado com um curso de especialização em enfermagem, a quem foi conferido um título profissional que lhe admite várias competências, especificamente, científicas, técnicas e humanas para prestar, não só

cuidados de enfermagem gerais, mas, também cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade.

De modo mais específico, surge o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019 que, defende que os enfermeiros especialistas são providos de conhecimentos mais específicos num domínio característico, demonstrando níveis elevados de tomada de decisão e julgamento clínico, traduzidas num conjunto de competências especializadas.

Além destas, os enfermeiros partilham um grupo de domínios que são estimados como competências comuns, seja qual for a área de especialidade, aplicáveis em todas as áreas de prestação de cuidados, isto é, em ambientes de saúde primários, secundários e terciários. Estas incluem, sem exceção, as dimensões da educação das pessoas e dos seus pares, de aconselhamento, de orientação, de investigação e de liderança com objetivo de melhorar a prática de enfermagem (Fernandes, 2015).

O regulamento supracitado, no artigo terceiro, engrandece esta ideia ao definir competências comuns como

as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4745).

Estas são compostas por quatro domínios, especificamente: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Todavia, importa ressaltar que são os contextos da prática clínica do dia-a-dia, aliados à formação contínua do enfermeiro que permitem que ao longo de todo o seu percurso profissional, desenvolva capacidades para a tomada de decisão, o exercício profissional autónomo com base nos modelos e pressupostos que sustentam a profissão e fazendo recurso do julgamento e pensamento crítico e do processo de enfermagem, desenvolvendo estratégias para a resolução de problemas com respeito pela individualidade de cada pessoa a quem presta cuidados (Fernandes, 2015).

Perante este ponto de vista, ao longo dos vários contextos de prática clínica o desenvolvimento de competências inerentes às competências de enfermeiro especialista foi um processo contínuo e progressivo que não termina nesta etapa, mas que se irá prolongar ao longo minha vida pessoal e profissional, num processo de melhoria contínua.

A competência profissional resulta, então, de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, um conjunto de capacidades humanas que justificam um alto desempenho. Por outras palavras, competência é então definida pelo conjunto de recursos que o indivíduo detém, onde a meta é atingir a excelência (Fleury & Fleury, 2001).

Segundo a OE (2017) o enfermeiro especialista é detentor de “um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (p.1).

Para melhor assimilação da aquisição de competências inerentes ao meu desempenho e percurso ao longo dos vários ensinamentos clínicos, utilizarei os domínios das competências comuns de enfermeiro especialista preconizados no regulamento supramencionado.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Nesta perspetiva do domínio da responsabilidade, ética e legal, a Unidade Curricular de Ética, Deontologia e Direito em Enfermagem do Mestrado em questão, foi essencial, dando o seu contributo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal nesta área.

Sendo assim, diariamente, o enfermeiro, ao prestar cuidados, depara-se com várias situações de tomada de decisão ética, suportado pelos valores éticos e deontológicos da sua profissão e conduta, cuja consciencialização permite fundamentar de forma objetiva as suas decisões, tendo por base os direitos humanos, a qualidade de vida, regulando-se sempre na própria deontologia profissional, nos guias reguladores da profissão – REPE e os padrões da qualidade. Manifestam-se ainda, situações de gestão de informação, gestão do processo de saúde/doença, estando elencado, apesar de nem sempre notório, princípios e fundamentos complexos, que têm por base o princípio da beneficência, da não maleficência, da justiça e o respeito pela autonomia da pessoa.

Nesta linha de pensamento, o direito da saúde agrega uma panóplia de legislação que regula o sistema de saúde e integra igualmente um considerável número de normas regulamentares das diversas entidades públicas com responsabilidades no setor.

Assim, importa fazer referência à Constituição da República Portuguesa e de modo mais específico ao Artigo 64.º que dita que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (p.21). A Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde é mais clara e diz-nos, na Base 1, que este direito

é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer (p.56).

Neste estão patentes os princípios da privacidade, da confidencialidade, da igualdade e da não discriminação (Lei n.º 95/2019).

Sendo assim, e tendo em conta o que é preconizado pelo Artigo 104.º da Lei n.º 156/2015, o enfermeiro, como interveniente na saúde, tem o dever de respeitar o direito ao cuidado de saúde. As suas intervenções são sempre executadas pela preocupação constante da liberdade e da dignidade da pessoa humana e pela procura da excelência do exercício (Lei n.º 156/2015, Artigo 99.º).

Segundo o artigo 8º do REPE (Decreto-Lei n.º 161/1996), os enfermeiros, no exercício da sua função, “deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos” (p.97-98). Deste modo, conforme mencionado anteriormente, no desempenhar do cuidar, é adotado o compromisso de respeitar os interesses e os direitos do outro, promovendo a qualidade de vida, refletindo sobre aspetos éticos e legais que, envolvem os direitos das pessoas como, a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelas crenças do outro.

O ensino clínico desenvolvido no SU revelou-se especialmente desafiante, no que concerne à garantia da privacidade, exigindo a adoção de medidas de modo a garantir a mesma. Esta problemática advém da estrutura física do SU do HNM pois, durante o ensino clínico pude constatar e observar a sobrelotação de espaços, conduzindo à acumulação de macas em zonas de passagem, como por exemplo, nos corredores, perturbando a intimidade de cada um e não respeitando a distância mínima aconselhada. A DGS (2004), na Carta dos Direitos do Doente Internado, refere que “a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade” (p.3) e acrescenta que “embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer” (p.11). Em 2012 a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) vem corroborar a mesma ideia, alertando para o fato de que deve de haver preocupação constante por parte da equipa multidisciplinar no respeito à privacidade e conforto da pessoa, garantido boas condições de acesso, sendo que as áreas de circulação devem manter-se livres, sem estacionamento de cadeiras de rodas e macas.

A ACSS (2015) no seu documento intitulado de “Recomendações técnicas para serviços de urgência”, aconselha que nos corredores destinados à circulação de macas, camas

e cadeiras de rodas devem ter no mínimo 2,20 metros de largura para que facilitem a passagem de duas macas em simultâneo, não devendo ser utilizados como áreas de espera. Contudo, as características inerentes a este serviço geram algumas dificuldades no cumprimento dessa premissa, ficando a pessoa exposta, limitando o dever de respeitar pela sua privacidade.

A própria estrutura física do SU e a grande afluência diária de pessoas, faz com que lidemos muitas vezes com situações urgentes e emergentes, comprometendo a intimidade e a dignidade da pessoa. Não obstante, importa salientar que, apesar de ser necessário uma intervenção célere, a privacidade e o respeito pelo pudor não deverão ser descurados.

De facto, esta foi uma das grandes dificuldades durante a minha prática clínica no SU, necessitando muitas vezes de articular com o meu enfermeiro tutor, questionando qual a melhor forma de prestar cuidados de excelência, zelando por estes direitos da pessoa. Apesar desta situação, que é recorrente, constatei que o respeito pela privacidade da pessoa alvo de cuidados é uma constante preocupação por parte da equipa multidisciplinar, procurando diariamente encontrar soluções para estas questões.

Desta forma, de modo a contornar a situação atual do serviço, na prestação de cuidados às pessoas ali alocadas, adotei medidas alternativas preservando os direitos das mesmas, como p.e. procurei minimizar a exposição da área corporal com a utilização de biombo, ou, se fosse possível, encaminhar a pessoa para uma área mais resguardada prestando os cuidados de higiene necessários, de forma a garantir que a privacidade e intimidade fossem respeitadas.

Ainda no âmbito da privacidade, surge a necessidade de falar acerca da segurança da informação oral e escrita, aspetos estes que, muitas vezes, levantam questões éticas sobre a privacidade das informações clínicas das pessoas que ali estão internadas.

Ao longo dos meus ensinamentos clínicos constatei várias formas de transmissão de informação sobre a pessoa nomeadamente, a passagem de turno e os registos escritos informáticos. No que diz respeito à passagem de turno, esta é realizada de forma diferente nos vários contextos de prática clínica. No SU e na UCIP, existem as passagens de turno na sala de enfermagem, entre a equipa, onde são partilhadas as informações necessárias à continuidade dos cuidados, mantendo assim, a confidencialidade e a personalização da pessoa. Por outro lado, existem as passagens de turno realizadas junto à pessoa, situação em que as equipas multidisciplinares têm o cuidado de não haver outras pessoas ou outros utentes em redor, evitando o comprometimento da privacidade e da confidencialidade da informação. Já na UN a passagem de turno é realizada no centro da unidade, entre a equipa

de enfermagem. Pela unidade ser de pequenas dimensões e, as unidades dos utentes se encontrarem relativamente perto do local de passagem de turno, suscita aqui também, questões relativas à privacidade e à confidencialidade da informação. Por parte da equipa de enfermagem existe um processo de comunicação que limita as informações relativas a uma pessoa apenas para aqueles que estão envolvidos no plano de cuidados. Ainda neste processo, podem-se levantar outras questões, tais como: o que será que quer a pessoa alvo dos cuidados saber acerca da sua situação de saúde?.

Sendo assim, e considerando que toda a informação colhida pelos profissionais de saúde deve ser confidencial, a mesma só deverá ser partilhada em determinadas situações, conforme se declara no Artigo 106.º da Lei n.º 156/2015, a saber: “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (OE, 2015, p.81).

Importa ainda fazer referência à importância do consentimento informado, livre e esclarecido, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos da pessoa. A este respeito, o artigo 3.º da Lei n.º 15/2014 refere que o consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde “devem ser declarados de forma livre e esclarecida” e, que a pessoa “em qualquer momento da prestação de cuidados de saúde, pode revogar o consentimento” (p.2128). A Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde ainda sublinha, na Base 2, que as pessoas têm direito “a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos (...)” (p.56).

De acordo com as leis e com os princípios éticos, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 alude-nos para a importância de qualquer ato médico, de enfermagem ou de outro profissional dever ter sempre por base o consentimento da pessoa. Como exceção, encontram-se as situações de urgência, podendo proceder-se prontamente à intervenção medicamente imprescindível em benefício da saúde da pessoa em causa (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001).

Durante o meu percurso profissional e, nestes locais de estágio tive em conta o consentimento informado, livre e esclarecido, elucidando a pessoa sobre os procedimentos a realizar, a importância da sua execução, como p.e. a administração de constituintes sanguíneos, os tratamentos de quimioterapia, os procedimentos realizados em laboratório de hemodinâmica, como a implantação de cateter vascular central totalmente implantando (CVCTI), mais conhecido como o *implantofix* e cateterismos cardíacos, entre outros. Por outro lado, deparei-me com situações de urgência/emergência ou falência orgânica, pessoas

inconscientes ou em estados de choque, ou que por qualquer outro motivo não podiam comunicar, impossibilitando a aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido. A minha atuação nestas situações, passou por executar cuidados que visassem o bem-estar, o conforto, a dignidade, a privacidade e a intimidade da pessoa, incluindo sempre os cuidadores informais principais em todo este processo do cuidar, culminando na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Surge assim o conceito de consentimento presumido/implícito que, de acordo com a Norma n.º 015/2013 da DGS, é empregue quando a pessoa se encontra inconsciente ou não está representada legalmente, havendo risco de vida, sendo crucial que não se adie o ato para a obtenção do seu consentimento escrito. Neste consentimento prevalece o princípio da beneficência, devendo, neste caso, ser dada toda a informação necessária à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu representante legal assim que esta se encontre capacitada para decidir (DGS, 2013).

Deste modo, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos procurei demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Considero que pautei sempre a minha conduta de prestação de cuidados pelo respeito pela pessoa e família, pelo respeito pelos valores, costumes, vontades e crenças espirituais, promovendo o seu bem-estar, conforto, estabilização, dignidade, privacidade e pelo respeito pela sua intimidade.

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Inevitavelmente, as questões abordadas anteriormente posicionam-se numa ideologia de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Sendo assim, a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma preocupação constante por parte das organizações pois, contribuem para uma redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso a cuidados de saúde, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.

Perante esta problemática a DGS (2018) define a segurança da pessoa como sendo uma preferência para a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e reconhece como fundamental a avaliação da cultura de segurança de modo a canalizar intervenções de melhoria, monitorizando a evolução das mesmas nos serviços de saúde. Sendo assim, a qualidade em saúde é definida na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015) como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a

adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p.13551).

Por outro lado, e segundo a referência supracitada, a qualidade em saúde exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados em qualquer contexto económico-financeiro. Assim, estas vertentes da qualidade e da segurança dos cuidados intimamente interligadas, levam-nos a uma garantia da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde Português.

A qualidade em saúde está também pautada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 no Despacho n.º 9390/2021, surgindo no âmbito de uma política pública com objetivo de diminuir os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste documento, melhorar continuamente a qualidade na área da saúde traduz-se em fazer de tudo, no dia-a-dia, para que os cuidados de saúde prestados sejam seguros e efetivos; para que haja a eficiência na utilização dos recursos; para que haja equidade nos cuidados prestados e, que os mesmos sejam executados no momento adequado, culminando numa satisfação geral dos cidadãos, correspondendo às suas necessidades e expectativas.

Este PNSD 2021-2026

reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, (...) com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores (p.97).

É, também, suportado por cinco pilares, com definição de 14 objetivos estratégicos (Despacho n.º 9390/2021). Destes, destaco alguns:

- 1.Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente.
- 2.Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados;
- 3.Adequar da comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador;
- 4.Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA;
- 5.Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados, relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes e segurança da medicação;
- 6.Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e resistência aos antimicrobianos (p.99-103).

Ao refletir sobre estes objetivos estratégicos, posso concluir facilmente que estes estão harmoniosamente relacionados com a ação do enfermeiro e as competências comuns do especialista, em que sublinha a importância para a necessidade da gestão do ambiente, centrado na pessoa como condição indispensável para a efetividade terapêutica e para a

prevenção de acidentes/incidentes, gerindo o risco e promovendo uma envolvimento ao bem-estar (OE, 2019).

Efetivamente, a melhoria da qualidade no Sistema de Saúde está intimamente associada à melhoria da equidade e acesso aos serviços de saúde em tempo útil, da adequação e da segurança em que esses cuidados são executados.

Para obtermos melhores resultados em qualidade e segurança no Sistema de Saúde implica um maior envolvimento por parte dos profissionais de saúde, mas também, por parte da governação. Na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015) é dado enfoque ao esforço de integração nas diferentes áreas de prestação de cuidados de saúde, para conseguirmos promover a saúde e prevenir a doença, de forma a melhorarmos os cuidados antecipatórios e da identificação precoce de fatores de risco.

Na Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde, estão também regulamentadas as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, onde esclarece que todas as pessoas têm direito a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível (...)” (p.56).

Surge também a necessidade de criar sistemas de qualidade como sendo algo prioritário, razão pela qual, emergem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados em Enfermagem à PSC. Estes, estão patentes no Regulamento nº 361/2015, no qual os EEEMC no cuidado à PSC são reconhecidos como elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das PSC. Neste documento enaltece-se a importância da qualidade em saúde ser tarefa multiprofissional, sendo que, a mesma não se obtém apenas com o exercício profissional da enfermagem, nem mesmo poderá ser negligenciado, no esforço para conquistar qualidade em saúde. Salientam-se como enunciados descritivos a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da IACS, que os enfermeiros especialistas podem consultar.

Ao longo dos vários contextos de prática por onde passei, inteirei-me acerca dos projetos de melhoria contínua da qualidade (PPCIRA, avaliação do risco global/não global, uniformização dos procedimentos) e sobre o programa de acreditação e, apesar de não ter integrado especificamente nenhum deles, tive oportunidade de debater com os meus enfermeiros orientadores acerca da sua implementação, identificando áreas de melhoria, com finalidade de as reforçar e até conseguir transformá-las em pontos fortes.

O programa de acreditação dos serviços denomina-se de acreditação de unidades de saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucia* (ACSA) e foca-se na certificação da prestação de cuidados. Este modelo de acreditação baseia-se num processo de certificação através do qual se averigua e investiga de que forma os cuidados de saúde prestados estão de acordo com os padrões definidos, e pretende a continuidade da qualidade que a DGS objetiva desenvolver em Portugal. Por esse motivo, e sendo também harmonizável com a integração de todos os Programas Nacionais de Saúde em curso no país, foi adotado para o Sistema Nacional de Saúde e, em particular, para a instituição (DGS, 2014).

Durante a prática clínica em contexto de urgência, debati com o meu enfermeiro de referência sobre a acreditação do serviço. Concluí que o SU mantinha-se na fase da autoavaliação, não se encontrando ainda qualificado, apesar de haver um empenho voluntário dos profissionais de saúde em busca da melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados às pessoas. Nesta fase, articulei com vários elementos da equipa multidisciplinar, incluindo o enfermeiro tutor, identificando pontos fortes a nível do funcionamento do serviço, tais como, a existência de um plano de acolhimento para os novos profissionais; a definição das funções e responsabilidades para os diferentes postos de trabalho do SU; a existência protocolos revistos e atualizados sob a mais recente e fidedigna evidência científica; a existência de um sistema de triagem de prioridades no âmbito da prestação de cuidados de saúde; entre outros.

Já a UCIP encontra-se acreditada no nível Bom, sabendo de antemão que este não é um processo com fim em si mesmo pois, para assegurar este nível de qualidade, é necessário uma constante colaboração e acompanhamento, havendo sempre espaço para melhoria, permitindo evoluir para um nível superior.

Nesta linha de pensamento, e procurando a garantia da qualidade dos cuidados prestados, surgem os protocolos instituídos em cada serviço. Ao longo das minhas práticas clínicas, consegui perceber que, cada serviço possui um conjunto de protocolos revistos e atualizados, tendo em conta a mais recente e fidedigna evidência científica. Estes asseguram a qualidade das intervenções por parte da equipa de enfermagem, prestando cuidados uniformizados, auxiliando na tomada de decisão, minimizando a ocorrência do erro, proporcionando maior segurança ao enfermeiro no momento de atuar e, por conseguinte, maior segurança para a pessoa alvo dos cuidados prestados. Destes protocolos, tive oportunidade de observar e, mais tarde colaborar, entre outros, nos seguintes: administração de medicação endovenosa (quimioterapia, anticorpos, hemoderivados); administração de noradrenalina; administração de propofol; administração de insulina; administração de

potássio sérico; administração de oxigénio; inserção de cateter vascular central (CVC); inserção de cateter arterial; monitorização da pressão arterial invasiva; monitorização da pressão intracranéana; EOT; hipotermia terapêutica; atuação em casos de extravasamento dos citostáticos, entre outros. Dando alguns exemplos de protocolos que tomei a decisão de executar, relembro as análises de rotina e gasometrias colhidas na UCIP, em que interpretava e implementava os protocolos necessários, nomeadamente, referente à administração de insulina e/ou de potássio sérico. Monitorizava os sinais vitais e avaliava a sua estabilidade hemodinâmica, discutindo com a minha enfermeira de referência possíveis ajustes nas terapêuticas vasoativas.

Em todos os campos de estágio, colaborei com os profissionais de saúde também na gestão do risco, medidas para a prevenção do erro na medicação, medidas para a prevenção de quedas utilizando a escala de Morse, medidas para a prevenção de úlceras por pressão aplicando a escala de Braden, entre outros, com o objetivo primordial de garantir um ambiente seguro na prestação de cuidados de saúde. Observei ativamente e preveni os riscos ambientais que detetei, avaliando continuamente a pertinência dos meus atos, refletindo sobre o que se faz bem e o que surge de errado, através da reavaliação dos planos de tratamento, adotando comportamentos de mudança, protocolando intervenções, de forma a diminuir riscos e, assim, favorecendo cuidados de qualidade.

Em alguns momentos, tive oportunidade de discutir com os enfermeiros orientadores, e também com a equipa multidisciplinar, sobre os mecanismos formais para a participação de incidentes disponíveis nos serviços, de maneira a averiguar as suas causas e efetuar uma avaliação das consequências, sem atribuição de culpa, como está previsto no Despacho n.º 1400-A/2015, “a notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro” (p.3882).

No que concerne à prevenção do erro na medicação, a referência supracitada refere que “8% a 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação” (p.3882). Entende-se como erro de medicação qualquer evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado de medicação, ou mesmo causar danos à pessoa (Azevedo et al., 2020). Por isso, assegurei ao longo da minha prática a aplicação dos princípios para a segurança da administração de substâncias, nomeadamente, administrar o medicamento correto à pessoa certa, na dose e vias corretas e à hora certa, a duração certa,

a validade certa, garantindo uma assepsia adequada, verificando posteriormente a avaliação e monitorização do seu efeito com registo final. Quando surgiam dúvidas, investigava na bibliografia existente, debatendo com o meu tutor e/ou restante equipa, de modo a evitar o erro.

O documento referenciado sugere que as instituições prestadoras de cuidados deverão adotar boas práticas no que concerne à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração e implementar medidas estratégicas para diminuir o erro, assegurando o uso seguro dos medicamentos de alto risco (Despacho n.º 1400-A/2015). Os medicamentos de alerta máximo ou alto risco são segundo a DGS (2015) “aqueles que possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização” (p.4). Perante este tipo de medicamentos, o sistema informático do nosso sistema de saúde possui etiquetas identificando os que têm nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspetos semelhantes, conhecidos como medicamentos “*look-alike*” e “*sound-alike*” (LASA), ou seja, aqueles que podem ser confundidos, originando em possíveis trocas entre si.

Em termos práticos, notei que os enfermeiros estão despertos para estes aspetos, sendo transversal aos vários contextos de ensino clínico, preparando e administrando terapêuticas com os devidos cuidados, validando com outro colega quando necessário. Na minha conduta diária, adotei medidas de prevenção, cumprindo com a utilização segura do medicamento, como p. e., conheci a lista de medicamentos LASA da instituição, sendo que, alguns já eram de conhecimento referente à minha prática diária, o seu propósito e a importância para a redução de incidentes relacionados com esses mesmos medicamentos. Tive também, atenção à sinalética adotada pelo nosso sistema informático, alertando para os medicamentos LASA e, observei o armazenamento dos medicamentos LASA em cada serviço, garantindo a sua separação física e a sua correta identificação através de sinalização através de cores, negrito ou grafismo diferente.

Outro dos objetivos no âmbito da segurança das pessoas é a prevenção de quedas, onde em todos os contextos de ensino clínico é implementado a Escala de Morse, apesar de na UCIP não se aplicar a tetraplégicos e em pessoas em coma. Perante isto e, como resultado da sobrecarga de trabalho, notei que os enfermeiros nem sempre estão despertos para a aplicação na admissão, nem nos períodos recomendados para a avaliação e reavaliação, de acordo com o *score* de risco. No entanto, a título de exemplo, neste âmbito de prevenção de quedas, observava e registava o nível de consciência, tendo em conta a orientação da pessoa, disponibilizava a campainha, elevava as grades das camas/macás, baixava as camas até ao

nível mais próximo do chão, entre outros. Existe ainda, um procedimento informático para a notificação dos incidentes que possam ocorrer, de forma a agir com rapidez e de forma estruturada, no sentido de prevenir a sua repetição.

Também a prevenção da ocorrência de úlceras por pressão é uma das medidas salientadas no PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021). Conforme a *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*, *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)* (2014) “a úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção” (p.13). Estas, em particular as feridas crónicas, causam sofrimento, aumentam a prevalência das infeções, o que, por conseguinte, leva à diminuição da qualidade de vida da pessoa, levando muitas vezes à morte (Despacho n.º 1400-A/2015). No mesmo documento, é sugerido ainda que as instituições de saúde deverão ter estruturas e sistemas para a prevenção e gestão de úlceras de pressão, nomeadamente, implementação de protocolos e procedimentos baseados na mais recente e fidedigna evidência científica e que, seja feita a sua avaliação do risco e sistemas de notificação, de forma a atuar com brevidade para reduzir a frequência e a severidade das mesmas.

No decorrer dos diversos ensinamentos clínicos, apliquei a Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras por pressão em vários contextos. Notei que os enfermeiros estão despertos para a prevenção deste risco, aplicando medidas de prevenção das mesmas como, o posicionamento, a aplicação de loção hidratante com massagem corporal, a hidratação e a ingestão nutricional adequadas, entre outras. Relembro ainda, alguns cuidados específicos, nomeadamente, em pessoas sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), englobando, a manipulação e fixação correta do tubo orotraqueal (TOT), onde a pressão cometida pelo fio de nastro deverá ser verificada com o objetivo de evitar lesões labiais e auriculares por pressão. Outro cuidado que planeei e apliquei foi a verificação da pele com regularidade, tendo uma especial atenção aos níveis de humidade, limpeza e hidratação da mesma.

Com o objetivo de avaliar se ambas as escalas de Braden e de Morse são empregues de forma correta, são realizadas com frequência auditorias aos processos clínicos informatizados nos vários contextos de ensino clínico.

Posto isto, no decorrer dos diversos ensinamentos clínicos procurei colaborar na conceção e operacionalização dos projetos institucionais na área da qualidade, como já referenciado anteriormente, prevenção do erro na medicação, prevenção de quedas e de úlceras por

pressão, mobilizando conhecimentos e habilidades e, garantido a melhoria contínua. Tive em conta ainda, a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando de forma proactiva promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas.

2.1.3. Gestão dos cuidados

O exercício de funções de gestão, por enfermeiros, constata-se desde há longos anos. Sendo assim, o enfermeiro especialista executa a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa multidisciplinar, garantindo a qualidade e a segurança das tarefas delegadas. No que concerne a gestão dos cuidados, este adequa os recursos às necessidades de cuidados, reconhecendo o estilo de liderança mais adequado para a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019). Neste sentido, Costa (2013) defende que a aquisição de um novo conjunto de competências associadas a um vasto leque de conhecimento, permite ao enfermeiro empregar e conciliar estas diferentes aptidões técnicas, humanas e científicas, no sentido de gerir e liderar os serviços de enfermagem com maior comprometimento e eficiência.

No que diz respeito ao exercício de funções de gestão por enfermeiros, o Regulamento n.º 76/2018 salienta que tais funções são decisivas para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, compondo-se como componente efetiva para a aquisição de ganhos em saúde. O mesmo documento ainda salienta que o enfermeiro gestor é 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; (...) é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (p.3478).

Pode constatar-se que a eficácia organizacional depende de um equilíbrio harmonioso entre a existência de liderança e habilidades de gestão. Um bom gestor deve liderar e orientar, acreditando que as suas equipas devem oferecer o melhor atendimento possível às pessoas mesmo durante situações de urgência/emergência (Brazão et al., 2016).

Ao longo do ensino clínico em contexto de urgência, tive oportunidade de observar o trabalho realizado pelo Enfermeiro Chefe, e também o Enfermeiro Responsável de Equipa, numa dinâmica contínua de trabalho, no exercício das suas funções de gestão.

Apercebi-me que este é um serviço que está em constante transição e ajuste, de forma a dar resposta às necessidades de toda a população e, por isso, a gestão deste serviço torna-se numa tarefa árdua e complexa. Notei também a importância para a gestão dos recursos humanos em cada posto de trabalho pois o número de enfermeiros a alocar em cada um deles resulta da aplicação de ferramentas na área da gestão, que nos permite dimensionar a carga de trabalho de enfermagem. Sendo assim, no SU tende a integrar-se em cada posto o enfermeiro com as competências que respondam às situações específicas de cada um deles, razão pela qual, o EEEMC está frequentemente atribuído à sala de cuidados especiais, sala de observação integrando também, a equipa de emergência como elemento A, ou seja, aquele que fica responsável por coordenar a equipa.

O responsável de cada equipa é, normalmente, um EEEMC ou perito do serviço e é a sua função proceder à mobilidade dos enfermeiros pelos postos de trabalho de acordo com as necessidades do serviço, assim como da operacionalidade de todo o equipamento. É da sua competência certificar-se da existência de consumíveis clínicos para o normal andamento do serviço, entre outras funções. De forma geral, estes responsáveis de equipa notificam aos seus superiores hierárquicos para a falta das dotações seguras, de materiais e de condições de trabalho que possam afetar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Complementando a ideia supracitada, Brazão et. al (2016) sublinham que um líder deve ser idealista e admitir que existem outras escolhas no processo de tomada de decisão, saber comunicar e informar os membros superiores sobre a natureza das mudanças e a direção a seguir e ser capaz de criar o ambiente para que os processos ocorram.

A PSC necessita de cuidados diferenciados e de vigilância contínua, tornando-se imperativo abordar o tema das dotações seguras e rácios de enfermeiros. Assim, e como referido anteriormente, sabe-se que apesar da estrutura do SU estar em constante mudança, o número de elementos da equipa de enfermagem mantém-se, colocando em causa a segurança e a qualidade nos cuidados de saúde prestados aos cidadãos. Em resultado desta premissa, a OE emanou o Regulamento n.º 743/2019 intitulado de Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o qual refere 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, devendo, para isso, serem

utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (p.128).

Assim, a OE (2019) vem alertar para o facto de que o cálculo das dotações seguras não deverá limitar-se ao número de horas de cuidados por pessoa e por dia ou a tempos médios utilizados em diversos procedimentos, sendo que, para um rácio apropriado deverá ser considerado igualmente as competências profissionais, as estruturas do serviço, a formação e a investigação.

Sob esta perspectiva, é definido no Regulamento supramencionado que no SU, no caso do posto de triagem de prioridades nas urgências de adultos, seja garantido, preferencialmente, por um EEEMC na área do cuidado da PSC e com formação em Sistema de Triagem de Manchester (STM). Neste SU em específico, aquilo que se verifica é que o posto de triagem é assegurado por um enfermeiro generalista com formação em STM (triador).

Mais do que uma equipa, é a importância do SU dotar de pelo menos 50% de EEEMC na área do cuidado à PSC com formação em SAV e, em continuidade nas 24 horas (Regulamento n.º 743/2019), sendo estes profissionais, aqueles que detêm competências adequadas para dar resposta às mais diferenciadas situações que surgem neste tipo de serviço. Efetivamente, neste momento, existem um total de 110 enfermeiros sendo que, destes 18 são EEEMC, que equivale a 16% da equipa, ficando muito aquém do que está recomendado. É de salientar, que na sala de observação que tem capacidade para oito camas e um isolamento, são destacados dois enfermeiros, sendo um deles EEEMC. Já na sala de cuidados especiais, constituída por duas camas, é destacado um EEEMC.

Durante o ensino clínico II e III, pude constatar que a equipa da UCIP e UN também sofreram grandes ajustes, a nível de estruturas, recursos humanos, entre outros, para poder dar resposta às necessidades atuais.

Sendo assim, é também definido no Regulamento supramencionado que os rácios mínimos enfermeiro/pessoa deverão ser de 1:3 em unidades de nível I, 1:2 em unidades de nível II e 1:1 em unidades de nível III. A mesma referência, continua alertando para a importância da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) dotar de pelo menos uma taxa de 50% dos EEEMC na área do cuidado à PSC, em permanência nas 24 horas (Regulamento n.º 743/2019), o que ainda não corresponde à UCIP do HNM. A realidade desta unidade é que, neste momento, existem um total de 73 enfermeiros sendo que, destes 28 são EEEMC, que equivale a 38% da equipa de enfermagem. Destes enfermeiros especialistas, esta equipa ainda é dotada de quatro EER, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental

e psiquiatria (EEESMP) e outro em saúde comunitária. Por outro lado, o serviço onde está alocada a UN é constituído por 34 enfermeiros, sendo que apenas 15 estão destacados para a UN. Destes 15 enfermeiros, seis são EEEMC, o equivalente a 40% da equipa da UN. Dos enfermeiros especialistas, a equipa no geral, ainda é dotada de dois EER e quatro EEESMP. Relativamente à distribuição, a UN tem capacidade para cinco camas, sendo destacados dois enfermeiros, em que um deles é EEEMC.

Posto isto, na UCIP a metodologia de trabalho empregue é a de enfermeiro responsável, sendo o rácio de enfermeiros gerenciado de forma criteriosa em função do nível de cuidados e da gravidade das pessoas com recurso ao *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), aplicado pelo enfermeiro responsável de equipa, no turno da noite.

Mais recentemente, Macedo et al. (2021) validaram para Portugal em 2017 a escala *Nursing Activities Score* (NAS), sendo que a escala TISS-28 deixa de ser a única validada para o efeito, mensurando 43,3% apenas da carga de trabalho e, em contrapartida o NAS compreende 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros nas UCI, sendo considerado um instrumento confiável e válido para o efeito. Esta ferramenta, segundo os mesmos autores, possibilita a correta avaliação da complexidade da PSC, corroborando informação essencial para a antecipação dos recursos materiais e humanos necessários por turno. Relativamente aos recursos humanos, esta escala possibilita a antevisão do tempo imprescindível à prestação de cuidados de enfermagem, calculando o número de enfermeiros essenciais para cada turno. Já os recursos materiais são estimados para uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, garantindo a qualidade, a otimização dos recursos e a redução de custos (Macedo et al., 2021).

Segundo Simões (2020), a TISS-28 é uma ferramenta que identifica a gravidade da pessoa através da quantificação das intervenções terapêuticas usadas, em que o número de procedimentos realizados é diretamente proporcional à gravidade da situação, exigindo, naturalmente, mais cuidados de enfermagem.

Em concordância com o que foi mencionado, constata-se que a dimensão da equipa de enfermagem, vai muito além do número de profissionais que um serviço necessita para garantir a qualidade dos cuidados prestados, deve ter em consideração também, uma distribuição justa, de maneira que o cuidar seja feito com segurança de acordo com o grau de dependência de cada pessoa.

Em qualquer um destes contextos de prática clínica pode notar uma grande quantidade de transferências de pessoas, desde o encaminhamento para realizar MCDT e transferências intra-hospitalares, intimamente associados aos cuidados de enfermagem.

Alves (2021) defende que o enfermeiro que vá efetuar o transporte da PSC seja portador de formações em SAV, trauma, ventilação e controlo hemodinâmico, transporte de PSC, VV e comunicação em equipa/transmissão de más notícias. Como pude constatar em todos os contextos de prática, são em grande parte das vezes os EEEMC a acompanhar na transferência da pessoa em causa. Isto vai de encontro com o princípio apresentado pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos ([SPCI], 2008), isto é, que o nível e a qualidade de cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados da unidade de origem. Estes procedimentos, exigem gestão de cuidados de enfermagem e de recursos materiais, contactos com toda a equipa multidisciplinar e com os serviços recetores, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados durante todo o transporte intra-hospitalar da PSC.

Por conseguinte, o enfermeiro que realiza o transporte da PSC deverá estar capacitado para antecipar todos os riscos/complicações que poderão decorrer ao longo do mesmo (Regulamento nº 429/2018), deve de ter experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento assim como, treino em transporte da PSC com vista à segurança da pessoa e dos profissionais que o acompanham (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008).

No Hospital de Dia e na UN ainda colaborei ativamente no acolhimento e acompanhamento da pessoa portadora de doença hemato-oncológica maligna, preparando e verificando as unidades para a receção da pessoa, colaborando posteriormente na sua admissão, com todos os procedimentos que são necessários, exigindo capacidade de prever as necessidades das pessoas, antecipando, restringindo e controlando possíveis situações de risco acrescido. Destaco a verificação do funcionamento de todos os dispositivos, como por exemplo o oxigénio, aspirador de secreções, monitor de sinais vitais, bombas infusoras, entre outros. Adicionalmente, a reposição de todo o material que fosse necessário, verificando uma *check-list* própria referente à unidade da pessoa. Assim, a pessoa com doença hemato-oncológica maligna ao ser admitida neste tipo de contextos, encontra-se sujeita a diversas complicações/efeitos adversos, desde as hematológicas, incluindo quadros infecciosos decorrentes do estado neutropénico; trombocitopenia, com elevado risco de hemorragia; anemia; complicações gastrointestinais, metabólicas, dermatológicas, entre outras. Neste seguimento, foi possível identificar os focos de atenção/diagnósticos de enfermagem, que exigiram intervenções imediatas, de modo a evitar o agravamento clínico, levando à instabilidade hemodinâmica, dos quais saliento, infeção, hemorragia, febre, hipotensão/hipertensão, entre outros.

Portanto, no decorrer das práticas clínicas procurei gerir os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo em primeira instância a segurança e a qualidade das tarefas executadas. Desenvolvi competências nesta área em específico da gestão dos cuidados, que potencia a excelência dos mesmos. Considero que as diversas equipas multidisciplinares são dotadas de elementos com uma diversidade de experiências e conhecimentos, sendo todos os elementos indispensáveis ao sucesso dos cuidados prestados nos diferentes contextos.

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A escolha de realizar o Mestrado em EMC na área da PSC reflete concomitantemente o meu compromisso para com a profissão, tal como está patente no Código Deontológico.

Note-se que é dever deontológico do enfermeiro sustentar a atualização dos seus conhecimentos, nomeadamente, através da frequência de ações de qualificação profissional, tal como disposto na Lei nº 156/2015, que é referente à segunda alteração ao Estatuto da OE, no artigo 100º, alínea e). O artigo 109º, do mesmo estatuto, reitera o dever deste profissional na persecução do desenvolvimento de aprendizagens, no sentido da atualização persistente dos seus conhecimentos, assim como o empregar de forma habilitada as tecnologias, sem esquecer os processos formativos nas ciências humanas.

Neste sentido, a formação contínua do enfermeiro constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, com o objetivo primordial da melhoria contínua dos cuidados prestados, mas também um dever para com a profissão.

O enfermeiro especialista é o elemento da equipa multidisciplinar que é visto pelos pares como uma referência, pois detém não só conhecimentos de si enquanto pessoa e enfermeiro, mas também desenvolve toda o seu percurso com base no seu autoconhecimento e autoconsciência, permitindo desta forma uma intervenção junto da equipa, das pessoas alvo dos seus cuidados e família/pessoa de referência, o mais adequada possível. Assim, abordar o autoconhecimento é similarmente interpelar a relação.

Deste modo, o autoconhecimento surge na minha vida pessoal e profissional como algo que ajudou a reconhecer o meu “eu pessoal” e o meu “eu profissional”, que se unificam. Este atributo auxiliou-me ao longo dos ensinamentos clínicos a estabelecer relações terapêuticas com as pessoas a quem prestava cuidados e, a partir desta premissa, reconhecer o meu interior, nomeadamente, a minha vulnerabilidade, as minhas emoções e sentimentos e conseguir atuar em momentos de maior pressão.

Procurei sustentar os meus cuidados com base na mais recente e fidedigna evidência científica, que fornece uma base sólida de conhecimentos para a resolução de problemas que vão surgindo no dia-a-dia. Para tal, utilizei as pesquisas encontradas essencialmente em artigos científicos presentes em revistas e/ou bases de dados de relevância, tais como a EBSCO e RCAAP. Tudo isto, com apoio da formação dinamizada pela ESESJC, denominada “Pesquisas em Bases de Dados”, orientada pelo Dr. Nuno Henriques no dia 21 de abril de 2021. Estas pesquisas foram realizadas conforme as necessidades sentidas ao longo das várias experiências em ambientes de prática clínica. Neste sentido, atuei como elemento dinamizador e gestor da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades de investigação. Após as pesquisas executadas, interpretei, organizei e refleti junto dos meus enfermeiros orientadores e restante equipa de enfermagem os resultados provenientes da evidência que contribuíram para o aumento do leque de conhecimentos em determinadas áreas e desenvolvimento da enfermagem. Com as pesquisas realizadas e breves momentos de discussão entre a equipa, sinto que contribui para a partilha do conhecimento científico e para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada.

Durante o tempo compreendido nos meus ensinamentos clínicos, visto que prioridade foi o controle da pandemia do COVID-19, o plano de formação dos serviços estava suspenso. Apesar disso, procurei identificar em pequenas reflexões realizadas com os enfermeiros orientadores e enfermeiros responsáveis de equipa quais as necessidades formativas sentidas pelas equipas de saúde. Numa tentativa de fazer face a algumas carências formativas, foi articulado nos vários contextos de estágio, que a possibilidade de realizar formação em contexto de trabalho com a equipa não seria o mais adequado, tendo em conta as circunstâncias. Sendo assim, ao longo dos ensinamentos clínicos realizei pequenas formações informais, em conversas que tinha com os demais elementos da equipa sobre temáticas em que me sentia mais à vontade, nomeadamente, na área da cardiologia e da cirurgia pulmonar, mais especificamente os cateterismos cardíacos, cirurgias pulmonares, inclusive a recuperação pós-operatória, entre outros. Em geral, a equipa reconheceu o interesse e a utilidade das pequenas formações informais para o seu crescimento pessoal e profissional no âmbito da prática.

Em resumo, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos procurei desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, revelando a dimensão do meu “eu” e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional. Alicercei os processos de tomada

de decisão e as minhas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-me como facilitador nos processos de aprendizagem.

2.2. Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem especializada à pessoa em situação crítica

Tendo como objetivo primordial a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em EMC exigem portanto a conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção delineados em resposta às necessidades da população e suas famílias alvos dos nossos cuidados, com finalidade à deteção em tempo útil, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que requeiram de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, de modo a que consigamos prevenir complicações e eventos adversos, pelo que, o enfermeiro especialista é detentor de um conjunto de competências específicas que respondam a estas exigências (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Sendo assim, o Regulamento n.º 140/2019 elucida para as competências específicas como

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (p.4745).

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidados em situação crítica, exigem, portanto, do EEEMC uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e metodizada de dados, com o objetivo principal de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de antecipar e de detetar precocemente as complicações que possam advir, assegurando ininterruptamente intervenções de saúde precisas, concretas, eficazes e em tempo útil.

Na área de enfermagem no cuidar da PSC são enumeradas três competências que o enfermeiro especialista deverá ser detentor, em que passo a refletir neste subcapítulo, apresentando a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de prática de cuidados.

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

Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é a primeira competência específica esperada do EEEMC, no

ramo da Enfermagem à PSC. Esta primeira competência refere-se à capacidade do enfermeiro especialista de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, tendo em consideração toda a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa (Regulamento n.º 429/2018).

A vasta complexidade fez com que houvesse a necessidade de decompor a competência em diversas unidades de competência, de modo a existir uma compreensão mais eficaz daquilo que é esperado do EEEMC.

De acordo com o Artigo 3º do Regulamento n.º 429/2018 compete ao EEEMC prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Procurando fazer o enquadramento desta competência, faz sentido clarificar o conceito de situação emergente, uma vez que facilmente está associada e é confundida com o conceito de situação urgente. Desta forma, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2001) emergentes são “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (p.32); enquanto, por outro lado, urgentes são “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (p.32).

Partindo deste pressuposto, estes ensinamentos clínicos foram delineados no sentido do cuidar, mas, um cuidado que exige o olhar clínico e o julgamento crítico de forma a dar resposta às situações emergentes e a antecipar a instabilidade e a degradação do estado clínico da PSC.

Sendo assim, ao longo dos meus ensinamentos clínicos pude constatar várias formas para deteção de focos de possível instabilidade hemodinâmica na PSC, através de momentos como a passagem de turno de enfermagem, através da passagem da informação, da continuidade dos cuidados e na reflexão entre a equipa sobre os acontecimentos do turno.

Terminando o momento da passagem de turno e, se não houvesse necessidade de priorizar cuidados em resposta aos focos de instabilidade, procurava através da consulta do processo clínico informatizado, conhecer de forma mais concreta e objetiva a situação da pessoa a quem iria prestar cuidados. Com estes momentos de pesquisa e consulta no processo clínico, conseguia aperceber-me do historial clínico da pessoa. Deste modo, identificava o motivo de admissão, os antecedentes pessoais e familiares, os fatores de risco associados, as alergias, os diagnósticos médicos e de enfermagem, as intervenções planeadas e executadas, MCDT (com possibilidade de método comparativo), como por exemplo, análises

laboratoriais, gasometria arterial, radiografia e tomografia axial computadorizada (TAC), ECG, entre outros. Estes dados em complementaridade com os conhecimentos científicos, mais recente evidência científica e os conhecimentos dos enfermeiros tutores, possibilitava-me depreender evidências sobre a situação em questão, em conjunto com o olhar clínico.

O meu foco principal da abordagem era a priorização da minha intervenção especializada e dirigida à PSC, sendo essencial observar o seu estado clínico com mais precisão, não destoando o apoio às famílias. Portanto, o passo seguinte, era observar a pessoa no seu todo, realizando uma abordagem sistematizada da metodologia de prioridades “ABCDE”, permitindo-me atuar com prontidão, identificando de forma antecipatória focos de instabilidade. Correlacionava esta avaliação com a observação efetuada ao processo clínico informatizado e com os dados obtidos, e delineava intervenções de enfermagem especializadas a executar ao longo do turno. Isto permitiu-me planear intervenções para minimizar os riscos e garantir cuidados de qualidade e seguros, cumprindo o plano de cuidados de enfermagem individualizado, desde a colheita de dados (apreciação inicial), diagnóstico, planeamento, intervenção e, não menos importante, a avaliação dos resultados.

Recordo uma situação vivenciada por mim na sala de emergência do SU, de um politraumatizado, cuja avaliação inicial do “ABCDE” permitiu-me detetar que o senhor estava pálido, com sudorese, uma hipotensão marcada, mostrava sinais de trauma torácico. Com a palpação torácica e alteração do padrão respiratório denotamos um possível hemotórax bilateral, o que poderia levar-nos a crer que era consequência de uma possível fratura de costelas. Exigiu de imediato, por parte da equipa médica, procedimentos invasivos, nomeadamente, colocação de drenos torácicos bilaterais e, naturalmente, os restantes cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa. Conforme a DGS (2010), esta deve ser a abordagem inicial executada em qualquer que seja o nível de assistência. A mesma referência, complementa que, esta avaliação deve ser iniciada quando a equipa do pré-hospitalar chega ao auxílio da PSC, no momento da triagem e, ainda na tomada de decisão para a transferência e/ou transporte da mesma (DGS, 2010).

Liyew et al. (2021) recomendam que após a avaliação primária da pessoa, como referido anteriormente, surge uma segunda avaliação, onde observamos a pessoa e procedemos a um exame físico mais detalhado de forma cefalocaudal. Desta maneira, permitiu-me, identificar outros focos de instabilidade e de atenção perante a PSC. Ilustro outra situação, de modo a exemplificar o mencionado anteriormente, de uma pessoa de 58 anos que tinha recorrido ao SU com tosse produtiva, dificuldade respiratória e dor torácica. Foi encaminhado para a sala de observação para vigilância do seu estado clínico e

administração de oxigenoterapia e nebulizações. Após algum tempo, durante uma avaliação secundária, observei que este senhor mantinha dificuldade respiratória, com utilização dos músculos respiratórios acessórios, com SpO₂ inferior 90%, mesmo com oxigénio suplementar. Associado a este quadro apresentava hipotensão, taquicardia e temperatura timpânica de 38°C. Com supervisão do meu enfermeiro orientador, solicitei reavaliação médica, e dada a instabilidade do quadro clínico e resultado do raio-X tórax a pessoa foi transferida para os cuidados especiais para uma monitorização contínua e hemodinâmica e início de antibioterapia. Posteriormente, foi institucionalizado para o tratamento da infeção respiratória pois, devido à sua instabilidade exigia maior vigilância e atenção por parte da equipa multidisciplinar.

Já no Hospital de Dia de Hemato-Oncologia e na UN, revivo várias situações, em que procurei, pesquisei e inteirei-me sobre os vários tratamentos instituídos de forma a atuar de forma correta tendo em conta o tipo de citostático a administrar. Deste modo, percebi as formas de administração corretas, os possíveis efeitos secundários durante e após o tratamento, informando a pessoa sobre os mesmos, para que a mesma conseguisse evidenciar os sinais e sintomas atempadamente, evitando outras complicações graves.

De forma geral, as PSC em contexto de UCIP e UN necessitam, com alguma regularidade, de realizar MCDT diferenciados e específicos que permitam uma implementação precoce e eficaz do tratamento e a continuidade dos cuidados de acordo com as suas necessidades. No entanto, existem exames por vezes essenciais que não são “transportáveis” até junto da pessoa, como é o caso da TAC, em que muitas das vezes o transporte é feito com instabilidade hemodinâmica. Nesta situação em específico, acompanhámos a pessoa, sempre com o apoio do médico, até o local específico para a realização dos exames necessários. Novamente, nesta situação em concreto torna-se evidente a importância do EEEMC no cuidar da PSC que deve estar desperto e atento a qualquer alteração no estado de consciência da pessoa, bem como na vigilância e monitorização hemodinâmica.

As intervenções especializadas de enfermagem nesta área do cuidado podem ser de acordo com o REPE (Decreto-Lei n.º 161/1996), autónomas e interdependentes. Segundo o Regulamento n.º 613/2022 são autónomas as intervenções executadas pelos enfermeiros, “sob a sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, nos diferentes domínios de intervenção” (p.181). Já as intervenções interdependentes são “realizadas de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo comum, (...)”

assegurando a continuidade de cuidados e a avaliação dos resultados, de acordo com as respetivas competências e qualificações profissionais” (p.181).

Tendo em conta que a interdependência configura-se somente em relação ao início do processo prescritor, mesmo quando é outro profissional que prescreve, é o enfermeiro que adota a responsabilidade pelas suas decisões e pelos seus próprios atos. Consequente da intervenção interdependente encontra-se a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, como intervenção autónoma. Sendo assim, a administração de protocolos terapêuticos determina-se não pela sua interdependência, mas a sua gestão pela autonomia (Regulamento n.º 613/2022).

Foram diversas as situações que ao longo destes ensinamentos clínicos exigiram não só a administração de protocolos terapêuticos, mas, também, tudo o que lhes está inerente, tal como, a gestão do protocolo de amiodarona, noradrenalina, dopamina, dobutamina, propofol 2%, remifentanilo, protocolos de quimioterapia, entre outros.

Contudo, como toda a intervenção do enfermeiro na sua prática, a implementação de protocolos terapêuticos complexos possui complicações inerentes e, como tal, o profissional tem de obter a capacidade para diagnosticar precocemente de modo a prevenir agravamentos. Para Fernandes (2015) a gestão de protocolos terapêuticos complexos encontra-se relacionada com a prestação de cuidados à PSC. Assim, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos para além da administração destes protocolos, na sua gestão. Todas as situações complexas inerentes, têm associada a necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos que possibilitem prevenir complicações resultantes da implementação desses protocolos, assim como na implementação de respostas adequadas às complicações e na monitorização e avaliação dessas respostas (Vitorino, 2020).

Recordo uma situação vivenciada em que tínhamos uma pessoa no hospital de dia de hemato-oncologia a realizar protocolo de dessensibilização oncológica (DO) para carboplatina pois, tinha apresentado, anteriormente, uma reação de hipersensibilidade ao fármaco antineoplásico em questão. Para além do controlo de todo o protocolo terapêutico e dos objetivos terapêuticos, tornou-se imprescindível a avaliação dos sinais vitais e de possíveis complicações/efeitos secundários. Saliento que neste procedimento de DO, está sempre presente a EEEMC do hospital de dia em colaboração com a equipa clínica de imunoalergologia, de modo que com o seu olhar clínico e julgamento crítico, auxiliado pela monitorização contínua de possíveis efeitos secundários e complicações como o prurido e o *rush*-cutâneo possa minimizar os riscos associados.

Gaspar et al. (2020) corroboram esta ideia ao aludir para a importância do desenvolvimento de competências específicas por parte da equipa de enfermagem neste tipo de procedimentos, pela sua complexidade e rigor. Rosando et al. (2022), continuam sublinhando que o papel do EEEMC é primordial no cuidado da pessoa submetida a DO, pelo seu rigor na supervisão e individualização, intercedendo na promoção para a adesão à pré-medicação instituída e, na precoce identificação/monitorização de possíveis sinais/sintomas de reação de hipersensibilidade.

A reação de hipersensibilidade a um fármaco, neste caso em específico o antineoplásico, segundo os autores supracitados, manifesta-se de forma imprevisível, expressando-se através de sinais/sintomas específicos provocados após a exposição direta a esse mesmo fármaco, numa dose a que habitualmente seria bem tolerado. Os aumentos destas reações de hipersensibilidade devem-se ao aumento exponencial do consumo de vários medicamentos, nomeadamente, antibióticos e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) (Rosando et al., 2022).

De forma a manter a linha de tratamento de eleição, preservando a segurança da pessoa, bem como do seu prognóstico, atualmente existe a DO, que permite encontrar alternativas terapêuticas e a probabilidade de induzir tolerância à quimioterapia que desencadeou a reação (Gaspar et al., 2020). Os mesmos autores, referem que a DO é estabelecida num protocolo *standard* de dessensibilização, alicerçado no proposto pelo Serviço de Alergologia do *Brigham and Women's Hospital*. Assim sendo, este consiste na administração gradual de três soluções distintas em 12 passos, aumentando sucessivamente a velocidade de perfusão em 15 minutos, perfazendo um total de administração de perfusão do fármaco antineoplásico de aproximadamente seis horas (Gaspar et al., 2020).

Pode-se concluir que, o papel do EEEMC é preponderante para a efetividade deste tipo de protocolos, em todo o processo relativo à pessoa, desde o registo detalhado da reação de hipersensibilidade, nos cuidados após a mesma, no ensino para a realização dos testes cutâneos, na vigilância e monitorização dos mesmos, diagnosticando precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos complexos terapêuticos, efetivando respostas adequadas a essas mesmas complicações (Regulamento n.º 429/2018; Rosando et al., 2022).

Já no campo de estágio da UCIP, recorro a uma situação vivenciada onde a pessoa estava com suporte de VMI e sedoanalgesiada. Nesta situação, além da gestão de protocolos terapêuticos complexos foi essencial a avaliação da sedação com a utilização da *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS). Esta escala foi alvo de estudo e de pesquisa por evidência

científica assim como, de discussão com a enfermeira orientadora de forma a compreendê-la e aplicá-la de forma adequada.

Rasheed et al. (2019) defendem que a RASS é uma escala elaborada para determinar o nível de agitação e sedação de uma pessoa em ambiente de cuidados intensivos e permite proporcionar conforto e sedação ideal à criticidade da situação. No que diz respeito à pontuação da escala, Oliveira (2017), refere que, esta inclui níveis de sedação e agitação com uma pontuação de +4 a -5, sendo que a pontuação positiva corresponde a níveis de agitação e a negativa a níveis de sedação, um RASS de 0 indica uma pessoa calma e desperta, por outro lado, as pontuações -4 e -5 indicam estados de coma.

Identificar as escalas preconizadas para a avaliação da agitação e sedação da PSC faz todo o sentido, uma vez que fornece dados imprescindíveis para a avaliação do bem-estar da mesma. Isto vai também de encontro ao interesse que a comunidade científica tem vindo a demonstrar no estudo da dor, favorecendo avanços não só na prevenção e no tratamento, mas também na prestação de cuidados (OE, 2008). Portanto, cuidar da pessoa, família/cuidador informal a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é igualmente fazer gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa.

Desta forma, para melhor compreensão do cuidar da pessoa com dor, emerge a necessidade de clarificar alguns conceitos. Assim sendo, o bem-estar é uma área de estudo amplo, pelo que, tem evoluído ao longo dos anos e a sua investigação reflete diferentes conceptualizações teóricas e atualizações constantes do seu conceito. Segundo Ferreira (2013), o bem-estar é um conceito amplo e abrangente, considerando a pessoa de forma holística, incluindo a saúde física e mental, o bem-estar físico e psicológico, manifestando-se ao nível da satisfação e da felicidade.

Desta premissa, pode-se subentender que bem-estar e saúde são dois conceitos interligados. De facto, o ICN (2019b) define saúde como “processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade”.

Já a dor, é definida pelo ICN (2019b) como uma sensação aumentada corporal desconfortável, menção subjetiva de sofrimento, sendo, naturalmente, um fator que influencia o bem-estar da pessoa. A mesma referência, ainda acrescenta que a dor pode revelar-se através de uma “expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do

tempo, fuga do contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento”.

A *International Association for the Study of Pain* complementa referindo como, “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 2020).

Esta é tanto antiga quanto o próprio homem, intrínseca à própria vida, sendo uma das experiências mais vivenciadas e receadas. Quando esta é desencadeada por um tumor maligno primário e suas metástases, ou pelos tratamentos médicos advindos e direcionados à patologia, como a quimioterapia, radioterapia e cirurgias, é denominada de Dor Oncológica (Bennett et al., 2019).

Segundo Valois (2020), tendo em conta todas as pessoas com doença hemato-oncológica, 38% destes sofrem de dor moderada a intensa, 32% recebem tratamentos analgésicos insuficientes, tendo um impacto negativo na qualidade de vida desta população e seus familiares ao longo do tempo. Por isso e considerando que é um fenómeno fisiológico, complexo e multidimensional, a sua gestão e abordagem são consideradas como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, sendo por isso, um fator decisivo para a humanização dos cuidados (Fernandes, 2015).

Tem sido evidenciado através de inúmeros estudos que a dor é um sintoma muito frequente na PSC e a sua demonstração é proporcional, quer pela patologia de base ou pelo critério de admissão, quer associada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos inerentes ao seu tratamento (Ferreira et al., 2014; *American Association of Critical-Care Nurses*, 2018).

Ao longo das minhas práticas clínicas, notei que o tratamento da dor prevê a colaboração de uma equipa multidisciplinar com partilha de responsabilidades, mas, os enfermeiros por serem aqueles que detêm maior proximidade com as pessoas, são elementos fulcrais na deteção e avaliação da dor e implementação de intervenções para a gestão da mesma.

Tive oportunidade de cuidar de pessoas conscientes e orientadas que através da verbalização conseguiam exprimir a sua dor. Por outro lado, experienciei a complexidade de monitorizar a dor, quando a PSC se encontra com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, habitualmente por presença de TOT ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua.

Particularizando a PSC, a dificuldade na comunicação, a ansiedade e o medo experienciado pela própria agrava o seu estado geral, pois uma dor subvalorizada e

subtratada corresponde a uma dor não controlada, repercutindo-se no seu estado geral (Urden et al., 2008; Teixeira et al., 2016), podendo ter como consequência o atraso na sua recuperação colocando em causa a qualidade de vida, repercutindo-se no aumento da taxa de mortalidade (Rafiei et al., 2016). As alterações fisiopatológicas desencadeadas pela dor não controlada provocam alterações fisiológicas em todos os órgãos e sistemas principais. É desencadeado o aumento da FC, o inotropismo e a pressão arterial, podendo levar ao risco aumentado de isquemia do miocárdio por aumento do consumo de oxigénio. Outras complicações podem ser o risco de taquicardia e arritmias, atraso na cicatrização das feridas, risco de atelectasias, fenómenos tromboembólicos, vasoconstrição periférica e acidose metabólica (Dias, 2018). Para além de todas estas consequências, Freitas et al, (2019), ainda apontam para vários efeitos psicossociais nomeadamente, ansiedade, delírio, depressão e *stress* pós-traumático.

A DGS (2003) afirma que autoavaliação da dor é a forma mais correta desta ser avaliada. A Escala Visual Numérica é considerada *gold standard* para avaliação da dor e resposta à analgesia embora esta escala seja recomendada para avaliar a dor em pessoas que comunicam. Por isso, não é indicada para as situações de criticidade onde a capacidade de comunicar se encontra comprometida, devido a múltiplas barreiras como a necessidade de VMI e a utilização de agentes hipnóticos e neuromusculares (Ferreira et al., 2014). Nestes casos, utilizamos durante a prática clínica a fundamentação na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, apesar da avaliação da dor em pessoas incapazes de movimento neuromuscular espontânea representar um grande desafio para os profissionais de saúde. Segundo Freitas et al. (2019) as escalas que contemplam estes indicadores são denominadas escalas comportamentais de dor e são um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor quando a pessoa é incapaz de a autorrelatar.

Várias situações fizeram-me despertar o interesse por questionar e reforçar a necessidade de aumentar os meus conhecimentos sobre esta temática. Relembro a situação do Sr.º C. que encontrava-se internado na UCIP por um TCE, sob efeito de terapêutica sedativa e hipnótica que, aquando da colocação de um dreno torácico, apresentou um pico hipertensivo, sendo sugestivo da presença de dor. Optei por administrar analgesia prescrita em SOS. Com o decurso do procedimento, a pressão arterial retomou os valores fisiológicos apresentados anteriormente, revelando-se a terapêutica eficaz.

Segundo estudos realizados pela SPCI (2012), foram desenvolvidas escalas baseadas em indicadores comportamentais para detetar e medir a dor em PSC com bom grau de credibilidade e validade. A *Behavior Pain Scale* (BPS) é um instrumento que se encontra

validado em Portugal, sendo utilizada através da avaliação de três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e *compliance* ventilatória) na avaliação da dor em pessoas inconscientes sob VMI; a *Critical Care Pain Observation Tool*, está em processo de validação em Portugal e, inclui quatro itens comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e *compliance* ventilatória (pessoas em VMI) e vocalização (pessoas extubadas) para a avaliação da dor na PSC; e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* que aprecia cinco itens comportamentais (musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória, conforto) (Puntillo et al., 2017; Kotfis et al., 2017).

Na prática clínica do SU e da UCIP, a escala utilizada para avaliação da dor na PSC foi a BPS, como já mencionado anteriormente, onde com a ajuda dos meus enfermeiros orientadores e restante equipa de enfermagem pude observar a sua implementação e, posteriormente colaborar e avaliar. Esta era avaliada duas vezes por turno, uma no início e outra no final e sempre que necessário, como por exemplo durante procedimentos dolorosos e após a implementação de medidas farmacológicas ou não farmacológicas. Posteriormente procedia-se ao seu registo privilegiando sempre a autoavaliação da pessoa consciente e com funções cognitivas mantidas. Particularizando, a pessoa portadora de doença hemato-oncológica, Valois (2020), menciona que se a dor oncológica não for devidamente reconhecida, mensurada e sistematicamente fundamentada desde a primeira abordagem de diagnóstico oncológico, esta não poderá ser aliviada de forma satisfatória.

Para o controlo eficaz da dor, utilizei técnicas farmacológicas e não farmacológicas, tendo como principal objetivo o bem-estar e conforto da pessoa, identificando as possíveis ameaças externas à sua recuperação. Como medidas não farmacológicas utilizei muitas vezes as massagens com creme hidratante, posicionamentos frequentes, o toque quando percebia que a pessoa estava recetiva e preparada para tal. Para além destas medidas mais comuns, outras, como a diminuição dos estímulos ambientais, a promoção do sono, o encorajamento à presença da família e a musicoterapia, são medidas que a evidência científica divulga como essenciais na gestão da dor, o que pude constatar com a sua implementação (Lewis et al., 2018; Mota et al., 2019).

Relembro distintas situações em ensino clínico em que facilitei a presença de familiares junto da PSC, promovi o toque entre os intervenientes e incentivei a comunicação, sendo óbvia a atenuação dos sinais de desconforto, nomeadamente, redução da pressão arterial, da FC e do resultado das escalas de dor implementadas.

Aliadas às medidas não farmacológicas estiveram também as medidas farmacológicas, como intervenções interdependentes realizadas em colaboração com os enfermeiros orientadores e que exigem uma avaliação contínua das respostas que as pessoas apresentam e constante adequação da analgesia administrada.

Após esta reflexão, pode-se aferir que o controlo e gestão da dor, além de influenciar o prognóstico da PSC, é um dos elementos-chave na promoção do conforto e uma medida fundamental na prevenção de complicações a curto e longo prazo, tais como, o stress pós-traumático. Para isso e como já aludido anteriormente, devemos ainda ter consciência que a presença de dor prevê uma abordagem multidisciplinar, envolvendo partilha de responsabilidades entre os vários profissionais de saúde. Todos os profissionais envolvidos no cuidar da PSC com dor devem ter preocupação na avaliação da dor, na identificação de áreas de melhoria, na definição de planos de melhoria, tais como a implementação de escalas adequadas a cada pessoa e situação e a formação dos profissionais de forma a melhorar a prática baseando-se na evidência disponível.

Destá forma é de salientar que quanto mais especializado e competente for um enfermeiro, mais conseguirá este direcionar e personalizar o seu cuidado a cada pessoa, neste caso específico, com comportamentos de dor. Este, pelo contato de proximidade com a díade pessoa/cuidador informal, desempenha um papel basilar na monitorização e no ajuste do tratamento da dor (Freitas et al., 2019).

De acordo com a DGS (2015) a administração de forma segura de terapêutica passa pela implementação de orientações mais simples como promover a verificação da identificação da pessoa, do nome do medicamento, da dose, da via, da frequência e hora de administração, para qualquer terapêutica administrada, a protocolos mais complexos tanto de triagem como de atuação. Ainda de acordo com o REPE, no artigo 9º, os enfermeiros “procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos atuando em conformidade, devendo em situações de emergência agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (OE, 2015, p.103).

Ao longo dos vários contextos de ensino clínico constatei que cada pessoa dispõe da sua própria prescrição terapêutica que, normalmente, inclui medicação horária e as prescrições em SOS. Em caso de situações de urgência/emergência, contactamos o médico o mais brevemente possível, dando início à prestação de cuidados de suporte e, se necessário, de reanimação.

No que concerne ao transporte intra-hospitalar da PSC, o enfermeiro é em grande parte das vezes, o elemento mais diferenciado e com formação específica no cuidar da PSC. Faz-se sempre acompanhar pelo regime terapêutico da mesma e de alguma terapêutica de urgência. O enfermeiro assume-se, neste contexto, como responsável, tendo o conhecimento da pessoa, da sua história clínica e de farmacologia, que avalia e decide o momento oportuno em que se deve atuar e administrar medicação de urgência.

Neste sentido, pode-se constatar que o papel do enfermeiro especialista vai muito mais além do que a implementação de protocolos terapêuticos. É essencial manter a capacidade de julgamento clínico, de pensar criticamente e de considerar outras opções terapêuticas em prol da saúde das pessoas alvos dos nossos cuidados.

Como parte integrante das competências do enfermeiro especialista e na perspetiva de maximizar o bem-estar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença, torna-se imperativo gerir a comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador informal, gerir o impacto emocional decorrente da situação crítica vivenciada e utilizar as habilidades de relação de ajuda e estratégias facilitadoras da comunicação.

Alguns dos cuidados já referenciados têm a sua importância no que diz respeito à componente técnica para o tratamento da PSC. Mas, o olhar para a PSC não se baseia apenas na vertente técnica, mas sim, na complementaridade de todas as suas dimensões, visando um cuidado holístico. Desta forma, torna-se clara a importância da comunicação no ato de cuidar.

Com vista à humanização dos cuidados de enfermagem, “o enfermeiro tem o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015, p.97). Com o intuito de prestar apoio emocional é essencial que se institua uma relação de ajuda, que pode ser compreendida como “uma troca verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece um clima de compreensão e fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova” (Phaneuf, 2005, p.324).

Em contexto clínico de cuidados, é de extrema importância mobilizar não só competências técnicas na resolução de problemas, mas também deter uma disciplina emocional necessária de modo a gerir e prestar cuidados em situações particularmente difíceis (Abreu, 2007). Para isto, estabeleci uma relação empática com as PSC/cuidador informal de quem cuidei, explorando quais as sensações e sentimentos que possuíam face à

situação de doença por estes vivenciada. Posto isto, procurava estratégias que lhes permitissem expressar as emoções, tais como, a gestão do ambiente em que a comunicação era realizada, a presença de pessoa significativa, entre outros.

Quando prestamos cuidados à PSC e estamos perante limitações na comunicação atribuindo-se valor a esta vertente como parte integrante das intervenções de enfermagem e apercebemo-nos como é importante o desenvolvimento de capacidades comunicacionais, atitudes de empatia e respeito pela pessoa, aplicando-o no domínio da relação de ajuda. Esta foi uma área que, ao longo dos ensinamentos clínicos senti que fui aperfeiçoando, principalmente no que concerne à parte familiar. Promovi esta relação, auxiliando-me a comunicar eficazmente, demonstrando uma resposta empática, disponibilidade e escuta ativa, reconhecendo todas as limitações da pessoa e cuidador informal, procurando estratégias e técnicas de comunicação alternativas à comunicação verbal.

A filosofia dos vários contextos de prática clínica, como uma forma “urgente/emergente” de cuidar, apresenta um modelo organizacional e barreiras arquitetónicas, que se revelam limitantes na comunicação e relação de ajuda quando se pretende cuidar da melhor forma desta pessoa e/ou cuidadores informais.

Destaco uma situação particular de uma pessoa da qual cuidei. Tratava-se de um senhor que tinha recorrido ao SU com hemorragia digestiva alta e que, segundo informação médica, poderia necessitar de uma via aérea avançada. Com o passar do turno e, com agravamento do estado geral da pessoa, houve a necessidade de permeabilizar a via aérea, através da EOT, ficando a pessoa em VMI. Assim, uma das principais dificuldades sentidas, neste tipo de pessoas em VMI, é a dificuldade da emissão de sons por parte das mesmas, devido à presença de TOT, limitando a sua capacidade de comunicar. A evidência científica tem vindo a revelar que um dos principais fatores de angústia para a pessoa sujeita a EOT é o compromisso da comunicação, ficando a pessoa incapacitada de falar, apesar de, muitas vezes, estar consciente e se aperceber do que o rodeia (Happ, 2021). Para ultrapassar esta barreira, estive desperta para toda a comunicação não verbal, desde a expressão facial e corporal, os gestos, sons emitidos, entre outros. Contudo, comunicar em saúde, em especial com PSC, é um desafio.

Apesar de ser um senhor que estava sedoanalgesiado (com objetivo de RASS -5), ou seja, não deverá despertar, apresentei-me, informei sobre dia, a hora e onde estava, mantendo-o informado sempre sobre os procedimentos que ia ser submetido (p.e. administração de terapêutica, administração de alimentação pela sonda nasogástrica, prestação de cuidados de higiene, execução de tratamento). Além disso, procurei instituir

uma relação terapêutica, com uma comunicação eficaz com a família da PSC, o que me possibilitou conhecer as necessidades e preferências da pessoa alvo dos meus cuidados.

A assistência aos familiares perante estas situações é sempre um desafio pois cabe a nós, enfermeiros, o dever de informar a pessoa, família/prestador de cuidados no que respeita aos cuidados de enfermagem, assim como os deveres de respeitar, promover e defender o direito ao consentimento informado, livre e esclarecido. Tendo por base que a relação interpessoal é básica em qualquer que seja o contexto, compreendemos a comunicação como um instrumento insubstituível na melhoria da prestação de cuidados à pessoa, família/pessoa significativa que vivenciam processos complexos de doença, geradores de stress e de sofrimento.

Segundo Gomes (2020), quando são dadas informações à pessoa satisfazem-se várias necessidades a nível psicológico, ajuda a lidar com a patologia, minora a ansiedade, diminui o *stress*, promove o sentimento de segurança e acrescenta a adesão ao tratamento. A congruência da comunicação no desenvolvimento da relação de ajuda através da aplicação de estratégias como, a disponibilidade, a escuta e o toque, são elementares quando se quer prestar cuidados humanizados e efetivos.

Para finalizar, na minha opinião, esta é uma das competências mais árduas de se atingir, uma vez que gerir a comunicação, depende muito da situação, acrescentando também várias condicionantes como a idade, situação clínica, o entendimento da situação que está a vivenciar, fase de aceitação da patologia, expectativas e visão do futuro. Assim, em situações complexas e de difícil gestão, como p.e. a comunicação de uma má notícia, considero que, no seio de uma equipa de saúde, deverá ser um profissional diferenciado, especializado e, que acima de tudo, conheça a situação da pessoa/família, que através da sua comunicação consiga contribuir para um acompanhamento efetivo.

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

A segunda competência específica esperada do EEEMC é dinamizar uma resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação. Esta competência refere-se à capacidade do enfermeiro especialista conceber e gerir a resposta perante as situações supramencionadas, de forma a planeá-la o mais célere e sistematizada possível (Regulamento n.º 429/2018).

Com o intuito de operacionalizar esta competência, torna-se importante explicar os conceitos nela presentes. A Lei n.º 80/2015, relativa à Lei de Bases da Proteção Civil, no seu

Artigo 3.º define catástrofe como o “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p.5316). Estas situações podem ser agrupadas tendo em conta o agente causador, podendo ser uma ameaça ou acontecimento de saúde pública (epidemia, pandemia, outros); um acidente resultante do desenvolvimento tecnológico (incêndios, colapso de edifícios); um acidente industrial e/ou nuclear, radiológico, biológico e químico; um acidente com transportes (individuais ou coletivos, urbanos ou interurbanos); um acidente de origem natural (fenómenos sísmicos, situação meteorológica extrema); ou uma catástrofe relacionada com o comportamento humano (circuitos automobilísticos, espetáculos pirotécnicos, atos de terrorismo e/ou bélicos, manifestações) (Lei n.º 80/2015). Perante estas situações de catástrofe é imperativo uma atuação rápida, de modo a atingir o objetivo primórdio de prestar o máximo de cuidados ao maior número de vítimas (ICN, 2019a).

O conceito de situação de exceção não se encontra definido em termos legislativo, porém, a OE no Regulamento n.º 429/2018 define esta situação quando se verifica de forma pontual ou sustentada, no contexto de prestação de cuidados, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, exigindo de forma imediata a atuação, coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis. Estas condições de instabilidade condicionam a prestação das equipas multidisciplinares e implicam uma coordenação criteriosa e gestão de recursos humanos, recursos técnicos e informação disponível, em cada momento. Os acontecimentos que envolvem múltiplas vítimas são exemplos destas situações, onde as necessidades de cuidados são suficientemente elevadas para superar os recursos dos serviços médicos e de saúde pública da comunidade afetada, levando a situações de exceção (Prehospital Trauma Life Support [PHTLS], 2021).

Já as emergências podem resultar na disfunção do sistema de saúde, para além de aumentar a morbilidade, a mortalidade e a incapacidade (WHO, 2019). A mesma referência prossegue, referindo que uma única emergência, como é o exemplo as pandemias, pode protelar por décadas os ganhos em saúde pública e de outros setores. Assim, constata-se, que estas emergências interferem diretamente na qualidade dos cuidados de saúde prestados, quer pela sobrecarga dos recursos humanos e serviços clínicos, quer pelos danos físicos, estruturais e processuais dos serviços de saúde (Coelho, 2022).

Considerando que o desenvolvimento de competências está diretamente relacionado com as oportunidades da prática clínica e da sua casuística, durante este percurso de aprendizagem esta competência específica foi considerada por mim, como a mais audaz

do EEEMC no cuidado à PSC. Por isso, procurei estratégias que me permitissem desenvolver esta competência, fortalecendo o conhecimento sobre o plano de emergência da instituição e os princípios de atuação em situações de catástrofe, através do Plano de Catástrofe Externa de Urgência do HNM. Este foi elaborado por um grupo de trabalho constituído por profissionais com formação, treino e experiência de acordo com as normas de socorro em catástrofe, revisto em 2018 (atualmente em nova revisão). Tive a oportunidade de conhecer o Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas, que se encontra documentado no manual de serviço PO.01 DAPO. 0022, versão nº 003, elaborado pelo Gabinete da Qualidade em 31 de janeiro 2008, revisto em 2013 (atualmente em nova revisão). Ainda, procurei conhecer o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM (PREPCRAM), divulgado em junho de 2020, de âmbito geral, elaborado para enfrentar a generalidade das situações de emergência que se admitem para o âmbito territorial e administrativo da região, podendo resultar em acidentes graves ou catástrofes que afetem populações, património edificado, ambiente e atividades socioeconómicas, nomeadamente através de riscos naturais, tecnológicos e mistos.

Estes planos, em parceria com o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), coordenam e implementam um conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação da pessoa urgente/emergente (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2013).

Neste contexto, importa ainda considerar que as emergências que envolvem um número de vítimas elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e, naturalmente, a prática de cuidados de saúde, exigem um combinado de condutas médicas de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas, proporcionando-lhes o melhor tratamento e, para isso, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (Regulamento n.º 361/2015). Considerando que o HNM é o único hospital na RAM com SU Polivalente e centro de trauma, é o local que recebe as vítimas de uma catástrofe, sendo por isso, recomendado a definição de um Plano de Emergência, que possibilite a intervenção rápida e eficiente em situação de catástrofe, como já abordado anteriormente. Este deverá ser do conhecimento de todos os profissionais, sendo ativado de acordo com o tipo de gravidade da situação, por níveis, de forma gradual e sequencial. A primeira fase é a fase do alerta. O

alerta de ocorrência de catástrofe externa deverá chegar ao SU através de comunicação via rádio ou telefone de emergência da Proteção Civil, Bombeiros ou Forças de Segurança, contudo, poderá ocorrer apenas aquando da chegada das primeiras vítimas ao SU. Na fase do alarme, o enfermeiro responsável de turno promove a abertura do armário de catástrofe e, começa a contactar de imediato os vários intervenientes do gabinete de crise. Por fim, a fase de execução deverá ser definida de acordo com o tipo de catástrofe ocorrida, sendo que a resposta hospitalar poderá ser de três níveis.

No SU do HNM, localizado em frente à sala de emergência, estão organizados de forma a dar resposta aos diferentes níveis de emergência, os *kits* de triagem em situação de catástrofe e que foram alvo da minha avaliação e discussão com o enfermeiro orientador. De forma resumida, estes *kits* são constituídos por pulseiras de identificação de cores, requisição de análises numeradas, tubos para colheita de sangue, requisições de MCDT numeradas e folha de catástrofe numerada, de modo a dar resposta a uma situação desta natureza.

A OE, através do Regulamento n.º 429/2018, explicita que os cuidados à PSC que determinam destas situações exigem do enfermeiro especialista competências específicas para “dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (p.19359). Denoto que a enfermagem em situação crítica surge como a área de especialização mais direcionada para fazer face a estas situações, pelo que, acredito que a enfermagem à PSC possua uma importância significativa não só no cuidar da pessoa/família nestas circunstâncias, mas também na conceção, planeamento e gestão de cuidados, sendo elementos cruciais em todas as fases da catástrofe, desde a sua prevenção e preparação, até à sua recuperação. Como tal observamos que é pertinente incluir, no plano curricular de formação dos enfermeiros em geral, mas em especial dos enfermeiros especialistas em enfermagem à PSC, atividades que levam ao desenvolvimento de competências na área de atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Em 2015 Alfred et al., aludiram à mesma ideia, referindo que a capacitação dos enfermeiros para atuar em tais situações torna-se essencial para uma boa coordenação, planeamento e execução de todas as respostas necessárias para fazer face às necessidades.

Mais recentemente, Godinho (2018), através de uma revisão integrativa, concluiu que os enfermeiros encontram-se pouco preparados para dar resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe. Com o propósito de colmatar esta ineficiente preparação, vários estudos sugerem que o currículo de enfermagem deveria ser alterado de forma a incluir formação em gestão de catástrofe e que existe, sem dúvida, a necessidade de implementar políticas de saúde que proporcionem aos profissionais formação e treino em

situações de catástrofe, com o intuito de aumentar as suas competências nesta área, dando uma resposta adequada aquando de uma situação real e permitindo a diminuição da morbilidade/mortalidade das vítimas. Por este motivo, o ICN em 2019a, emanou um conjunto de competências essenciais que o enfermeiro deve ter para lidar com as situações de exceção e catástrofe, por exemplo, na área da preparação e planeamento, comunicação, gestão de sistemas de incidentes, segurança, triagem, entre outros. Desta forma, todos os enfermeiros especialistas devem demonstrar competências e um conjunto de habilidades de enfermagem na área de intervenção em catástrofe.

Com este intuito, o curso de Mestrado em EMC na unidade curricular de Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe proporcionou cenários de simulação com o objetivo de desenvolver um plano de intervenção de emergência e catástrofe, partindo de um caso clínico, contemplando a triagem primária e secundária, estabilização e transporte das vítimas. Esta oportunidade de partilha de conhecimentos e aquisição de competências foi enriquecido com a presença e colaboração de EEEMC experientes neste tipo de situações.

Não posso deixar de mencionar a minha frequência no Curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI) em dezembro de 2017, organizado pelo Madeira *International Disaster Training Centre*, como mais-valia para aquisição de competências diferenciadas perante um cenário de catástrofe.

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

A última competência específica esperada do EEEMC é maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil o mais adequada possível. Esta competência refere-se à capacidade do enfermeiro especialista responder eficazmente na prevenção, no controlo de infeção e na resistência a antimicrobianos, considerando o risco de infeção aos múltiplos contextos de prestação de cuidados, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018).

Conforme a DGS (2018) a IACS, anteriormente denominada como infeção nosocomial ou infeção hospitalar, e o aumento da resistência dos microrganismos aos

antimicrobianos são problemas interligados e de interesse crescente a nível mundial, não podendo ser descurado por parte dos profissionais, das unidades de saúde e dos cidadãos. Esta, é definida no Regulamento n.º 674/2021 como uma “infecção adquirida no decurso da prestação de cuidados, independentemente, do local onde são prestados e do nível de cuidados (...), incluindo as infeções dos profissionais adquiridas em contexto laboral” (OE, 2021, p.140).

Para colmatar esta problemática, um dos objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021) assenta na prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos, como já referido anteriormente. Nesse mesmo documento, é expresso que cerca de um terço das IACS são evitáveis, sendo que as mesmas dificultam o tratamento adequado da pessoa e são causa significativa do aumento da morbimortalidade, prolongamento do tempo de internamento, levando ao consumo gradual de recursos hospitalares e comunitários.

De forma a minimizar ou a controlar as IACS, frequentemente as estratégias passam pela utilização de antibióticos, muitas vezes de forma exagerada e inadequada, promovendo o crescimento de bactérias resistentes e multirresistentes. Por isso, o controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são consideradas uma ambiguidade, com estratégias de intervenção idênticas e/ou suplementares (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 33882-9).

Como resultado desta ligação, surgem as comissões de controlo de infeção, existentes em todas as unidades de saúde, obtendo um impacto positivo na melhoria dos cuidados de saúde prestados e na segurança da pessoa. Assim, a fusão destas comissões com o programa de resistência aos antimicrobianos constituem o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), criado em 2013 pelo Despacho n.º 2902/2013, sendo considerado um programa prioritário pelo Despacho n.º 6401/2016. Tem como principal objetivo a prevenção e controlo das IACS e a resistência aos antimicrobianos em unidades de saúde e na comunidade, através da efetivação de uma prática baseada na mais recente e fidedigna evidência científica, prevenindo eventos adversos relacionados com as infeções (Despacho n.º 10901/2022).

Concomitantemente, surge a criação de grupos que garantem o alcance destas medidas, através do Despacho n.º 15423/2013, sendo que na RAM fundou-se o Grupo de Coordenação Regional do PPCIRA (GCRPPCIRA), sendo que o SESARAM incorporou o desafio intitulado por “Gulbenkian, STOP Infeção Hospitalar!”, em associação com o Ministério da Saúde e com o *Institute of Healthcare Improvement*, em articulação contínua

com o GCRPPCIRA. Tem como principais metas: reduzir as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a CVC; reduzir as infeções urinárias associadas ao cateter vesical (CV); reduzir as pneumonias associadas à EOT; reduzir as infeções dos locais cirúrgicos, prestando às pessoas cuidados de excelência, em tempo útil e oportuno, baseado em evidência científica, integrando também nos cuidados a família/cuidador informal.

A ação do PPCIRA nos contextos de prática é essencial, mas não é isolado na redução da taxa das IACS, exigindo o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar na prevenção e redução das mesmas. Por este motivo, é primordial que todos os profissionais detenham conhecimentos de medidas básicas na prevenção e no controlo da infeção e prestem cuidados de acordo com os princípios orientadores definidos. A realização de procedimentos de forma consciente e criteriosa bem como a alteração de comportamentos é um dever de todos os profissionais.

Por isso, ao longo dos meus ensinamentos clínicos norteiei os meus cuidados tendo em conta a mais recente e fidedigna evidência científica, as normas emanadas pelo GCRPPCIRA e pela DGS, cumprindo com o “Feixe de Intervenções” que corresponde a um conjunto de medidas para a prevenção de IACS associadas ao uso de dispositivos invasivos como a VMI, o CVC e o CV. Salientam-se o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Norma nº 019/2015, de Prevenção de Infeção relacionada com Cateter Venoso Central na Norma nº 022/2015 e de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação na Norma nº 021/2015 da DGS.

Após uma leitura rigorosa do relatório “*Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*” realizado nos anos de 2011 e 2012 pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2013), consegui concluir que de um total de 15000 IACS reportadas, as mais frequentes são as infeções do trato respiratório (onde a pneumonia assume uma percentagem de 19,4% e as infeções do trato respiratório inferior surgem com um valor de 4,1%). Seguem-se as infeções do local cirúrgico (19,6%), infeções do trato urinário (19,0%) e infeções da corrente sanguínea (10,7%). Por último, mas não menos importante, as infeções do sistema gastrointestinal com 7,7% (ECDC, 2013).

Durante a minha prática clínica em contexto de urgência, notei como já referenciado anteriormente, que este serviço está sujeito a uma sobrelotação constante e, por esse motivo, muitas vezes não se respeitam os princípios básicos como a distância entre as pessoas/macac/camas/cadeiras de rodas, a correta higienização das mãos e a adoção de medidas de “biossegurança”, o que por sua vez, leva a um risco crescente de contaminação

cruzada e transmissão de microrganismos resistentes. Denotei haver um cuidado acrescido por parte dos enfermeiros perante a pessoa com doença hemato-oncológica pois, usavam o isolamento ou, em última instância a sala de recuperação, sendo esta uma área com unidades individuais, separadas por cortinas, privilegiando sempre a segurança dos cuidados.

Neste sentido, a DGS (2018) confirma que as características físicas e de funcionamento dos serviços, tais como a dimensão das equipas de profissionais, a sobrelotação das urgências, o número reduzido de quartos individuais, a distância insuficiente entre camas, são alguns exemplos de fatores que contribuem para a potenciação do risco de transmissão cruzada de microrganismos.

Para fazer face a estas situações diariamente, procurei assegurar a máxima qualidade dos cuidados por mim prestados, gerindo todos os recursos materiais disponíveis, cumprindo com as Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). Tendo em conta o contexto pandémico atual, o EPI encontrava-se sempre à disposição dos profissionais.

A DGS (2018) refere que as PBCI garantem a segurança das pessoas e de todos os que contactam com elas, devendo ser aplicadas independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso. Seguindo aquilo que está moldado pela DGS na Norma n.º 029/2012, nomeadamente, “na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que toda a pessoa está potencialmente colonizada ou infetada com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção” (p.3).

Considerando que a segurança é o pilar da cadeia de procedimentos em contexto de saúde, relembro algumas situações que vivenciei durante os ensinamentos clínicos. Recordo a admissão de uma pessoa na sala de emergência onde os profissionais não possuíam EPI. Apesar da pessoa não apresentar fatores de risco para COVID-19, não anula a possibilidade de infeção por este vírus ou outro e, portanto, idealmente devem de ser tratadas como suspeitas até confirmação. Em discussão com o meu enfermeiro orientador e, após algumas pesquisas, de acordo com as normas emanadas pela Direção-Geral da Saúde, a abordagem às pessoas nestas circunstâncias precisaria de ser executada com bata, máscara, proteção ocular (viseira ou óculos), luvas, protetores de sapatos e touca. A norma 007/2020 da DGS recomenda também a utilização de um respirador FFP1, em alternativa à máscara cirúrgica na prestação de cuidados diretos a pessoas com distância inferior a um metro, ou FFP2 sempre que se efetuam procedimentos geradores de aerossóis e/ou respiradores FFP3 quando são procedimentos geradores de aerossóis de risco elevado.

Na UN observei, que se cumprem com as recomendações normativas para a prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA. Sendo assim, colaborei e apliquei

todos os cuidados necessários, tendo em conta o “Feixe de Intervenções” na prevenção da infeção por MRSA (Norma n.º 018/2014). Durante os primeiros cinco dias de internamento após a admissão, aquando dos cuidados de higiene diários, a pessoa era submetida a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face e genitais) com toalhletes de gluconato de clorohexidina a 2%. Para além deste cuidado, após cada refeição principal era realizado a higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2%. Sendo pessoas independentes, realizei o ensino para os cuidados anteriormente mencionados.

Para além disto, considerando que as pessoas internadas nesta unidade necessitam de colocar um acesso venoso adequado e seguro para a administração de quimioterapia, este foi outro foco da minha atenção. Nestes procedimentos importa considerar que a colocação de acesso venoso central é um procedimento invasivo e constitui uma porta de entrada para qualquer hospedeiro associado ainda ao facto da pessoa se encontrar numa situação de maior fragilidade, normalmente, imunodeprimida, sendo um risco acrescido para a infeção nosocomial da corrente sanguínea. Nesse sentido, tive em conta o “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o CVC (Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022). Verifiquei que toda a equipa adota cuidados, nomeadamente, os cuidados de assepsia com a manipulação e manutenção dos mesmos, realização e mudança do penso do local de inserção, entre outros.

Ainda pude compreender a nível de Hospital de Dia e UN que é essencial consultar os resultados analíticos diariamente, de forma a perceber qual a contagem de neutrófilos, indicando-nos o nível de neutropénia e conseqüente risco de infeção. Sendo assim, sabe-se que os neutrófilos são células sanguíneas leucocitárias, tipo de glóbulos brancos que atuam na primeira linha de defesa do sistema imunitário humano, auxiliando o organismo no combate às infeções (American Cancer Society [ACS], 2020).

Em concordância com a referência supracitada, neutropénia é normalmente definida como uma contagem absoluta de neutrófilos (CAN) no sangue periférico reduzida, sendo uma condição clinicamente considerável devido ao risco aumentado de contrair infeções. Alimuddin e Bukhari (2021) especificam, referindo que a CAN entre $0,5 - 1 \times 10^9/L$ aumenta ligeiramente o risco de infeções por parte da pessoa, especialmente se outros ramos do sistema imunitário estiverem envolvidos. Uma neutropénia inferior a $0,5 \times 10^9/L$ está relacionada a um maior risco de infeção, essencialmente se CAN inferiores a $0,2 \times 10^9/L$ que acarretam um risco grave de vida, com uma ameaçadora suscetibilidade a infeções oportunistas (Dale & Newburger, 2013). Assim, pode-se concluir que o risco de infeção está diretamente relacionado com o grau e duração da neutropénia, risco esse que se encontra

aumentado durante o período de Nadir (Carpenter et al., 2015). O período de Nadir diz respeito ao tempo, expresso em dias, que ocorre entre a administração do fármaco e a ocorrência do menor valor da contagem hematológica. Normalmente ocorre num período de sete a dez dias após a quimioterapia, dependendo do citostático administrado, da dose e da via de administração. A contagem aumentará e voltará ao normal cerca de três semanas após a quimioterapia (Silva & Dias, 2007).

Tendo em conta o supracitado, durante o ensino clínico, constatei que quando existe um risco ou uma diminuição da CAN, é prescrito pelo médico assistente o fator estimulador de colónias de granulócitos (G-CSF), ou mais conhecido como filgrastim. Este fármaco tem como objetivo principal a estimulação da medula óssea para a produção de mais glóbulos brancos, sendo usado também, para aumentar o número de glóbulos brancos após ciclos de quimioterapia de forma a prevenir a infeção (Infarmed, 2015). A ACS corrobora esta situação, referindo que, no tratamento da neutropénia são prescritos fatores de crescimento mielóides – proteínas que estimulam a produção de glóbulos brancos, antibióticos preventores de infeção ou até mesmo, a suspensão do tratamento de modo que o organismo recupere a CAN (ACS, 2020).

Outro aspeto elementar na pessoa com neutropénia é a sua dieta, assumindo um papel relevante no controlo da infeção. Assim, na UN a pessoa com neutropénia realiza uma alimentação específica, cujo termo denomina-se de “dieta neutropénica” ou dieta com baixo teor bacteriano ou dieta hipomicrobiana. Como o próprio nome indica, esta dieta é destinada a pessoas imunodeprimidas, com o propósito de limitar a incidência de infeções, restringindo a exposição a potenciais patógenos, evitando assim, o surgimento de bactérias e outros organismos nocivos no trato gastrointestinal através da exclusão de alguns alimentos na sua alimentação diária, como frutos e vegetais crus (fonte de bactérias gram negativas) (Moody et al., 2018; Beaver et al., 2019). A Leukemia e Lymphoma Society (2017), alertam para alguns produtos potencialmente perigosos de origem animal crus ou malcozinhados como o peixe, carne, frutos do mar e ovos; leite não pasteurizado e seus derivados, como o queijo “macio” (p.e. queijo fresco, queijo azul, brie e camembert) e iogurtes; dar preferência ao uso de água engarrafada uma vez que, os sistemas de água podem ser potenciais fontes de fungos oportunistas.

Desta forma, constatei que a comida é confeccionada na cozinha do HNM, em tabuleiros individuais e protegidos por tampa, sendo só distribuídos na UN. Não é permitida a entrada de comida confeccionada de fora do hospital, à exceção de água engarrafada,

bolachas sem creme, gelatinas individuais, sumos individuais, entre outros. Estes mesmos alimentos são desinfetados previamente à entrada da unidade.

Na prestação de cuidados à pessoa sob VMI, nomeadamente na UCIP, percebi que um dos fatores predisponentes ao agravamento do seu estado clínico é a pneumonia associada à intubação. Assim, a DGS na Norma nº 021/2015 define pneumonia associada à intubação (PAI) como aquela que “surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas” (p.5). Ainda complementa referindo que, é “a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade” (DGS, 2015, p.6). Cruz e Martins (2019) defendem que o sistema de defesa do organismo da pessoa se encontrar modificado devido à presença do TOT pois, existe a supressão das vias aéreas superiores que, por sua vez acarretando mudanças a nível da fisiologia respiratória normal, induzindo a um aumento acentuado da produção de secreções e da frequência das infeções respiratórias.

Uma das medidas adotadas para prevenção da PAI na UCIP, consta na higiene oral com solução de gluconato de clorhexidina 0,2% três vezes por turno e, sempre que necessário. Nas visitas diárias da equipa multidisciplinar era colocado a hipótese de desmame ventilatório o mais precocemente possível, progredindo posteriormente para a sua extubação. Tive oportunidade ao longo do ensino clínico em contexto de cuidados intensivos, de realizar o acompanhamento destas decisões entre a equipa multidisciplinar, colaborar no processo de desmame ventilatório e, em conjunto com a minha enfermeira orientadora, extubar a pessoa sob VMI. Outra das medidas adotadas, era a verificação da pressão do balão do TOT, através da utilização do manómetro de *cuff*, pelo menos uma vez por turno e, sempre que se justificasse, ideia corroborada por Cruz e Martins (2019), que comprovam que a incorreta pressão do *cuff* pode conduzir à aspiração e, posteriormente, à ocorrência de pneumonia.

Neste contexto, de acordo com o Regulamento nº 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, a prevenção e controlo da IACS constitui um enunciado descritivo, no qual o enfermeiro especialista, “face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” (p.17243).

Todos os meus cuidados foram prestados tendo em conta um ambiente seguro, assegurando a melhoria contínua da qualidade, reforçando a necessidade para a adoção de

iniciativas que cooperassem para modificar a atitude perante a prevenção das IACS, medidas estas como: higienização e desinfecção das mãos, o respeito pelos princípios da assepsia, a utilização de EPI e a correta articulação dos circuitos dos materiais, equipamentos e resíduos.

Outros aspetos que também tive em consideração, além das pessoas alvo dos meus cuidados serem imunossuprimidas, foram as precauções básicas, incluindo as barreiras protetoras; o isolamento da pessoa; os dispositivos médicos utilizados; a deslocação da pessoa para realização de MCDT, por exemplo, entre outros. Ainda durante os meus ensinamentos clínicos, prestei cuidados inerentes ao manuseamento e desinfecção de todos os dispositivos intravasculares, como referido anteriormente, manuseamento de drenos torácicos e cateteres vesicais, em pessoas em VMI os cuidados durante a aspiração de secreções em circuito fechado, a correta seleção e encaminhamento dos lixos, através de circuitos próprios e definidos, entre outros.

No que diz respeito às visitas de familiares/cuidadores informais na UCIP e UN orientei sobre as medidas de prevenção e controlo da infeção, utilização de bata de proteção, máscara e desinfecção das mãos prévia e posterior à visita.

Perante esta situação, na UN existe um sistema de ar por pressão positiva e filtros *High Efficiency Particulate Arrestance* (HEPA) – e ar condicionado. Este sistema auxilia na intercetação de vírus e bactérias transmitidos pelo ar, água, gotículas e contacto, que podem ser perigosos para as pessoas imunossuprimidas, podendo ser causadores de infeção (GCPPCIRA, 2016). Após discussão com a minha enfermeira orientadora, percebi que a manutenção e substituição destes filtros HEPA deve de ser realizada com uma frequência de três em três meses e, sempre que houver necessidade, tendo em conta as normas e diretrizes das Comissões de Controlo da Infeção.

Posto isto, conduzi toda a minha prática com o intuito de prestar os melhores cuidados de saúde possíveis, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações apresentadas e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a várias medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, respondendo eficazmente na prevenção, controlo de infeção e resistência a antimicrobianos.

**CAPÍTULO III – DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS
À MESTRIA EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**

Nesta fase, de modo a compreender todo o caminho percorrido, faz sentido retroceder à origem etimológica da palavra que representa este ciclo de estudos, Mestre. O Dicionário da Língua Portuguesa define como “grau académico concedido a quem concluiu o curso e defendeu a tese de mestrado” ou “pessoa perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional”, conceitos que vão de encontro ao que está plasmado no Decreto-Lei n.º 65/2018.

A OE (2019) no Regulamento n.º 140/2019 complementa esta afirmação ao referir que o grau de Mestre em EMC é conferido aos detentores de conhecimentos desenvolvidos e especializados no domínio da sua área de intervenção ao demonstrarem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta a avaliação de prováveis necessidades em saúde e atuação em todos os níveis de prevenção.

Relembrando o Decreto-Lei n.º 65/2018 no seu Artigo 15.º é explícito que apenas é conferido o grau de mestre àqueles que demonstrem conhecimentos suficientes de capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando capacidades, promovendo-as e aplicando-as em vários contextos, incluindo na investigação; perante tais conhecimentos e capacidades de perceção e resolução de problemas, saber aplicar ao ocasionar situações novas em que não está familiarizado; habilidade de integrar conhecimentos, lidando com temas complexos, emitindo juízos ou desenvolvendo respostas em situações de informação incompleta, incluindo reflexões críticas sobre os seus atos para a prática; capacidade de comunicar as suas próprias conclusões a especialistas e a não especialistas de forma clara e perceptível; e, competências de aprendizagem auto-orientado ou autónomo (p.4162).

Ao longo deste percurso formativo emergiram diversas oportunidades potenciadoras do desenvolvimento destas competências. Recordo, por exemplo, a unidade curricular de investigação onde foi elaborada uma revisão sistemática de literatura sobre as medidas não-farmacológicas para o controlo da ansiedade nos doentes submetidos a cateterismo cardíaco. Este trabalho além de me permitir ter uma visão do conhecimento científico atual sobre esta área, contribuiu para que desenvolvesse métodos de pesquisa em bases científicas fidedignas e ainda, que fortalecesse a capacidade de transmissão de informação, uma vez que foi posteriormente apresentado no auditório da ESESJC.

Para além deste, a elaboração e apresentação de um estudo de caso relativo à PSC em contexto de Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalente do HNM permitiu-me também alcançar estas competências, uma vez que, sustentou-se na pesquisa científica e reflexão crítica, tendo posteriormente sido apresentado e discutido com os restantes colegas da turma e com a professora orientadora desta mesma prática clínica, explanando o meu

raciocínio, indicando quais os diagnósticos mais adequados para o caso em questão, as intervenções implementadas e os resultados obtidos avaliados.

Na minha prática clínica de opção, em contexto de Hospital de Dia de Hemato-Oncologia e UN, adquiri competências num contexto completamente novo para mim. Saí da minha zona de conforto e prestei cuidados especializados naquele contexto com base em pesquisa da mais recente evidência científica e ainda em momentos de reflexão junto da enfermeira tutora. Sem dúvida que estes momentos contribuíram para a minha evolução enquanto EEEMC mas também enquanto pessoa, uma vez que desenvolvi competências técnicas e pessoais.

De forma geral, afirmo que todos os ensinamentos clínicos contribuíram para que desenvolvesse competências em termos de tomada de decisão e reflexão, bem como na resolução de situações complexas, pois representaram verdadeiros desafios.

Concomitantemente, sinto que contribuí para o enriquecimento das equipas de saúde onde fiquei integrada, uma vez que, várias foram as oportunidades em que realizava pesquisa, discutia os resultados encontrados com os tutores e com os restantes elementos da equipa. Estes momentos foram essenciais para o meu percurso, uma vez que se traduziram em partilhas de conhecimento e de experiência profissional com a equipa multidisciplinar.

Não posso deixar de mencionar a minha capacidade de aprendizagem de forma autónoma, adquirida com a elaboração dos planeamentos para as práticas clínicas, bem como o projeto de autoformação. Através deste identifiquei as minhas necessidades de aprendizagem e planeei as estratégias para desenvolver as competências especializadas por mim pretendidas.

Como parte deste processo, acrescento a oportunidade de ser co-autora de um póster sobre a “Via Verde Coronária na Região Autónoma da Madeira” que foi posteriormente apresentado no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros em maio de 2022, na cidade de Braga e também no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra em maio de 2022, com atribuição do 3º prémio para melhor póster.

CONCLUSÃO

O meu percurso académico, do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, culmina com o relatório “Cuidar especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: da pessoa em situação crítica à pessoa com doença hemato-oncológica maligna em contexto de neutropénia”, uma transformação pessoal e profissional, um percurso de construção e aperfeiçoamento de competências, cuja explanação alcançou o objetivo delineado.

Ao longo da execução do presente relatório, procurei elucidar as experiências e os momentos vivenciados nos ensinamentos clínicos desenvolvidos nos vários contextos de prática, intrínseco ao plano de estudos do presente Curso de Mestrado. Estes locais de estágio constituíram campos de aprendizagens pertinentes pela diversidade de oportunidades e especificidade, proporcionando variadas experiências e conhecimentos basilares para o desenvolvimento e consolidação das competências requeridas ao Enfermeiro Mestre e Especialista em EMC. Concomitantemente a todo este percurso, considero que os conteúdos desenvolvidos nas aulas teóricas e práticas desta área, e, através de uma metodologia crítico-reflexiva, fomentaram o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEEMC, no cuidado à PSC. Constata-se, que o processo de aquisição de competências foi progressivo, contribuindo para o meu desenvolvimento tanto a nível pessoal, mas também, profissional.

Tais competências encaixam-se ao nível do domínio da responsabilidade, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados e do domínio das aprendizagens profissionais, na medida em que se edificaram como um instrumento para a minha prática diária e detiveram como objetivo otimizar a resposta da equipa de enfermagem e fundamentar a tomada de decisão com conhecimentos baseados na mais recente e fidedigna evidência científica. Os princípios éticos estiveram sempre patentes, sendo que as tomadas de decisão foram orientadas pelos mesmos, particularmente, princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, de acordo com a deontologia profissional de enfermagem e pelos direitos humanos.

O EEEMC, no cuidado à PSC, desempenha um papel importante na prestação de cuidados num ambiente altamente diferenciado, no qual a sua gestão de cuidados e os seus conhecimentos técnicos e científicos são elementares para uma resposta de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. Este, funciona como um elo no processo de transição

saúde/doença no cuidar pessoa e família/cuidador informal a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, e, que assinala a profissão de Enfermagem.

Ao longo do meu percurso formativo, o desenvolvimento de competências efetuou-se através da prestação de cuidados de enfermagem à PSC em situações de emergência/urgência, através da aplicação de conhecimentos aprofundados à mesma e família/cuidador informal através de meios de monitorização não invasiva/invasiva, assim como uma vigilância permanente no processo do cuidar. A compreensão do processo a que a pessoa com doença hemato-oncológica maligna vive, mas também a sua família, permitiu-me adquirir e enriquecer conhecimentos, fundindo-se nas competências com as competências especializadas, possibilitando-me intervir junto destes de modo sólido.

Posto isto, aprofundei e desenvolvi competências na gestão e priorização de cuidados da pessoa/família/cuidador informal a vivenciar processos complexos de doença e falência orgânica, utilizei conhecimentos na resolução de problemas em situações não familiares, e demonstrei melhorias na capacidade de resposta perante situações complexas atuando numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa e na família/cuidador em situação crítica e, assisti a família/cuidador informal nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica do seu familiar, aprimorando as competências relacionais/comunicacionais. Relativamente à dinamização de repostas a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, aprofundei conhecimentos através do estudo e reflexão acerca do plano de emergência/catástrofe do HNM.

A comunicação interpessoal, alicerçado com a relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador informal em situação crítica, foi algo que esteve sempre presente no cuidar de forma metódica e sistematizada.

A gestão da atividade profissional, pessoal e académica foi a principal dificuldade encontrada ao longo deste percurso académico, sendo esta superada com a motivação dos meus e do meu empenho no sentido de ser cada vez melhor como enfermeira.

Para concluir, importa ainda frisar que os ensinamentos clínicos foram idealizados na procura contínua pela excelência do exercício profissional pelo que, assenta no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018 referentes às competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, respetivamente; nos objetivos delineados por mim para os vários ensinamentos clínicos e ainda, nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra e Lisboa: EDUCA e Sinais Vitais.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (ACSS, 2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgências*. Disponível em WWW: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (ACSS, 2017). *Recomendações técnicas para serviços de infeciologia*. Disponível em WWW: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Infecologia_13_2017.pdf
- Alfred, D., Chilton, J., Connor, D., Deal, B., Fountain, R., Hensarling, J. & Klotz, L. (2015). Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15(1). 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.001>
- Alimuddin, I. & Bukhari, A. (2021). Improving neutrophil-to-lymphocyte ratio with nutritional therapy in chemotherapy-induced febrile neutropenia: a case report. *Current Developments in Nutrition*. 5(2), 838-38. https://doi.org/10.1093/cdn/nzab047_001
- Alves, F. (2021). *Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros durante o Transporte do Doente Crítico* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2018). Assessing Pain in the Critically ill Adult. *Critical Care Nurse*, 38(6). 13–16. <https://doi.org/10.4037/ccn2018781>

- American Cancer Society. (2020). *Low white blood cell counts (neutropenia)*. 1-5. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/low-blood-counts/neutropenia.html>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S. & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*. 12(1), 12-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Beaver, B., John, T., Craddock, J., Krance, R. A. & Tewari, P. (2019). The Effectiveness of the Neutropenic Diet in Pediatric Bone Marrow Transplant Patients. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 25(3),159-S60. <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2018.12.457>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics*. (2ª ed.) Springer. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=6Ql8AAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=expertise+in+nursing+practice+caring+clinical+judgement+and+ethics&ots=gjABnD3yIL&sig=BcBbH0BXPglQHd6NIa5Z5ZQHeV8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Bennett, M. I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W. & Treede, R. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*, 160(1), 38-44. [10.1097/j.pain.0000000000001363](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363).
- Boterf, L. G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões* (1ª ed.). Porto: ASA.
- Bray, F. (2016). The evolving scale and profile of cancer worldwide: much ado about everything. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 25(1), 3-5. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26667885/>
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G. & Carvalho, E. (2016). Atividades dos serviços de urgência hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8-14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf

- Camacho, C., Nunes, C. Q., Fraga, C., Santos, F., Camacho, J., Castro, L., Barradas, N., Serão, P., Caldeira, P., Ornelas, P., Lara, R., Teixeira, R., Camara, S., Muller, S., & Carvalho, T. (2020). *Registo oncológico na Região Autónoma da Madeira: 2020*. SESARAM.
https://www.sesaram.pt/portal/images/conteudos/cidadao/RARO3___2020_08042022_publicar.pdf
- Carpenter, M. S., Vianello F., & Poznansky C. M., (2015). *Neutropenia Febril*. In B. Chabner & D. Longo (Eds). *Manual de oncologia de Harrison* (2ª ed.) (197-206). Porto Alegre: Mc Graw Hill Education Artmed.
- Coelho, F. L. B. (2022). *Rumo à aquisição de competências especializadas na abordagem à pessoa submetida a cirurgia cardíaca sob suporte circulatório mecânico*. (Relatório de estágio para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal.
- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: relatório CRRNEU*. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>
- Costa, A. P. (2013). Liderança: A arte de fazer seguidores. *Gestão em organizações de saúde*, 3, 63-72.
https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=554&codigo=
- Cruz, J., & Martins, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20). 87-96.
<https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- Cunha, S. M. F. T. P. (2017). *Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos* (Trabalho efetuado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

- Dale, D. C. & Newburger, P. E. (2013). Evaluation and Management of Patients with Isolated Neutropenia. *Seminars in Hematology*, 50(3), 198-206. 10.1053/j.seminhematol.2013.06.010
- Decreto-Lei n.º 161/1996. **Diário da República** I-A Série. 205 (4-09-1996). 2959-2962. [Consult 22 fev 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182 [Consult. 26 jul. 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Despacho n.º 10901/2022. **Diário da República** II Série. 174 (08-09-2022). 93-99. [Consult 6 jun 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** II Série. 28 (10-02-2015). 3882-(2)-3882-(10). [Consult 10 jul 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho n.º 15423/2013. **Diário da República** II Série. 229 (26-11-2013). 34563-34565. [Consult 30 mai de 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-2965166>
- Despacho n.º 2902/2013. **Diário da República** II Série. 38 (22-02-2013). 7179-7180. [Consult 5 mai 2022]. Disponível em WWW: https://www.sesaram.pt/gcpcira/images/ficheiros/Anexos/gcpcira/Legislacao/Despacho_2902_2013_MS.pdf
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015). 13550-13553. [Consult 25 jun 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República** II Série. (24-09-2021). 96-103. [Consult 4 mar 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.tretas.org/dre/4672700/despacho-9390-2021-de-24-de-setembro>

Despacho n.º 6401/2016. **Diário da República** II Série. 94 (16-05-2016). 15239-15239. [Consult 2 fev 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/6401-2016-74443131>

Dias, A. S., (2018). *Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação Crítica: uma Intervenção de Enfermagem Especializada* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem em Médico-Cirúrgica: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Circular normativa n.º 09/DGCG. 2003. Disponível em WWW: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2014). *Manual acreditação de unidades de saúde* (2ª ed.). Lisboa: Author. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.asp>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 001/2017. 2017. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 005/2018. 2018. Disponível em WWW: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 007/2020. 2020. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.asp>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 014/2015. 2015. Disponível em WWW: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 015/2013. 2015. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 029/2012. 2012. Disponível em WWW:
<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 018/2014. 2015. Disponível em WWW:
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infeccao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 019/2015. 2015. Disponível em WWW:
<http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 021/2015. 2015. Disponível em WWW:
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 022/2015. 2022. Disponível em WWW:
<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

Egerod, I., Kaldan, G., Nordentoft, S., Larsen, A., Herling, S. F., Thomsen, T. Endacott, R., & INACTIC-group. (2021). Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103142>.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Point prevalence survey of healthcare – associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals: 2011-2012*. Stockholm: Author.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-0>

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Clinical Practice Guideline.
<https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.97.258103>

- Fernandes, M.C. (2015). *Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Ferreira, A. (2013). *Estudo Psicométrico do Índice de Bem-Estar Pessoal em Pessoas Portadoras de Deficiência Mental (PWI-D)* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial). Universidade Fernando Pessoa, Felgueiras.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista clínica Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2 (2). 17-20. <http://hdl.handle.net/10400.10/1383>
- Figueiredo, A., Potra, T. S., Lucas, P. B. (2019). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 279-288.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2029/1965>.
- Fleury, M.T., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Freitas, A., Fernandes, M., Marques, R. & Freitas, J. (2019). Applicability of scales/ indicators for pain monitoring in critically ill patient's incapable of verbalizing: a systematic review of the literature. *Revista de la Sociedad Española Del Dolor*, 26 (5), 293-303. <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3726/2019>
- Gaspar, C., Dias, O. & Frias, S. (2020). Dessensibilização Oncológica em Hemato-Oncologia e o Papel do Enfermeiro: Estudo de caso. *Revista Onco.News*, 40, 12-15. <https://doi.org/10.31877/on.2020.40.02>
- Godinho, F. (2018). *Catástrofe ou Emergência Multivítimas: Desenvolvimento de Competência para uma Intervenção Especializada de Enfermagem* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

- Gomes, B. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33195>
- Happ, M. B. (2021). Givin voice: nurse-patient communication in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 30 (4), 256-265. 10.4037/ajcc2021666
- Infarmed. (2015). Folheto informativo: Informação para o utilizador. http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=35352&tipo_documento=fi
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2012). *Situação de Exceção: Manual TAS*. (1ª ed). Versão 2.0. [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2013). *SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica*. (1ª ed). Versão 2.0. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- International Council of Nurses (ICN, 2019a). *Core Competencies in Disaster Nursing*. Version 2.0. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- International Council of Nurses. (ICN, 2019b). *International classification for nursing practice browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.
- International Council of Nurses. (ICN, 2020). *Guidelines on advanced practice nursing 2020*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
- Kameli, M., Khoshnevic, M. A., Nouri, J. M. & Khademolhosseini, S. M. (2015). Designing and the validation of the evidence-based nursing care instruction in the nausea and vomiting of patients undergoing chemotherapy. *International Journal of Medical Reviews*, 2 (4), 323-329.

- Kotfis, K., Baranska, M., Szydłowski, L., Zukowski, M. & Ely, W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients- Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 49, 66-72. 10.5603/AIT.2017.0010
- Lapum, J. L., Lee, C., Hughes, M., St-Amant, O., & Garmaise-Yee, J. (2020). Chapter 3 - Interprofessional communication in nursing. In J. L. Lapum, O. St-Amant, M. Hughes, & J. Garmaise-Yee (Eds.), *Introduction to communication in nursing* (pp. 125-169). Ryerson University. <https://pressbooks.library.ryerson.ca/communicationnursing/>
- Lei n.º 15/2014. **Diário da República** I Série. 57 (21-03-2014). 2127-2131. [Consult 12 ago 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181(16-09-2015). 5680-5686. [Consult 8 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/156-2015-69977686>
- Lei n.º 80/2015. **Diário da República**, I Série. 149 (03-08-2015) 1-83. [Consult 25 jul 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2015-105297982>
- Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019). 35-45. [Consult 3 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/95-2019-123279819>
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Sage Journals*, 1(4), 152-160. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431848800100408>
- Leite, L. (2006). O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 3º Painel - Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e Competências. Lisboa
- Leukemia & Lymphoma Society. (2017). *Diet guidelines for immunosuppressed patients*. Disponível em: <https://www.lls.org/managing-your-cancer/food-and-nutrition/diet-guidelines-immunosuppressed-patients>

- Lewis, M., Kohtz, C., Emmerling, S., Fisher, M. & Mcgarvey, J. (2018). Pain control and nonpharmacologic interventions. *Nursing*, 48 (9), 65-68. 10.1097/01.NURSE.0000544231.59222.ab
- Liyew, B., Tilahun, A. & Kassew, T. (2021). Practices and barriers towards physical assessment among nurses working in intensive care units: multicenter crosssectional study. *BioMed Research International*, 1-12. 10.1155/2021/5524676
- Macedo, R., Dias, A. M., 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. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- McEwen, M. & Wills, E. M. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. (4ª ed.). Artmed Editora. Porto Alegre.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumcher. (2010). Transitions from practice to evidence-based models of care. In A. Meleis (Ed). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (1-51). New York: Springer PublishingCompany.
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta.
- Miranda, A. C., Mayer-da-Silva, A., Glória, L & Brito, C. (2021). *Registo Oncológico Nacional: de todos os tumores na população residente em Portugal – 2018*. https://ron.min-saude.pt/media/2196/2021-0518_publica%C3%A7%C3%A3o-ron_2018.pdf
- Moody, K. M., Baker, R. A., Santizo, R. O., Olmez, I., Spies, J. M., Buthmann, A., Granowetter, L., Dulman, R. Y., Ayyanar, K., Gill, J. B. & Carrol, A. (2018). A randomized trial of the effectiveness of the neutropenic diet versus food safety guidelines on infection rate in pediatric oncology patients. *Pediatr Blood Cancer*. 65(1). <https://doi.org/10.1002/pbc.26711>
- Mota, M., Cunha, M., Reis Santos, M., Silva, D. & Santos, E. (2019). Non-pharmacological interventions for pain management in adult victims of trauma. *JBI Database of*

Cuidar especializado em enfermagem médico-cirúrgica: da pessoa em situação crítica à pessoa com doença hemato-oncológica maligna em contexto de neutropénia | 2022
systematic reviews and Implementation Reports, 17 (12), 2483-2490.
10.11124/JBISRIR-2017-004036

Oliveira, C. R. B. (2017). *Intervenções de enfermagem especializadas na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva na pessoa em situação crítica*. (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21124/1/Relat%C3%B3rio%20de%20estagio%20final%20-%20Carina%20Oliveira.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Author.
Disponível em WWW:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Author.
Disponível em WWW:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017) Parecer n.º 10/2017.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.

Pacheco, S. (2014) - *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética* (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. In R. S. D., Molin (Coord.). *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (15-35). São Paulo: Editora Científica Digital.

- Pereirinha, R. I. D. S. (2017). *A aplasia medular da pessoa com doença hemato-oncológica- Intervenção do Enfermeiro na Gestão da Transição* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21162>
- Peres, M. A. A., Aperibense, P. G. G. S., Dios-Aguado, M. M., Gómez-Cantarino, S. & Queirós, J. P. (2021). The Florence Nightingale's nursing theoretical model: a transmission of Knowledge [Special issue]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- PHTLS (2021). *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. (9ª ed.). Brasil: Artmed.
- Porto Editora. *Infopédia*. Porto: Author. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/mestre>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). Carta dos direitos do doente internado. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: DGS.
- Puntillo, K., Gélinas, C. & Chanques, G. (2017). Next steps in ICU pain research. *Intensive Care Medicine*, 43 (1). 1386-1388. 10.1007/s00134-017-4694-3
- Queirós, P. J. P., Fonseca, E. P. A. M., Mariz, M. A. D., Chaves, M. C. R. F. & Cantarino, S. G. (2016). Significados atribuídos ao cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, 10 (4). 85-94. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>

- Rafiei, M., Ghadami, A., Irajpour, A., & Feizi, A. (2016). Validation of critical care pain observation tool in patients hospitalized in surgical wards. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21 (5), 464-469. 10.4103/1735-9066.193391
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, D. B., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *The Journal of the International Association for the Study of Pain*. 161(9), 1976-1982. 10.1097/j.pain.0000000000001939
- Rasheed, A., Amirah, M., Abdallah, M., Parameaswari, P., Issa, M., Alharthy, A. (2019). Ramsay Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale: A Cross-sectional Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38 (2), 90 – 95. 10.1097/DCC.0000000000000346
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República II Série**. 26 (06-02-2019). 4744-4750. [Consult 10 jan 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República II Série**. 123 (26-06-2015). 17240-17243. [Consult 16 out 2022]. Disponível em WWW: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096?_ts=1656892800034
- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República II Série**. 135 (16-07-2018). 19359-19370. [Consult 3 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 613/2022. **Diário da República II Série**. 131 (08-07-2022). 179-182. [Consult 2 out 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Regulamento n.º 674/2021. **Diário da República II Série**. 139 (20-07-2021). 138-154. [Consult 13 abr 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/674-2021-167839756>

- Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019). 128-155.
[Consult 15 set 2022]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018). 3478-3487.
[Consult 25 mai 2022]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República**, I Série A (03-01-2001) 14-36. [Consult 3 mar 2022]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>
- Robalo, R. (2016). *Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação neurocrítica, potencial dadora de órgãos/tecidos* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal). Instituto Politécnico de Setúbal.
- Rosando, M. J., Andrez, M. & Calixto, R. (2022). Intervenção do enfermeiro na dessensibilização oncológica – estudo de caso. *Revista Onco.News*, (Supl. 44), 23-25.
- Santo, F. H., & Porto, I. S. (2006). De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. *Escola Anna Nery*, 539-546. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300025
- Santos, A. P. A., Camelo, S. H. H, Santos, F. C., Leal, L. A. & Silva, B. R. (2016). O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias de organização. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 50 (3), 474 – 481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400014>
- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Opinião*, 4-9.
https://www.researchgate.net/publication/311104560_Desenvolvimento_de_comp etencias_os_saberes_teoricos_e_os_saberes_praticos

- Saviato, R. M., Merce, S., Mato, C. C., & Leão, E. R. (2019). Nurses in the triage of the emergency department: self-compassion and empathy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1-11. 10.1590/1518-8345.3049.3151
- Serrano, M. T., da Costa, A., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962003.pdf>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, 2021a). Movimento assistencial cuidados hospitalares: ano 2019 vs ano 2020. https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=294
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, 2021b). Serviço de Medicina Intensiva. <https://www.sesaram.pt/smi/>
- Serviço Regional de Proteção Civil (2020). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*. https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM2019_v6_150620_CPublica.pdf
- SESARAM. Comissão de Farmácia e Terapêutica/Grupo de Coordenação de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2016). *Manual de antimicrobianos* (2ª versão). Disponível em WWW: https://www.sesaram.pt/gcpcira/images/ficheiros/Anexos/Manual_Antimicrobianos_2V_2016.pdf
- Silva A. S. & Dias V. L. S. M. (2007). Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: Definição de guideline. *Revista Onco.News*, (1), 11-17. <https://www.onco.news/ensinar-o-doente-a-lidar-com-a-toxicidade-hematologica-no-pos-quimioterapia-definicao-de-guideline/>
- Simões, J. (2020). Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva (Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

- Cuidar especializado em enfermagem médico-cirúrgica: da pessoa em situação crítica à pessoa com doença hemato-oncológica maligna em contexto de neutropénia* | 2022
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Teixeira, F. V. M. (2021). *Qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem: um percurso*. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Porto. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34709/1/202743942.pdf>
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: revisão integrativa de literatura. *Enfermagem Referência*, (10), 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. (5ª ed.). Lusodidacta.
- Valois, A. A. (2020). *Avaliação da dor em pacientes com cancro*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131056/2/434099.pdf>
- Vitorino, M. L. (2020). *Gestão de protocolos terapêuticos complexos na pessoa com doença neurodegenerativa em situação crítica*. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37406>
- World Health Organization. (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106>
- World Health Organization. (2021). *Portugal source: Globocan 2020*. <https://gco.iarc.fr>
- World Health Organization. (WHO, 2022). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

