



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE
ONCOLÓGICO EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA

THE COMMUNICATION WITH THE ONCOLOGICAL PATIENT
IN A CRITICAL CONDITION AND HIS FAMILY

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

Por Hugo Garcia da Silva Reis

LISBOA, janeiro de 2017



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE
ONCOLÓGICO EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA

THE COMMUNICATION WITH THE ONCOLOGICAL PATIENT
IN A CRITICAL CONDITION AND HIS FAMILY

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

Por Hugo Garcia da Silva Reis

Sob orientação da Professora Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, janeiro de 2017

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os orientadores de estágio e respectivas equipas de prestação de cuidados que contribuíram com o seu agir para que eu obtivesse a oportunidade de desenvolver-me, gradualmente, como pessoa e como enfermeiro.

Aos meus colegas de trabalho pela paciência, amizade, e compreensão ao longo deste exigente percurso.

Um agradecimento especial à Teresa Vilela e à Maria Manuel Alves pelo apoio constante, amizade e dedicação.

Agradeço à minha irmã, Ana Rita Reis, pelo exemplo e por ter sempre uma palavra de apoio e fraternidade (apesar das saudades e dos quase 11. 0000 km de distância que nos separam).

Um agradecimento especial aos meus pais, Matilde e Horácio Reis, por continuamente cuidarem de mim (mesmo quando eu não estou presente, por estar a cuidar de outros).

Agradeço, por fim, a todos a quem prestei cuidados de enfermagem até ao momento, pois sou (pessoalmente e profissionalmente) o fruto dessas mesmas interações.

Por fim quero agradecer à Prof.^a Doutora Isabel Rabiais pela orientação, disponibilidade constante, compreensão e sobretudo pelo conselho: “*A sorte procura-se!*”.

RESUMO

O presente documento apresenta-se como um relatório que pretende, de forma crítica e reflexiva, descrever as competências desenvolvidas como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica ao longo de um percurso metodológico formativo.

Para tal, foi definido um tema-matriz: “*A comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”, coadunável com a própria *práxis* quotidiana do enfermeiro.

A sua formulação foi assumida, por conseguinte, como o mote para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, comportamentais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.

Para tal, o tema principal foi aprofundado através de uma abordagem tridimensional ao longo dos vários estágios vocacionados para a prática clínica - realizados no intuito de desenvolver competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica. Sendo assim, foram realizadas três abordagens especializadas ao tema-matriz: em Unidade de Cuidados Intensivos (módulo II – Cuidados Intensivos/ Intermédios), em situações de urgência/emergência (módulo I – Serviços de Urgência), assim como em fase de tratamento ativo (módulo Opcional) - referente à realização de estágio num Hospital Dia de Quimioterapia.

Foram desenvolvidas, por este meio, várias competências edificadas num constructo definido concomitantemente através de três eixos fundamentais: o eixo da prática clínica, o eixo da reflexão crítica e o eixo da formação em contextos clínicos.

O mesmo foi apenas possível através da criação de uma terceira tríade: a pedagógica. Sendo assim, foi através desta última tríade que o próprio discente, num processo de tomada de consciência de si próprio como enfermeiro especialista, foi guiado e orientado por um docente orientador e por vários enfermeiros que rumaram continuamente (e em parceria) com o intuito de desenvolver uma nova construção pessoal e profissional: a de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Palavras-chave: enfermeiro especialista, competências, doente oncológico em situação crítica, família, comunicação.

ABSTRACT

The following report aims to describe, in a critical and reflexive manner, the skills developed by the specialist nurse in medical-surgical nursing throughout the academic methodological formation.

In order to achieve that it was defined a main theme: *“The communication with the oncological patient in critical condition and his family”*, which relates to nursing daily practice.

It was formulated as a starting point to the development of scientific, technical, ethical, behavioural and relational skills during the specialized practice of nursing care to the person in critical condition.

To do so, the main theme was established due to a three-dimensional approach that took the length of several clinical practices, undergone in the pursuit of developing specialized skills in medical-surgical nursing. To accomplish this, there were three specialized approaches to the main theme: in an Intensive Care Unit (module II – Intensive/Intermediate Care), in urgency/emergency situations (module I – Urgency Service), and in an active treatment stage (optional module) – clinical practice in a Chemotherapy Day Care Unit.

Several skills were developed in a learning construct grounded in three intertwined fundamental axis: clinical practice axis, critical reflection axis, and formation in clinical settings axis.

This was only possible thanks to the creation of a third triad: the pedagogical. It was through this triad that the student, in a process of increasing self-awareness of himself as specialist nurse, was guided and coached by a tutoring teacher and by several nurses that constantly aimed to create, in partnership with the student, with the aim of developing a new personal and professional construction: a Specialized Nurse in Medical-Surgical Nursing.

Key-words: specialized nurse, skills, oncological patient in critical condition, family, communication.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

nº - Número

p. – Página

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

Cél/mm³ - células por milímetro cúbico

CVC – Cateteres venosos centrais

NF – Neutropenia Febril

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SIRS - *Systemic Inflammatory Response Syndrome*

< - Menor que

> - Maior que

°C - Graus Centígrados

AMP – Atendimento Médico Permanente

CCIO - Centro Clínico e de Investigação em Oncologia

HDQ – Hospital Dia de Quimioterapia

IHIP – Instituição Hospitalar de Iniciativa Privada

IHRO – Instituição Hospitalar de Referência em Oncologia

SU – Serviço de Urgência

UANP – Unidade de Atendimento Não-Programado

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCII – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	p. 19
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: <i>“A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CHOQUE SÉPTICO NO DOENTE ONCOLÓGICO COM NEUTROPENIA FEBRIL”</i>	p. 23
1.1 INTRODUÇÃO	p. 23
1.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	p. 23
1.3. PERCURSO METODOLÓGICO	p. 26
1.4. RESULTADOS OBTIDOS	p. 28
1.5. DISCUSSÃO	p. 32
1.5.1. Considerações face à pesquisa efetuada	p. 32
1.5.2. Considerações face aos resultados obtidos	p. 33
1.5.3. Sobre a prevalência/ distribuição de resultados	p. 34
1.5.4. Sugestões para prática futura de investigação	p. 35
1.5.5. Conflitos de interesse/ considerações éticas	p. 36
1.6. CONCLUSÕES	p. 36
2. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA	p. 37
3. ELABORAÇÃO DE UM TEMA - MATRIZ COMO METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	p. 39
3.1. A REFLEXÃO COMO MOTE PARA O ENCONTRO DO TEMA - MATRIZ: <i>“A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE ONCOLÓGICO E SUA FAMÍLIA”</i>	p. 39
3.1.1. Reflexão sobre o cuidar: a Humanidade do doente oncológico	p. 39
3.1.2. Perceção do doente oncológico como doente crítico	p. 43
3.1.3. Delimitação de um tema-matriz	p. 44

3.2. ABORDAGEM TRIDIMENSIONAL EM CONTEXTOS CLÍNICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	p. 47
4. DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS AO LONGO DAS DIFERENTES ABORDAGENS AO TEMA- MATRIZ	p. 49
4.1. ABORDAGEM ESPECIALIZADA EM UCII – MÓDULO II (CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS)	p. 49
4.2. ABORDAGEM ESPECIALIZADA EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA - MÓDULO I (SERVIÇOS DE URGÊNCIA)	p. 56
4.3. ABORDAGEM PREVENTIVA EM FASE DE TRATAMENTO ATIVO - MÓDULO III (OPCIONAL)	p. 63
5. CONCLUSÃO	p. 67
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA)	p. 69

APÊNDICES

- APÊNDICE I - Sessão de formação sobre: *”Preparação do doente e família na transferência do doente oncológico em choque séptico para uma unidade de cuidados intensivos/ intermédios”*.
- APÊNDICE II - Sessão de formação sobre: *“A comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva”*.
- APÊNDICE III - Sessão de formação: *“Guia de intervenção para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar uma situação de emergência oncológica”*.

ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1 – Esquema do procedimento de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura.....p. 29

ESQUEMA 2 – Procedimento de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura.....p. 29

ESQUEMA 3 - Abordagem tridimensional do tema “*A comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”.....p. 48

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Aplicação da estratégia PICO..... p. 26

TABELA 2 – Critérios de inclusão e exclusão do estudo de acordo com o PICO.....p. 27

TABELA 3 – Descritores utilizados na protocolo de pesquisap. 28

TABELA 4 - Quadro-síntese da apresentação de resultados da pesquisa.....p. 31

TABELA 5 – Resumo da apresentação dos resultados da pesquisa.....p 32

0. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano apresenta-se como um constructo diário e contínuo, mediado por fatores endógenos e exógenos que permitem ao ser humano evoluir tanto como pessoa como quanto profissional.

Tal assume uma importância maior na figura daquele que presta cuidados à pessoa humana sendo ele, também de igual forma, um ser humano: o enfermeiro. Falo, essencialmente, da simples premissa de que cuidar é “(...) revelar-se àquilo que se faz”. (Honoré, 2004, p. 32).

Deste modo, é inerente ao sentimento de pertença do eu (personificado naquele que cuida, o enfermeiro), a necessidade de desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, comportamentais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados. A competência em enfermagem revela-se, assim, “(...) muito complexa uma vez que supõe uma combinação de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interpenetram e se alimentam uns aos outros” (Phaneuf, 2005, p. 3).

Sendo assim, cabe ao enfermeiro especialista a promoção do cuidado à pessoa que vivencia uma situação de saúde/ doença complexa, esperando-se que seja capaz de compreender as suas necessidades e assim estabelecer uma relação de ajuda, promovendo, concomitantemente, a sua dignidade e individualidade em todo o processo terapêutico.

Trata-se de um cuidar particular e refletido, na lógica dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O enfermeiro especialista é, assim, “(...) o enfermeiro habilitado com curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialização”, de acordo com o próprio Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) legislado no nº 3 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril).

A presente obra serve, assim, como mote para descrever a forma como eu, na primeira pessoa, fui desenvolvendo competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), sendo concomitantemente uma reflexão sobre o próprio cuidar de quem quotidianamente cuido. Tal exercício surge no âmbito da realização do 9º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), na forma presente de relatório de estágio.

Assim sendo, partindo dos objetivos gerais apresentados no Plano de Estudos do Curso (UCP, 2016), elaborei vários objetivos gerais e específicos a atingir nos três locais de estágio onde me foi dado o privilégio de desenvolver competências como EEEMC de abril a dezembro de 2016.

O presente relatório de estágio é assumido, assim, como um instrumento que descreve de forma crítica e reflexiva as competências gerais e específicas desenvolvidas ao longo dos diversos contextos clínicos (e de acordo com objetivos previamente traçados), com o intuito de construir-me e desenvolver-me como enfermeiro especialista. Trata-se, desta forma, de um documento que pretende sistematizar, organizar e interpretar as aprendizagens efetuadas (Fonseca, 2012) num constructo do eu como enfermeiro especialista.

Para o efeito, a presente obra divide-se em vários capítulos.

O primeiro capítulo (após a presente nota introdutória) corresponde à descrição do percurso realizado aquando a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre a identificação de intervenções de enfermagem fundamentais na prevenção do choque séptico no doente oncológico submetido a quimioterapia com neutropenia febril.

Por sua vez, o segundo capítulo aborda a importância da prática clínica como pedra angular para a aquisição e/ou desenvolvimento de competências no sentido de criar uma nova identidade profissional: a de enfermeiro especialista.

No terceiro capítulo do relatório é descrita a elaboração de um tema - matriz como metodologia para o desenvolvimento dessas mesmas competências, suportadas pela minha própria prática clínica quotidiana.

Esse capítulo, por sua vez, encontra-se dividido em dois subcapítulos: um referente à importância da reflexão como mote para o encontro do tema - matriz: “*A comunicação com o doente oncológico e sua família*”, e um outro referente à elaboração metodológica constituída

por uma abordagem tridimensional promotora do desenvolvimento de competências especializadas de domínio clínico.

O quarto capítulo do presente relatório diz respeito, por conseguinte, à vivência pessoal experienciada nos diversos locais de estágio - numa narrativa analítica, reflexiva e sobretudo crítica face à aquisição de competências como enfermeiro especialista ao longo de todo o processo. Para tal irão ser descritas, de forma tripartida, as competências adquiridas em cada um dos estágios realizados - evidenciando o papel impulsionador dos mesmos para o desenvolvimento progressivo de competências especializadas na área da enfermagem médico-cirúrgica (numa perspetiva incitadora de uma autonomia profissional especializada e de uma melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem).

A formulação do quarto capítulo acima descrito tornou-se, assim, primordial, por ser aquele que descreve os principais objetivos gerais e específicos atingidos para a construção da referida nova identidade profissional como enfermeiro especialista aquando a realização de três estágios na área de especialização. Os mesmos dividiram-se em módulos - cada um com a distribuição de 30 ECTS - o que resultou em 750 horas, 540 das quais correspondentes a horas de contato (tendo sido as restantes destinadas a trabalho individual).

Os estágios foram realizados em três unidades distintas entre os meses de abril e dezembro de 2016.

Como sexto e último capítulo surge uma súmula sobre o percurso percorrido, onde são evidenciados os principais pontos a reter ao longo da presente obra.

Por fim são identificadas as referências bibliográficas de suporte ao próprio relatório.

Com o fim de ilustrar de forma mais clara a totalidade do percurso realizado, seguem em apêndices alguns documentos que auxiliam na compreensão de todo o caminho formativo efetuado.

O presente documento encontra-se redigido segundo a norma APA - *American Psychological Association* (Pereira & Pouca, 2016), em conformidade com as normas definidas pela Universidade Católica Portuguesa.

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA:

“A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CHOQUE SÉPTICO NO DOENTE ONCOLÓGICO COM NEUTROPENIA FEBRIL”

1.1. INTRODUÇÃO

O choque séptico no doente oncológico com Neutropenia Febril (NF) submetido a quimioterapia continua a ser uma realidade presente nas instituições de saúde.

Apresenta-se, assim, como um cenário responsável pelo aumento dos dias efetivos de internamento, e pelo aumento da morbidade e mortalidade associadas a este grupo específicos de doentes.

Deste modo, torna-se crucial compreender qual a responsabilidade do enfermeiro na prevenção do choque séptico no doente oncológico com NF submetido a quimioterapia, identificando, para o efeito, intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes.

Para tal, elaborou-se uma revisão integrativa da literatura, sendo este capítulo exclusivo à sua descrição conceptual e metodológica. Pretende, de igual forma, descrever os resultados, analisá-los e discuti-los com o fim de contribuir para a prática baseada na evidência na área das ciências da enfermagem.

1.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A NF é uma das complicações mais comuns decorrentes do uso de quimioterapia, sendo definida como uma contagem de neutrófilos menor que (<) 500 cél/mm³ (células por milímetro cúbico) ou uma contagem < 1000 cél/mm³ com apresentação de um decréscimo presumível para < 500 cél/mm³ em 48 horas, em associação com uma avaliação isolada de temperatura avaliada através da mucosa oral de 38,3°C (graus centígrados), ou temperatura

maior ou igual a 38°C por mais de uma hora (National Comprehensive Cancer Network, 2009; Cavalli, Kaye, Hansen, Armitage & Piccart-Gebhart, 2009).

Em contexto de NF, de acordo com Cavalli *et al.* (2009) uma possível infecção potencialmente progredirá para uma sépsis severa, com aumento exponencial da mortalidade do doente e mobilização de recursos tais como serviços de urgência, e/ou unidades de cuidados intensivos.

Para tal contribui o tempo transcorrido entre a administração de um citostático e o nadir, ou seja, a ocorrência do menor valor de contagem hematológica após o qual é iniciado o período de recuperação medular (Costa, Magalhães, Félix, Costa & Cordeiro, 2005). Para diferentes regimes de quimioterapia, existem, assim, nadires diferentes (variando na sua maioria entre os 7 e os 14 dias).

Para todos os efeitos, esta síndrome é considerada uma emergência médica, sendo que a sua evolução pode traduzir-se no aumento da morbidade, custos para o doente oncológico e até a morte do mesmo. O sucesso no seu tratamento requer uma abordagem multidimensional, rápida e eficaz.

Sendo assim, os estudos

“(…) demonstraram que doentes com NF, que não fossem prontamente tratados, frequentemente, evoluiriam para um desfecho fatal, principalmente por bacteriemia a Gram negativos. Estudos mais recentes em doentes oncológicos com NF reportaram mortalidades entre 5 e 20%, aumentando em proporção directa com o número de comorbidades médicas e complicações infecciosas major do doente. Mortalidades excedendo os 50% foram reportadas, mesmo com início apropriado de terapêutica antibiótica, em doentes com choque séptico, pneumonia ou bacteriemia documentada. A evolução no tratamento de suporte reduziu a mortalidade associada a NF, no entanto, esta mantém-se uma causa importante de morbidade, mortalidade e custos no doente oncológico” (Atalaia, Vasconcelos & Bragança, 2015, p.13-14).

Os mesmo autores reforçam que “A estratificação do risco do doente com NF permite uma orientação direta na abordagem médica e terapêutica” (2015, p. 16).

Em termos etiológicos a discussão apresenta outros contornos:

“A ausência ou diminuição marcada de granulócitos, a diminuição de acção de barreiras mucosas e mucociliares e a alteração da flora microbiana (decorrente de

doença grave) predispõe o doente neutropénico para potencial infecção e sépsis. Inicialmente os principais agentes isolados eram gram-negativos, destacando-se a *E. coli*, *Klebsiella sp* e *Pseudomonas aeruginosa*. Contudo, ao longo do tempo, estes agentes microbianos da flora endógena tornaram-se menos evidentes e, a partir de 1980, verificou-se um aumento da taxa de infecção por bactérias gram-positivas, como *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* e *Corynebacterium sp*. Uma das principais causas desta alteração deveu-se à utilização crescente de cateteres venosos centrais (CVC), inibidores da bomba de prótons e profilaxia com quinolonas” (Venâncio, 2013, p. 2).

Deste modo, torna-se imperativo estratificar o risco do doente com NF, com o fim de obter orientações metodológicas de tratamento e, assim, identificar doentes de alto risco. Para tal, estão identificadas duas escalas: a *Talcott Group* e a *MASCC FN Risk Index*. Nos doentes com alto risco prevalece, assim, a

“(…) suspeita de *systemic inflammatory response syndrome* (SIRS), e sépsis durante a avaliação inicial. A SIRS é definida pela presença de dois ou mais dos seguintes critérios: temperatura > 38°C ou <36°C, frequência cardíaca > 90bpm, frequência respiratória >20cpm, PaCO₂ <32mmHg. Para todos os doentes com história de exposição a terapêutica antineoplásica nas últimas 6 semanas (ou uma condição de insuficiência medular conhecida) e com critério de SIRS, deverá admitir-se a possibilidade de síndrome de sépsis neutropénica e deverá ser tratado emergentemente, de preferência em ambiente de cuidados intensivos” (Atalaia *et al.*, 2015, p. 17).

Tal implica, por parte de quem cuida destes doentes, intervenções sustentadas em prática baseada na evidência – sendo que os enfermeiros constituem um dos grupos profissionais com maior responsabilidade pela qualidade dos cuidados e garantia da segurança.

Quais são, então, os cuidados promotores da prevenção do choque séptico no doente oncológico com NF? Esta é a questão que impera, e que o presente estudo pretende clarificar.

1.3. PERCURSO METODOLÓGICO

Procedeu-se à realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) como metodologia promotora de uma maior assimilação da evidência científica no encontro de uma resposta à problemática enunciada - seguindo as etapas definidas por Mendes, Silveira & Galvão (2008).

Por conseguinte, constituíram-se como objetivos:

- *Compreender a responsabilidade do enfermeiro na prevenção do choque séptico no doente oncológico submetido a quimioterapia com NF;*
- *Identificar intervenções de enfermagem promotoras da prevenção do choque séptico no doente oncológico submetido a quimioterapia com NF.*

Para tal, definiu-se como questão de investigação de acordo com a estratégia PICO (TABELA 1) - *Quais são as intervenções de enfermagem promotoras da prevenção do choque séptico no doente oncológico submetido a quimioterapia com NF?*

PICO		
<i>P</i>	<i>Participantes</i>	Doente oncológico submetido a quimioterapia com NF
<i>I</i>	<i>Intervenções</i>	Intervenções de enfermagem
<i>(C)</i>	<i>Comparação</i>	<i>(Não aplicável por não se tratar de um estudo descritivo)</i>
<i>O</i>	<i>“Outcomes”</i>	Prevenção do choque séptico

TABELA 1 – Aplicação da estratégia PICO.

Posteriormente foram definidos critérios de inclusão e exclusão face à questão de investigação (TABELA 2).

PICO	CrITÉrios de inclusão	CrITÉrios de exclusão
P	- Doente oncológico submetido a quimioterapia, com risco acrescido de NF ou com NF; - Doentes com idades acima dos 15 anos.	- Doentes oncológicos com idades inferiores a 15 anos.
I	- Intervenções de enfermagem.	- Intervenções de outros grupos profissionais; - Intervenções cujo grupo profissional que procedeu à sua realização se encontra omissa; - Intervenções cujo grupo profissional que intervm não se encontra devidamente nomeado - ou seja, não se encontram descritas intervenções como sendo realizadas por enfermeiros.
C	-	-
O	- Prevenção do choque séptico no doente com NF; - Intervenções preventivas de choque séptico no doente com infeção, bacteriemia, SIRS, sépsis , sépsis grave.	- Outros níveis de atuação que não o preventivo do choque séptico; - Choque séptico de doentes não quimiotratados; - Choque séptico de doentes neutropnicos, não quimiotratados; - Choque séptico de doentes quimiotratados, que não se apresentem neutropnicos.

TABELA 2 – CrITÉrios de inclusão e exclusão do estudo de acordo com o PICO.

Foram incluidos todos os ensaios clínicos, estudos randomizados e não randomizados e estudos de coortes.

Para além dos crITÉrios apresentados, foram incluidos artigos cujo principal objetivo não seria o de determinar intervenções de enfermagem, contendo contudo a sua presença devidamente identificada ao longo da descrição do estudo. Excluíram-se todos os artigos cuja consulta integral não era facultada.

Com o fim de apresentar os resultados surgiu a necessidade de criar unidades de texto associadas a intervenções de enfermagem, para proceder ao tratamento de dados.

Tendo como linha orientadora a questão de partida, foi realizada a presente revisão integrativa da literatura entre 20 e 26 de dezembro de 2016, utilizando o inglês e o português como idiomas preferenciais (e artigos datados entre 2011 e 2016).

Relativamente às bases de conhecimento científico utilizadas, destacam-se as seguintes bases de dados eletrnicas: *EBSCO – CINAHL Complete, Medline Complete, Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane*

Methodology Register, Health Technology Assessments; MediciLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, NHS Economic Evaluation Database e Scielo – Scientific Electronic Library Online.

Utilizou-se ainda, para complementar a pesquisa, o motor de pesquisa Google ®, e manuais de referencia na área da enfermagem em oncologia.

Em cada base de dados foram identificados descritores de pesquisa, sendo que os termos foram transcritos para descritores controlados de cada base de dados (**TABELA 3**).

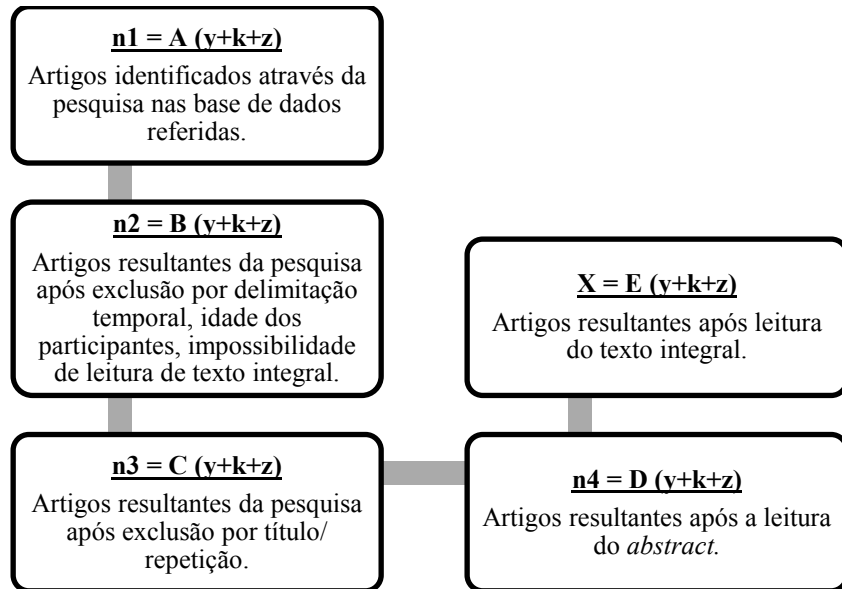
PORTUGUÊS		INGLÊS	
S1:	<i>Paciente, doente.</i>	S1:	<i>Patient.</i>
S2:	<i>Enfermagem oncológica; enfermagem; intervenções; intervenções de enfermagem; cuidados de enfermagem.</i>	S2:	<i>Oncology nursing; nursing care; nursing; nursing interventions, interventions.</i>
S3:	<i>Neutropenia; neutropenia febril; quimioterapia; choque; choque séptico.</i>	S3:	<i>Neutropenia; febrile neutropenia; chemotherapy-Induced Febrile neutropenia; septic shock, shock.</i>

TABELA 3 – Descritores utilizados no protocolo de pesquisa.

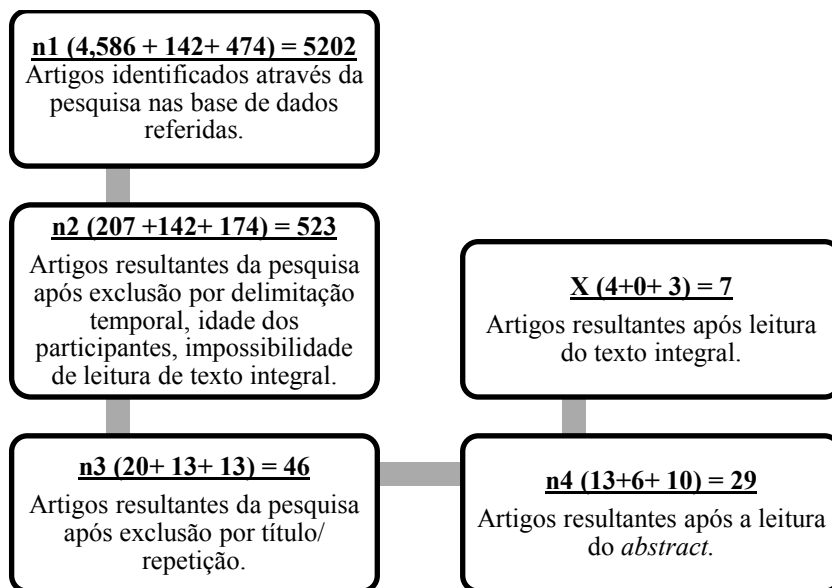
1.4. RESULTADOS OBTIDOS

Utilizando a estratégia de pesquisa anteriormente descrita foram identificados (n1) artigos nas diferentes bases de dados, dos quais (n2) apresentaram-se como resultantes após exclusão por delimitação temporal, idade dos participantes e impossibilidade de leitura integral dos textos. Por sua vez, (n3) diz respeito aos artigos resultantes da pesquisa após exclusão por título/ repetição. O (n4) apresenta-se como o resultado adquirido após a leitura dos diversos *abstracts*. Por fim, (X) diz respeito aos estudos admitidos como amostra.

Os resultados de acordo com as distintas bases de dados apresentam-se nos **ESQUEMAS 1 e 2**, sendo que a a base *EBSCO – CINAHL Complete* corresponde à letra (y), a *Scielo – Scientific Electronic Library Online* à letra (k) e o o motor de pesquisa Google ® à letra (z). Não foram encontrados manuais passíveis de serem incluídos de acordo com os critérios previamente definidos.



ESQUEMA 1 – Esquema do procedimento de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura.



ESQUEMA 2 – Procedimento de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura.

Foram, assim, selecionados 7 estudos como amostra.

Destes estudos foram totalizados os resultados que permitiam dar resposta à questão de investigação, identificando intervenções de enfermagem promotoras da prevenção do choque séptico em doentes oncológicos com NF.

Tal como já previsto no protocolo de pesquisa, houve a necessidade de criar unidades de texto associados a intervenções de enfermagem, para proceder ao tratamento de dados. Sendo assim, foram previstas 8 Macro- unidades:

- Educação para a saúde (A1);
- Administração de terapêutica profilática (A2);
- Avaliação do doente (A3);
- Utilização de escalas (A4);
- Controlo ambiental (A5);
- Realização de exames auxiliares de diagnóstico (A6);
- Cumprimento de protocolos/ *guidelines* de atuação (A7);
- Administração de antibioterapia (A8).

Os mesmos encontram-se descritos nas **TABELAS 4 e 5** seguidamente apresentadas no relatório.

Tendo como base os resultados da pesquisa irá ser realizada, seguidamente, a discussão dos mesmos de acordo com o seu contributo para a prática baseada na evidência em ciências da enfermagem.

Estudo	Título	Autores - Revista (Ano)	Metodologia - Objetivos	Intervenções de enfermagem identificadas/ inferidas por Macro- unidades
E1	“Neutropenia: assessment, pathophysiology and nursing care”	Dunkley & Mcleod - <i>British Journal of Neuroscience Nursing</i> (2015)	<u>Study Case</u> - Ilustrar como a sépsis pode ser apresentada e descrever estratégias de avaliação - considerando a sua fisiopatologia. - Identificar possíveis intervenções de enfermagem tendo por base diretrizes e literatura atuais.	Avaliação do doente (A3); Utilização de escalas (A4); Controlo ambiental (A5); Realização de exames auxiliares de diagnóstico (A6); Cumprimento de protocolos/ <i>guidelines</i> de atuação (A7); Administração de antibioterapia (A8)
E2	“Implementation of an Evidence-Based Order Set to Impact Initial Antibiotic Time Intervals in Adult Febrile Neutropenia”	Best et al. - <i>Oncology Nursing Forum</i> (2011)	<u>Retrospective chart review</u> - Avaliar o impacto da implementação de uma ordem padronizada em intervalo de tempo no início da administração de antibióticos no doente oncológico adulto com neutropenia febril.	Avaliação do doente (A3); Realização de exames auxiliares de diagnóstico (A6); Administração de antibioterapia (A8)
E3	“Preventing Infections During Cancer Treatment: Development of an Interactive Patient Education Website”	Dunbar et al. - <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> (2014)	<u>Development of the website in five phases</u> - Descrever, em 5 fases, a realização de um site que pretende capacitar o doente oncológico e sua família para a gestão de complicações associadas à infeção durante o tratamento.	Educação para a saúde (A1); Avaliação do doente (A3)
E4	“Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients”	Roe & Lennan - <i>Nursing: Research and Reviews</i> (2014)	<u>Literature review</u> - Identificar o papel dos enfermeiros na avaliação e gestão dos efeitos secundários relacionados com a quimioterapia em doentes com cancro.	Educação para a saúde (A1); Avaliação do doente (A3); Realização de exames auxiliares de diagnóstico (A6); Cumprimento de protocolos/ <i>guidelines</i> de atuação (A7); Administração de antibioterapia (A8)
E5	“Identifying patients at risk of neutropenic sepsis”	Khan et al. - <i>Cancer Nursing Practice</i> (2012)	<u>Audit</u> - Discutir os resultados de um protocolo de atuação utilizado numa instituição de saúde com o fim de identificar e atuar precocemente junto dos doentes em risco de sépsis por neutropenia febril.	Realização de exames auxiliares de diagnóstico (A6); Cumprimento de protocolos/ <i>guidelines</i> de atuação (A7); Administração de antibioterapia (A8)
E6	“Predicting Chemotherapy-Induced Febrile Neutropenia Outcomes in Adult Cancer Patients: An Evidence-Based Prognostic Model”	Yee Mei - University of Adelaide (2013)	<u>Sistematic review</u> (Thesis submitted for the Doctor of Philosophy School of Translational Health Science) - Desenvolver um modelo preditor na gestão de <i>outcomes</i> no doente oncológico com neutropenia febril.	Educação para a saúde (A1); Administração de terapêutica profilática (A2); Avaliação do doente (A3); Utilização de escalas (A4); Realização de exames auxiliares de diagnóstico (A6); Cumprimento de protocolos/ <i>guidelines</i> de atuação (A7); Administração de antibioterapia (A8)
E7	“Development of Tools and Processes to Improve Treatment Times in Patients With Febrile Neutropenia”	Hawley et al. - <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> (2011)	<u>Case-control study</u> - Descrever um modelo desenvolvido para agir precocemente em casos de neutropenia febril, (diminuindo o tempo de início de antibioterapia em qualquer ponto de entrada de um hospital).	Educação para a saúde (A1); Avaliação do doente (A3); Realização de exames auxiliares de diagnóstico (A6); Cumprimento de protocolos/ <i>guidelines</i> de atuação (A7); Administração de antibioterapia (A8)

TABELA 4 – Quadro-síntese - Apresentação dos resultados da pesquisa.

Intervenções (A) por estudo (E)	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8
E1			✓	✓	✓	✓	✓	✓
E2			✓			✓		✓
E3	✓		✓					
E4	✓		✓			✓	✓	✓
E5						✓	✓	✓
E6	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
E7	✓		✓			✓	✓	✓

TABELA 5 – Resumo da apresentação dos resultados da pesquisa.

1.5. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados poderão ser redigidas diversas considerações de acordo com a pesquisa efetuada, com a prevalência/ distribuição de resultados, assim como de acordo com possíveis limitações inerentes ao próprio estudo.

Do mesmo modo torna-se assim possível elaborar sugestões para prática futura de investigação no âmbito da temática apresentada.

1.5.1. Considerações face à pesquisa efetuada

No que diz respeito à pesquisa efetuada, pode ser considerado que tal envolveu um conjunto de artigos que mobilizaram diferentes metodologias, abrangendo diferentes objetos de estudo.

Sendo assim (e tal como previsto como critério de inclusão), foram incluídos artigos cujo principal objetivo não era, primariamente, o de determinar intervenções de enfermagem – contendo contudo na sua descrição intervenções de enfermagem devidamente identificadas e/ou inferidas como tal face ao contexto.

Não foi encontrado um artigo *uno* com a mesma questão de investigação e/ ou metodologia que o apresentado no presente estudo, aplicado às ciências da enfermagem.

1.5.2. Considerações face aos resultados obtidos

De acordo com os resultados apresentados, poderão ser realizadas várias considerações de acordo com a sua análise.

Primeiramente, verificou-se tal como previsto inicialmente no protocolo de pesquisa, a necessidade de agrupar diferentes intervenções com o fim de sintetizar resultados. Deste modo, foram delimitadas oito unidades, que foram magnificadas em Macro - unidades de intervenção (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8) e que incluem no seu core diferentes intervenções.

Sendo assim, a Macro - unidade “Educação para a saúde” (A1) engloba, intervenções diversas tais como: informar sobre a prevenção de infeções para doentes com cancro e seus cuidadores (Dunbar, Nielsen, Shropshire & Richardson, 2014); informar os doentes sobre o que é uma neutropenia - assim como os cuidados a ter para a sua prevenção, atitudes a tomar em caso de ocorrência de febre e/ou outras intercorrências (Dunbar *et al.*, 2014; Roe & Lennan, 2014; Yee Mei, 2013); informar os doentes oncológicos (e os seus familiares) sobre a infeção adquirida na comunidade e fornecer-lhes estratégias para a minimização da ocorrência do fenómeno (Dunbar *et al.*, 2014; Roe & Lennan, 2014; Yee Mei, 2013); informar, de igual forma, outros profissionais de saúde (Roe & Lennan, 2014); encaminhar para serviços de saúde diferenciados de acordo com o reconhecimento dos primeiros sinais de alarme (Hawley, Loney & Wiece, 2011; Yee Mei, 2013).

Do mesmo modo, a Macro- unidade de intervenção “Administração de terapêutica profilática” (A2) engloba outras intervenções tais como a administração de terapêutica profilática em doentes neutropénicos sem febre, assim como a administração de “*granulocyte colony-stimulating factors*” em doentes com neutropenia grave - e/ou segundo esquemas de quimioterapia de risco (Yee Mei, 2013).

Por sua vez, a Macro-unidade de intervenção “Avaliação do doente” (A3) engloba de igual forma tanto a auto como a hetero-avaliação de forma exclusiva e/ ou integrada (Dunkley & Macleod, 2015; Best, Frith, Anderson, Rapp, Rioux & Ciccarello, 2011; Dunbar *et al.*, 2014; Roe & Lennan, 2014; Yee Mei, 2013; Hawley *et al.*, 2011).

No caso da Macro-unidade “Utilização de escalas” (A4); tal torna-se ainda mais evidente, englobando escalas de avaliação de risco tais como a *Talcott model*, a *MASCC risk-*

index score, e a *Risk model for patients with haematology malignancies* (presentes no estudo de Yee Mei, 2013), e a *National early warning score* presente no estudo de Dunkley & Macleod (2015).

A unidade “Controlo Ambiental” (A5) apenas foi delimitada em termos de aplicação de medidas de isolamento (Dunkley & Macleod, 2015).

Tal conclusão é contrária à registada pela Macro-unidade “Realização de exames auxiliares de diagnóstico” (A6) que inclui, nos diferentes estudos, diferentes intervenções de enfermagem - que vão desde a colheita de análises de sangue, realização de hemoculturas, urina II, teste rápido de urina e/ou urocultura, entre outros (Dunkley & Macleod, 2015; Best *et al.*, 2011; Roe & Lennan, 2014; Khan, McPartlin, Tetlow, Choudhury, Lyons, 2012; Yee Mei, 2013; Hawley *et al.*, 2011).

1.5.3. Sobre a prevalência/ distribuição de resultados:

No que diz respeito à prevalência/ distribuição dos resultados poderão ser identificadas várias conclusões que serão seguidamente apresentadas:

- As Macro - unidades “Avaliação do doente” (A3) (Dunkley & Macleod, 2015; Best *et al.*, 2011; Dunbar *et al.*, 2014; Roe & Lennan, 2014; Yee Mei, 2013; Hawley *et al.*, 2011), “Realização de exames auxiliares de diagnóstico” (A6) (Dunkley & Macleod, 2015; Best *et al.*, 2011; Roe & Lennan, 2014; Khan *et al.*, 2012; Yee Mei, 2013; Hawley *et al.*, 2011) e “Administração de antibioterapia” (A8) (Dunkley & Macleod, 2015; Best *et al.*, 2011; Roe & Lennan, 2014; Khan *et al.*, 2012; Yee Mei, 2013; Hawley *et al.*, 2011), apresentam-se como as mais prevalentes nos estudos - 6 em 7 ocorrências (aproximadamente 85,7 %);
- Posteriormente, a Macro- unidade “Cumprimento de protocolo/ *guidelines* de atuação” (A7) (Dunkley & Macleod, 2015; Roe & Lennan, 2014; Khan, *et al.*, 2012; Yee Mei, 2013; Hawley *et al.*, 2011) apresenta-se como uma unidade de importante expressão - presente em 5 dos 7 estudos analisados (aproximadamente 71,4%);
- A Macro- unidade “Educação para a saúde” (A1) (Dunbar *et al.*, 2014; Roe & Lennan, 2014; Yee Mei, 2013; Hawley *et al.*, 2011) apresenta, de igual forma, uma prevalência expressiva - 4 em 7 estudos (ou seja, aproximadamente 57%);

- A Macro- unidade “Utilização de escalas” (A4) (Dunkley & Macleod, 2015; Yee Mei, 2013) assume uma prevalência menor nos estudos analisados - presente em apenas 2 de 7 estudos (aproximadamente 28,6%);
- A Macro-unidade “Administração de terapêutica profilática” (A2) (Yee Mei, 2013) e o “Controlo ambiental” (A5) (Dunkley & Macleod, 2015) apresentaram-se como as duas categorias com menor prevalência nos estudos analisados - 1 em 7, equivalente a aproximadamente 14,3 % dos estudos;
- Todos os estudos referentes à Macro- unidade “Administração de antibioterapia” (A8) foram concordantes ao referenciar que o mesmo deveria ser realizado empiricamente, num espaço de tempo inferior a 1 hora após documentação da febre, com o fim de minimizar o desenvolvimento rápido da infeção - minimizando a sua gravidade (Dunkley & Macleod, 2015; Best *et al.*, 2011; Roe & Lennan, 2014; Khan *et al.*, 2012; Yee Mei, 2013; Hawley *et al.*, 2011).

1.5.4. Sugestões para prática futura de investigação

De acordo com a pesquisa realizada e os resultados obtidos, é possível ainda apresentar duas considerações/ sugestões como mote para práticas de investigação futuras.

A primeira é referente à amplitude do campo de produção científica: a identificação das intervenções do enfermeiro na prevenção do choque séptico no doente oncológico com NF constituiu um campo de estudos que requer ainda investimento (com o fim de definir claramente o seu papel). Tal seria ainda mais pertinente caso estivesse associado a um sistema de classificação internacional como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A segunda diz respeito à própria realização de futuros estudos: sugere-se, assim, a realização de um estudo que clarifique a importância das intervenções de enfermagem na diminuição dos dias de internamento e na diminuição da taxa de morbilidade/ mortalidade dos doentes com NF.

1.5.5. Conflitos de interesse/ considerações éticas

Não são reconhecidos conflitos de interesse ao longo da realização do estudo. Do mesmo modo, são cumpridas todas as referências necessárias à identificação dos autores dos estudos - fazendo jus à propriedade intelectual dos próprios.

1.6. CONCLUSÕES

O choque séptico no doente oncológico submetido a quimioterapia com NF continua a ser uma realidade presente nas instituições de saúde.

Apresenta-se, assim, como um cenário responsável pelo aumento dos dias efetivos de internamento em instituições de saúde, pelo aumento da morbidade e mortalidade associadas a este grupo específicos de doentes. A presente revisão integrativa da literatura pretendeu, assim, compreender qual a responsabilidade do enfermeiro na prevenção do choque séptico no doente oncológico submetido a quimioterapia em NF, identificando, para o efeito, intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes.

Dos 7 estudos objeto de análise foram identificadas várias intervenções de enfermagem agrupadas da seguinte forma por Macro- unidades: “Educação para a saúde”, “Administração de terapêutica profilática”, “Avaliação do Doente”, “Utilização de escalas”, “Controlo ambiental”, “Realização de exames auxiliares de diagnóstico”, “Cumprimento de protocolos/ *guidelines* de atuação” e “Administração de antibioterapia”.

Das intervenções identificadas, as mais prevalentes dizem respeito à “Avaliação do doente”, “Realização de exames auxiliares de diagnóstico” e “Administração de antibioterapia”.

Contudo, a intervenção do enfermeiro na prevenção do choque séptico no doente oncológico em NF constitui ainda um campo de estudos a explorar na área das ciências da enfermagem que requer, por conseguinte, investimento com o fim de definir claramente o seu papel na *práxis* quotidiana.

2. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Tal como se encontra patente em obras seculares de referência para a enfermagem em Portugal (tal como por exemplo a *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros* de 1741, primeiro manual formativo de enfermagem de que há conhecimento no nosso país) o desenvolvimento de competências encontra-se interligado à essência da própria enfermagem: “Se o Prelado vos eleger Enfermeiro, dai-lhe logo o agradecimento de formar conceito da vossa capacidade para emprego de tanta importância, e merecimento, de cuja ocupação pende a saúde da alma, e corpo do enfermo, crédito da nossa Religião, e instituto dela” (Sant-Iago, 2005, p. 72).

Deste modo, torna-se evidente que o contínuo histórico evolutivo da especialização de um enfermeiro no sentido de desenvolver competências específicas numa determinada área do conhecimento em enfermagem apresenta-se como o motor promotor da mudança do profissional de si próprio e em si próprio. Sendo assim, a capacidade de desenvolver continuamente competências científicas, técnicas, éticas, comportamentais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados assume-se como a matriz de mudança na construção de um enfermeiro especialista (sendo essa construção o contínuo de um percurso já edificado por conhecimentos prévios e pela prática clínica quotidiana).

Tal é corroborado por Vieira (2009), que atribuiu ao enfermeiro especialista funções já inerentes à de categorias anteriores, prestando contudo cuidados de enfermagem de maior complexidade e que exigem, concomitantemente, conhecimentos e habilidades mais profundos (nomeadamente em situações de crise ou risco no âmbito da sua especialidade).

Com o fim de promover esse mesmo desenvolvimento, os estágios clínicos assumem-se como um verdadeiro campo por excelência na promoção desse mesmo constructo (Alarcão & Rua, 2005) que aliam aprendizagens novas ao aprimoramento puro de competências já em desenvolvimento. O que são, assim, aprendizagens e qual é a sua relação com o desenvolvimento de competências?

De acordo com Inácio (2007, p. 1), “O termo aprendizagem deriva do latim *"apprehendere"*, que significa adquirir o conhecimento de uma arte, ofício ou através do

estudo ou da experiência.”. Para o mesmo autor, a aprendizagem é, simplificada, “(...) a forma de adquirirmos novos conhecimentos, desenvolvermos competências e mudarmos comportamentos (...)” (p. 2). Do mesmo modo torna-se primordial definir o conceito de competência. Proveniente do latim “*competens*”, “competência”, significa “(...) o que vai com (...) o que é adaptado a (...)” (Alarcão & Rua, 2005, p.375). Sendo assim, “A competência é um conceito inerente à profissão de Enfermagem (...) não passa por um fazer só e unicamente, mas por um fazer bem, estando consciente do seu ser e agir, sem confundir o ser competente com o ser qualificado” (Conceição, 2015, p. 23). Para tal, cabe ao enfermeiro a mobilização de todo o seu eu, no sentido de saber ser, saber fazer e saber estar no Cuidado ao Outro (Benner, 2001), que em tudo assume similaridades com a evolução do próprio enfermeiro como enfermeiro especialista.

Com o fim de elaborar um percurso securizante promotor do desenvolvimento de competências especializadas no cuidar, tornou-se para mim muito óbvio (desde o início do presente processo formativo) que tal só faria sentido se, primeiramente, eu refletisse sobre o que era esperado de mim como profissional integrado numa sociedade, numa instituição e numa profissão. Sobretudo, senti a necessidade de identificar o que era esperado de mim próprio para mim próprio como enfermeiro e de quem é, por conseguinte, por mim cuidado.

Neste sentido, cheguei à conclusão que tal só faria sentido se fosse baseado no aprimoramento de competências inerentes à minha própria *práxis* diária - face ao descrito na alínea a) do nº1 do artigo 5 do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011. E, sendo assim, o percurso formativo a edificar teria que abranger como no seu core a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma doença oncológica e sua família.

Profissionalmente exerço, assim, funções desde 2012 num Instituto Hospitalar de Referência em Oncologia (IHRO) vocacionada para o ensino, investigação, assistência, tratamento e prestação de cuidados na área singular da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma doença oncológica. Para além deste facto exerço funções, desde 2014, na Unidade de Atendimento Não-Programado (UANP) da própria instituição, exclusiva para a prestação de cuidados urgentes/ emergentes a doentes oncológicos.

Sumariamente exerço, assim, funções específicas na área de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar uma doença oncológica e sua família em fase aguda/crítica (sendo a minha prática dirigida para a área das emergências oncológicas).

3. ELABORAÇÃO DE UM TEMA - MATRIZ COMO METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo diz respeito ao caminho reflexivo que fundamentou a escolha do tema “*A Comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*” como temática transversal para o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A exploração de um tema- matriz foi assumido, assim, como metodologia primária para o desenvolvimento de competências especializadas ao longo dos vários estágios realizados.

O presente capítulo pretende, por conseguinte, explicar a forma como esse mesmo desenvolvimento foi realizado de forma tridimensional face à exigência e especificidade múltipla dos contextos experienciados.

3.1. – A REFLEXÃO COMO MOTE PARA O ENCONTRO DO TEMA - MATRIZ: “A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE ONCOLÓGICO E SUA FAMÍLIA”

3.1.1 – Reflexão sobre o cuidar: a Humanidade do doente oncológico

Com o fim de definir um tema que me permitisse desenvolver competências especializadas no âmbito do cuidar em enfermagem médico-cirúrgica, tornou-se para mim fundamental refletir sobre a forma como cuido diariamente da pessoa a vivenciar uma realidade oncológica. Sendo assim, não fazia sentido começar este percurso formativo sem primeiro refletir sobre a pedra angular da enfermagem: o **cuidar**.

Tal leva-me ao cerne da vivência de todas as situações: o dia a dia na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com o doente oncológico.

Assim sendo, compreendi sempre ao longo da minha *práxis* que o espaço que circunscreve a minha própria atividade diária é assumida, por diversas vezes, como um

cenário onde profissionais, doentes e famílias são confrontados com a vida, com a finitude, com o medo, com a esperança, com múltiplas expectativas e com distintas (e por vezes contrárias) emoções. E, sendo assim, encontramos-nos todos envolvidos naquilo que nos torna frágeis: a nossa própria condição humana.

Deste modo, o que nos torna humanos? Como tal deve ser espelhado na forma como são prestados cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar uma doença oncológica e sua família? Estas questões remetem o conceito de **humanidade**.

Sendo uma palavra criada por Freddy Klopfenstein, humanidade foi amplamente abordada por autores como Gineste & Pellissier (Simões, 2013), sendo definida como “Uma filosofia dos cuidados: que possa ligar ciência e consciência; que nos interroga sobre o que é uma relação de cuidados entre pessoas. Para nunca esquecer essas preciosas características que permitem a um homem sentir-se humano e permanecer humano aos olhos dos seus semelhantes” (Gineste & Pellissier, 2008, p. 247). Diz respeito assim, e segundo os mesmos autores, ao conjunto de características “... que permitem a um homem reconhecer-se na sua espécie, a humanidade (...) e que permitem a um homem reconhecer um outro homem, como fazendo parte da humanidade” (2008, p. 268).

Para o efeito, tal encontra-se intimamente ligado ao que torna o ser humano, humano.

Deste modo, é através do somatório constituído, por exemplo, pela estimulação, o olhar, a palavra, o toque, o vestuário, o sorriso e a verticalidade, que nos reconhecemos como espécie. E são princípios como o da autonomia, o da liberdade, o da beneficência, o da não - maleficência e o da justiça que nos circunscrevem no paradigma ontológico relacional - construindo-nos identificando-nos continuamente como os seres humanos que realmente somos (Simões, 2013).

Tal diferencia-se parcialmente do humanismo e encontra-se intimamente ligado ao conceito de “cuidar”, pois tal como descrito por Hesbeen (2004, p. 102) “Cuidar é uma arte difícil, porque tem a ver com a incerteza do ser, a sua fragilidade e a sua diversidade”.

Sendo assim,

“A filosofia da humanidade é uma filosofia dos cuidados que permite situar todos os nossos atos no quadro do cuidar de uma pessoa singular, que permite tomar em conta o facto de uma pessoa possuir necessidades e desejos interligados, o facto de ela viver diferentemente das outras pessoas. Ela conduz-nos a colocar no centro do cuidar (...) o

objetivo de responder ao que permite a cada pessoa, segundo a sua vontade, ter desejos, dar sentido, ter prazer, em todos os atos da sua vida” (Gineste & Pellissier, 2008, p. 269).

Ao longo da minha *práxis* como enfermeiro sempre foi do meu entendimento que a pessoa a quem presto cuidados (devido à própria condição inerente à vivência de uma doença oncológica) sofre alterações no core do seu próprio auto-conceito.

Poderá ver comprometida, inclusive, características que lhe são humanas.

A título de exemplo - e de acordo com a minha experiência profissional - posso referir a situação do doente oncológico submetido a traqueotomia por invasão tumoral cervical (que perdeu a fala e a até mesmo a possibilidade de respirar tal como os seus pares), a do doente submetido a mandibulectomia (que perdeu parte da sua fisionomia), a da doente submetida a quimioterapia (que, ao contrário da sua mãe, irmãs, filhas e amigas sofre de alopecia secundária aos tratamentos). Poderia, concomitantemente, nomear toda uma panóplia de condições que, devido ao aumento subsequente do grau de dependência, obriga à perda da verticalidade do próprio doente oncológico (que o Homem tanto conquistou para ser considerado Homem ao longo do seu desenvolvimento como espécie).

Deste modo, “o cuidar visa ajudar a pessoa a melhorar a sua saúde, o seu bem-estar, as suas capacidades, a mantê-las (...) e acompanha sempre a pessoa enquanto homem vivo confrontado com a doença, enquanto homem vivo confrontado com a perspectiva da sua morte, enquanto homem a viver essas experiências e não enquanto homem a morrer” (Gineste & Pellissier, 2008, p. 269).

É, assim, de acordo com as visões mais tradicionais “(...) um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p. 235-236). De igual forma, “No enquadramento do transpessoal proposto, o cuidador e o recetor dos cuidados são coparticipantes no processo que pode potenciar a auto-recuperação, apesar da condição médica. Neste momento de cuidar transpessoal, ambos são capazes de transcender o tempo, o eu, e o espaço” (Watson, 2002, p.113). Para além disso, “A atenção ao que cada enfermeiro é na sua essência leva-o a uma aptidão maior para ajudar aquele que está ao seu

cuidado; a consciência de si marca a diferença na sua ação, só assim pode prestar cuidados holísticos” (Conceição, 2015, p. 23).

Deste modo, “O pensamento do cuidar, transposto para a linguagem de diversas maneiras nos textos relacionados com a prestação de cuidados, ressoa, num apelo a uma ética do cuidar, como um processo de abertura à *humanitas* onde o cuidar é uma dimensão essencial” (Honoré, 2013, p.39).

O próprio cuidar em enfermagem encontra-se previsto no REPE legislado no nº 1 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro (com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril) na definição legal da própria enfermagem:

“(…) é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Tal remete para o papel do enfermeiro na própria preservação da dignidade, liberdade e condição humana (Vieira, 2009), visto que “(…) no centro desta relação encontra-se a proteção da vida humana, cabendo ao enfermeiro, agir no sentido de promovê-la, defendê-la e ajudar a resolver os problemas de saúde que a ponham em risco ou a afetem” (Deodato, 2008, p. 21). O mesmo encontra-se igualmente patente no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), tal como legislado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) na génese do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril (inserido no EOE, republicado como anexo pela Lei n. 156/2015 de 16 de setembro).

Sendo assim, “Quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas” (Hesbeen, p.47, 2000).

Na ótica de constructo do enfermeiro em enfermeiro especialista (tal como em toda a formação em enfermagem) torna-se primordial assim refletir na prática de cuidados na procura de uma formação baseada numa perspetiva filosófica em que o ser humano é assumido na sua própria condição humana (Carvalho, 1996; Hesbeen, 2006).

Sendo assim, para todos os efeitos, “O cuidar implica uma interação entre o prestador de cuidados e o doente (...)” (Mercadier, 2004, p. 5). E tal irá revelar-se, neste relatório, como o mote para explicar o papel da comunicação no cuidado à pessoa humana que vivencia uma realidade oncológica (não só na primeira pessoa do singular, como na vivência dessa mesma realidade como familiar) na figura de alguém que é, também, humano: o enfermeiro.

3.1.2. Perceção do doente oncológico como doente crítico

Após uma primeira reflexão sobre a condição humana do doente oncológico e sobre o exercício do meu próprio cuidar, fui assolado por uma interrogação: poderá o doente oncológico, implicado na vivência de uma doença (por vezes descrita como crónica), ser considerado nalgum ponto do seu processo de saúde- doença como doente crítico?

Na procura de uma resposta compreendi, após várias reflexões conjuntas com os pares e com a sociedade em geral, que existem mitos e preconceitos relativos à atribuição da condição de “doente crítico” ao “doente oncológico”. Tal emerge pois, para todos os efeitos,

“A doença oncológica, no conjunto das doenças crónicas e graves, assume-se numa dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou e pela insegurança, pelo medo irracional e pela imprevisibilidade, que gera no doente e no sistema familiar (...). A palavra cancro está vulgarmente associada às palavras vulnerabilidade, morte e ansiedade, porque o seu curso é imprevisível” (Pereira, 2008, pág. 35).

Contudo, e de acordo com o descrito em obras de referência na área, o doente oncológico, mesmo no contexto específico de se encontrar a vivenciar uma situação paliativa, pode ser considerado (em situações particulares) num doente crítico - e vice-versa. Tal encontra-se presente em obras com mais de 30 anos como a de Howland e Carlton, que contaram com a participação de Joyce Griffin para a apresentação de um capítulo sobre “*Nursing Care of the Critically Ill Cancer Patient*” (1985, p. 339). Nesse mesmo capítulo, Griffin descreve que para os enfermeiros que prestam cuidados no âmbito da pessoa em situação crítica o doente oncológico apresenta-se como um desafio único pela sua complexidade clínica e multidimensional (sendo esperada a sua existência inclusive em UCI).

Sendo assim, por exemplo, não é esperado que um doente oncológico (mesmo em fase paliativa) faleça devido a intercorrências resultantes de uma situação potencialmente

reversível, ou de outro qualquer problema que possa, a partida, ser solucionado - desde que não cause sofrimento acrescido, dano desnecessário, incumprimento de valores e princípios ético-deontológicos e /ou entrada no domínio da futilidade terapêutica.

3.1.3. Delimitação de um tema-matriz

Após a compreensão da humanidade do doente oncológico inserido numa filosofia inerente ao cuidar e do seu posicionamento no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tornou-se fundamental para mim entender, concomitantemente, qual é o papel da comunicação na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico em situação crítica.

Para todos os efeitos, “(...) ‘*comunicar*’ vem do latim *comunicare* que significa ‘pôr em comum’, ‘entrar em relação com’, partilhar (partilhar ideias, emoções, cultura), etc.” (Nunes, 2007, p. 17).

Deste modo, “A comunicação envolve um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas (...)” (Riley, 2004, p. 6) sendo assim por este modo, a “(...) a matriz na qual assentam todas as atividades humanas (...)” (Gomes-Pedro & Barbosa, 2004, p.26), tendo como base a o estabelecimento de uma relação de ajuda (Riley, 2004; Phaneuf, 2005).

Para Phaneuf (2005, p. 23) a comunicação pode ser assim definida como “(...) um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”. Transmite-se assim, segundo a mesma autora, de forma consciente ou inconsciente não sendo possível não comunicar. Tal é realizado pelo comportamento verbal e não-verbal e pelo agir dos intervenientes (Riley, 2004; Phaneuf, 2005).

Por sua vez, a CIPE® Versão 2015 define comunicação como um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (2016, p. 47).

Para além disso, “Cerca de 10% da população mundial teve, tem ou terá, em algum momento, um problema de comunicação, o que aponta para a necessidade do profissional de

saúde conhecer estratégias simples para comunicar com indivíduos nestas circunstâncias” (Peixoto & Valente, 2012, p. 268).

Tal assume um especial relevo na área da prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico, visto que é dever dos profissionais de saúde o domínio da comunicação humana:

“(…) para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia” (Stefanelli, 2005, p. 65).

Contudo, o domínio da arte de comunicar é, em si, um desafio na prestação de cuidados ao doente oncológico, uma vez que a mesma vai despoletar em quem a vivencia “(…) um turbilhão de emoções, e mobilizar todos os recursos e capacidades do indivíduo para lhe fazer frente” (Marques *et al.*, 1991, p. 35). Trata-se, assim, de uma das patologias atualmente mais temidas, com um caráter simbólico e representação social muito específico, e em crescimento (Pereira & Lopes, 2002).

Deste modo, a comunicação na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico

“(…) constitui-se numa das ferramentas terapêuticas imprescindíveis, pois permite o acesso à informação de que o doente e a família necessitam para serem ajudados e se ajudarem a si próprios, dá acessibilidade ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à segurança. Esta pode ser considerada a terapêutica de suporte que se perpétua por toda a trajetória da doença.” (Pereira, 2008, p.37).

Sendo assim, a comunicação, embora desejada e necessária em qualquer relação humana (Phaneuf, 2005), encontra-se dificultada no contexto da vivência de uma situação crítica, na qual a família terá que ser sempre envolvida com o fim de potenciar a maximização da saúde, bem-estar e qualidade de vida do próprio doente (Gomes- Pereira & Barbosa, 2004).

Tal assume uma especial importância no âmbito do cuidar. O mesmo pensamento encontra-se explícito nas palavras de Chalifour (2008, p.129-130): “Creio que o melhor presente que posso receber dos outros, é ser olhado por eles, escutado por eles, compreendido

por eles e tocado por eles. O melhor presente que posso dar, é o olhar, escutar, compreender e tocar uma outra pessoa. Quando isso acontece, tenho o sentimento de estar em contacto”. E esse contato, é assim, a porta de entrada para a comunicação (Chalifour, 2008; Chalifour 2009).

Sendo assim e de acordo com Craig & Smith (2002, p.15) “Já argumentámos que a enfermagem é mais do que um conjunto de intervenções em investigação e em tratamento. Tal como para outros profissionais, a comunicação eficaz com as comunidades, clientes e doentes é um aspeto chave para os cuidados de enfermagem de alta qualidade”.

Assim sendo é importante compreender toda a temática à luz da participação da família em todo este processo.

Desde a minha génese como enfermeiro que compreendi, através de múltiplas vivências profissionais, que a família tem que ser percecionada (mesmo quando ausente nas instituições de saúde) como mais do que uma simples atriz coadjuvante na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico: pertence, pelo contrário, a uma parte integrante do core da minha intervenção.

A família é, assim, definida pela CIPE® Versão 2015 como “Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através da consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (2016, p. 143). Deste modo,

“(…) é a família que sempre conviveu com o doente, que melhor o conhece como pessoa e que representa o mais evidente traço de união entre o doente e toda a vida que passou (...) poderão contribuir para que este viva com o máximo de bem-estar até ao momento da morte, dando-lhe todo o apoio emocional (...) e acompanhando-o” (Pacheco, 2014, p. 135).

Encontrou-se, por fim, criado o mote para compreender o papel da “*Comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”. E tal tornou-se, assim, o motor para o desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro especialista.

Sendo assim tornou-se concomitantemente fundamental descrever e analisar criticamente as competências desenvolvidas por mim ao longo de cada estágio face à temática matriz, uma vez que a própria comunicação apresenta-se como uma unidade de competência

no âmbito da especialidade em enfermagem em situação crítica, tal como descrito no Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011.

3.2. ABORDAGEM TRIDIMENSIONAL EM CONTEXTOS CLÍNICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

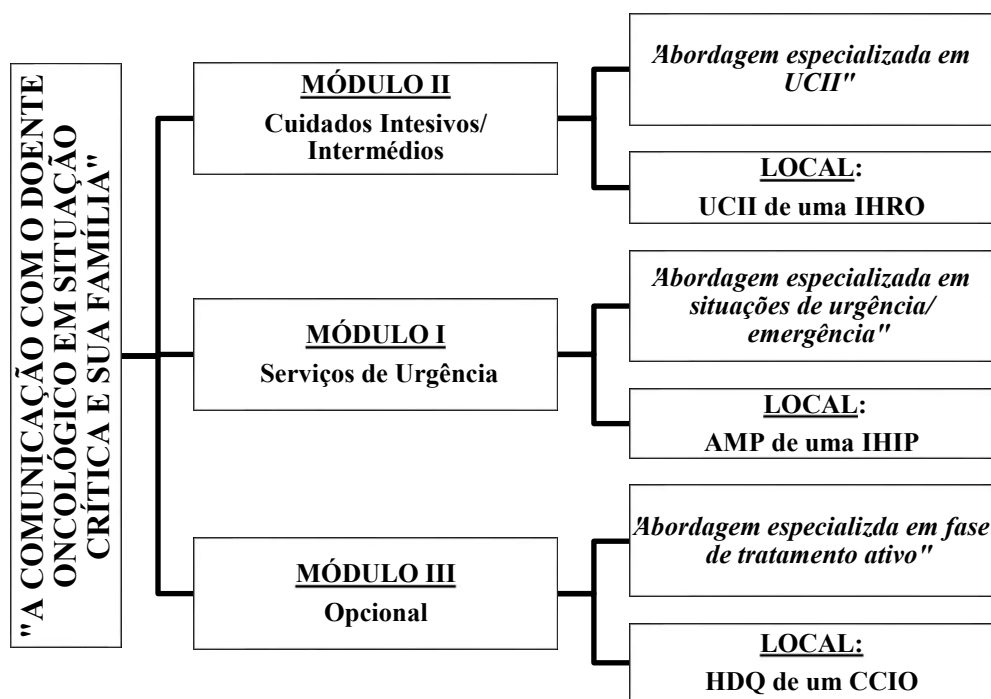
Após definir o tema- matriz para o desenvolvimento de competências clínicas em enfermagem médico-cirúrgica, tornou-se necessário elaborar um plano metodológico para a realização dos três diferentes estágios realizados em três diferentes áreas de prestação de cuidados (com o fim de concluir o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na UCP). Assim sendo, planifiquei uma abordagem tridimensional à temática apresentada, com objetivos gerais e específicos com traços comuns mas com características singulares - de acordo com as especificidades e exigências de cada contexto.

Tal tornou-se crucial para o entendimento globalizado do mesmo, permitindo a minha especialização na área de prestação de cuidados em si.

Deste modo, o primeiro módulo realizado no âmbito do tema “*A comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”, foi o módulo II (Cuidados Intensivos/ Intermédios), vivenciado de acordo com uma abordagem especializada em Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (UCII) na IHRO na qual eu próprio exerço funções como enfermeiro (embora na UANP).

Por sua vez, o segundo estágio realizado, referente ao módulo I (Serviços de Urgência), disse respeito a uma abordagem especializada em situações de urgência/emergência. Foi realizado, deste modo, num Atendimento Médico Permanente (AMP) de uma Instituição Hospitalar de Iniciativa Privada (IHIP).

O terceiro estágio, referente ao Módulo III (Opcional) foi realizado num Hospital Dia de Quimioterapia (HDQ) de um Centro Clínico e de Investigação em Oncologia (CCIO), numa abordagem especializada em fase de tratamento ativo. Deste modo, encontra-se justificado de forma sumária o percurso metodológico utilizado na escolha dos diversos campos de estágio, na elaboração dos diferentes projetos de aprendizagem, e na formulação de objetivos gerais e específicos a atingir para o desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.



Esquema 3 – Abordagem tridimensional do tema “*A comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”.

Tal é assumido como uma metodologia de formação centrada no conhecimento prévio, com aprofundamento de competências e aprendizagens já exploradas e potenciadas em contexto de estágio. Na concretização de um estágio é, assim, permitida a construção de um novo olhar sobre a prestação de cuidados face a outros domínios, sendo “(...) a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida (...) é no estágio que estes podem descobrir o que significa prestar uma atenção particular ao outro através das “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 2000, p. 136). Tal encontra-se corroborado por Abreu (2007, p. 17) ao referir que “(...) a formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico, sendo este um espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais”. O mesmo encontra-se espelhado, sumariamente, na alínea c) do Artigo 109º do CDE (inserido no EOE como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro) ao evidenciar a importância da excelência do exercício profissional de um enfermeiro (fundamentado na sua capacidade de investimento em áreas do saber em enfermagem), mantendo assim “(...) a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

4. DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS AO LONGO DAS DIFERENTES ABORDAGENS AO TEMA- MATRIZ

Após uma introdução ao tema- matriz, “*A Comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”, torna-se primordial descrever e analisar competências desenvolvidas ao longo dos vários estágios (realizados de abril a dezembro de 2016) de acordo com as diferentes abordagens realizadas ao tema.

Tal como irá ser compreendido, as próprias competências foram desenvolvidas de acordo com três eixos fundamentais: **a prática clínica, a formação em contextos clínicos, e a reflexão crítica**. Tendo sido um processo baseado numa contínua prática reflexiva, a mesma não se encontra patente em apêndices: faz parte, por sua vez, do próprio corpo do relatório (salvaguardando eticamente pontos respetivos à confidencialidade de intervenientes).

Por sua vez, todo o percurso realizado foi realizado em associação a uma terceira tríade: **a pedagógica**. Sendo assim, toda a descrição do desenvolvimento de competências passará neste capítulo a ser realizada na ótica da primeira pessoa do plural, o nós – refletindo as opções metodológicas realizadas por mim, pela docente orientadora e pelos diversos enfermeiros responsáveis pela minha orientação em cada estágio.

4.1. ABORDAGEM ESPECIALIZADA EM UCII – MÓDULO II (CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS)

O primeiro módulo de estágio que realizei foi no âmbito dos Cuidados Intensivos/ Intermédios, tendo sido concretizado de 26 de abril a 17 de junho de 2016. O mesmo foi realizado (tal como previamente estruturado e justificado no capítulo anterior) no âmbito do tema-matriz, “*Comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”, de acordo com uma abordagem especializada em UCII. Deste modo, todos os objetivos gerais e específicos foram construídos em absoluta concordância com a metodologia previamente definida.

O campo de estágio selecionado foi, assim, selecionado face à prática de cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar uma doença oncológica em situação crítica na sua exclusividade: uma UCII de uma IHRO. Tratava-se, assim, de uma unidade hospitalar maioritariamente cirúrgica, vocacionada para a prática de cuidados intensivos e intermédios aos doentes oncológicos acompanhados pela própria instituição.

Para além disso havia um dado relevante, que tornaria o estágio ainda mais enriquecedor: tratava-se da UCII da minha própria instituição hospitalar. Sendo assim, uma vez que trabalhava na UANP, a UCII era, em grande parte das vezes, o destino de muitos dos doentes a quem eu prestava cuidados de enfermagem no meu quotidiano.

Deste modo, ao transferir as pessoas a quem prestava cuidados na UANP para a UCII da instituição sentia sempre que acabava por existir uma lacuna na perceção daqueles que seriam os cuidados de enfermagem prestados num todo, no domínio do doente oncológico em situação crítica.

Deste modo, o objetivo geral do estágio encontrara-se, assim, por nós definido: o de *“Desenvolver competências científicas, éticas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica a vivenciar um internamento numa UCII de uma IHRO.”*

Tal justificava-se pela necessidade do enfermeiro especialista desenvolver competências específicas no âmbito da sua área de especialização, tendo como base algo geral para todos os especialistas independentemente da área de especialidade *“(…) a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais”*, tal como descrito no artigo 4º do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011.

Concomitantemente e de acordo com a alínea a) do nº1 do artigo 4º do Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro de 2011, uma das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é o cuidar *“(…) da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”*.

O primeiro objetivo geral acima descrito tornou-se o mote para a delimitação de objetivos específicos.

Para todos os efeitos, compreendi que uma das minhas principais dificuldades era mesmo a prestação de cuidados de enfermagem ao doente a necessitar de cuidados intensivos,

pela inexperiência face ao contexto. Deste modo, assumi como objetivo específico respeitante ao objetivo geral acima nomeado o “*Prestar cuidados de enfermagem especializados, à pessoa em situação crítica e sua família na UCII do IHRO*”.

Tal justificava-se de igual forma pela necessidade do enfermeiro especialista necessitar de basear “(...) a sua *práxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, tal como apresentado na alínea b) do nº 1 do artigo 8º do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011.

Para tal, submeti-me a um processo de integração na equipa e na prestação de cuidados de enfermagem (adaptado ao tempo delimitado para o efeito), uma vez que “(...) a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da prática” (Benner, 2001, p.14). Tal é corroborado por Nunes (2011, p. 122) ao afirmar que “A *práxis* é realizada por uma pessoa-profissional-enfermeiro, à luz de princípios e de uma sistematização de valores, que se constitui em guia para a ação. Desta afirmação decorre que a *práxis* resulta das escolas de um Si profissional (...)”.

Deste modo, fui responsável, em parceria com a minha orientadora, pela prestação de cuidados de enfermagem aos doentes que, em muitas situações, vivenciaram a transferência para a própria UCII como a minha última intervenção na UANP.

Contudo, denotei que apresentava dificuldades na comunicação com o doente oncológico ventilado, por ser algo inédito na minha *práxis*. Fui confrontado, assim, com uma nova realidade que consistia no fato da pessoa submetida a ventilação mecânica encontrar-se, em grande parte dos casos, com alterações que extrapolavam a própria necessidade de respirar como função vital. Deste modo, a própria forma como a pessoa submetida a ventilação invasiva comunicava ficava *per si* alterada. A explicação para tal seria de origem multifatorial e passava por questões múltiplas tais como o efeito da sedação e/ou analgesia, a ação curarizante e/ou dos neurolépticos, assim como algo basilar como a própria via pela qual a ventilação se encontrava a ser realizada (orotraqueal e/ou por traqueotomia).

Assim sendo compreendi que a função de respirar não era só, por si, a única função vital comprometida num doente ventilado: a de comunicar também. E tal assumiria um papel crucial no projeto de vida e saúde da pessoa que era por mim cuidada. Para todos os efeitos, tal apresenta-se como uma vivência que, por si só, alterava o processo comunicacional, sendo

esse processo vital para a definição do que nos torna humanos. Sendo assim, “Comunicar é um ato definidor da própria vida que, de tão omnipresente, parece dado como adquirido e de pouco valor. (...). Comunicar é acima de tudo viver ou, melhor, conviver no sentido literal de *viver com*.” (NUNES, 2007, p. 11).

Tal encontra-se corroborado na obra de Peixoto & Valente (2012, p. 269),

“A comunicação permite a manutenção de papéis sociais, a satisfação de necessidades e desejos, a manutenção da proximidade social, o desenvolvimento humano, *etc.*. No contexto clínico, a ausência de fala, como forma de comunicação habitual, está associada a sentimentos de medo, de pânico, raiva, alterações do sono e ansiedade. Mais ainda, a ausência de formas eficazes de comunicação associa-se a um maior número de erros diagnósticos, a dificuldades no tratamento e a uma menor satisfação do doente e do profissional”.

Tal diz respeito, de igual forma, à necessidade de desenvolver um ambiente seguro e terapêutico aquando a prestação de cuidados, sendo essa uma das competências específicas do enfermeiro especialista descritos na alínea c) do nº 1 do artigo 6º do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011, correspondendo tal à preservação dos elevados padrões de qualidade no cuidar especializado em pessoa crítica - tal como descrito no Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho de 2015.

Sendo assim, definimos um segundo objetivo geral dentro da temática-matriz: o de “*Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o doente oncológico submetido a ventilação mecânica invasiva e sua família*”.

Optámos por elaborar três iniciativas para o efeito, tendo como base os eixos formação em contextos clínicos e reflexão.

A primeira iniciativa (correspondente ao eixo da formação em contextos clínicos) baseou-se na realização de uma formação intitulada de “*Preparação do doente e família na transferência do doente oncológico em choque séptico para uma unidade de cuidados intensivos/ intermédios*” (APÊNDICE I) a 20 de junho de 2016.

Mobilizando o método ativo, a formação teve como destinatários os enfermeiros do serviço onde presto cuidados, a UANP, e de onde recorrentemente são transferidos doentes para a UCII da mesma IHRO. Tal adveio da solicitação formal da própria equipa onde me encontro atualmente inserido (personificada, inclusive, pela própria direção do mesmo) no

sentido de capacitar os pares para os cuidados a ter na preparação do doente e sua família aquando a transferências para uma UCII.

A importância de tal encontra-se patente no âmbito das competências de domínio da melhoria contínua da qualidade, tal como descrito na alínea b) do nº 1 do artigo 6º do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011, sendo a formação em serviço uma das responsabilidades do enfermeiros especialista: “(...) responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados” (Vieira, 2009, p. 37).

Tal emerge dos princípios-base da formação de adultos, para a promoção do aumento da “ (...) competência inicial do sujeito no domínio próprio da sua atividade, em função do seu estatuto: é o que designa a noção de ‘reciclagem’ e, por vezes, a de ‘reconversão profissional’ (Canário, 1999, p. 34). Sendo assim, “(...) formar pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a competências, atitudes, para que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Fabião, Magano, Jesus & Miranda, 2005, p.236).

Por conseguinte, o objetivo geral da formação foi o de:

- *Compreender o papel dos enfermeiros na preparação do doente oncológico e sua família na transferência para uma UCI/UCII, tendo como exemplo o doente neutropénico com febre.*

Como objetivos específicos foram, por sua vez, delimitados:

- *Aplicar medidas de intervenção na abordagem ao doente oncológico em choque séptico devido a neutropenia febril, desde a identificação ao tratamento e posterior transferência do doente para unidades especializadas;*
- *Identificar atitudes com o fim de envolver a família na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.*

Participaram na formação 15 enfermeiros do UANP (1/3). A formação teve a duração média de 30 minutos, e foi realizada na sala de formação do próprio serviço.

A segunda iniciativa passou pela realização de uma revisão da literatura sobre o tema: “*A comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva*”, que acabou por ser traduzida na realização de uma sessão de formação com o mesmo tema (**APÊNDICE II**), destinada a todos os enfermeiros da UCII (em especial aos enfermeiros recém-admitidos

na unidade), contribuindo para o programa formativo do serviço. A sua importância encontra-se de igual forma descrita como competência no domínio da melhoria contínua da qualidade, tal como referido na alínea b) do nº 1 do artigo 6º do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011 – abordado, do mesmo modo, no âmbito da formação anterior.

A formação decorreu no dia 28 de junho de 2016 com duração de 30 minutos, na sala de formação da UCII. Estiveram presentes 12 enfermeiros (cerca de 1/3 da equipa), mobilizando uma metodologia ativa.

O objetivo geral seria:

- *Compreender o papel da comunicação no estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente oncológico submetida a ventilação invasiva.*

Os objetivos específicos seriam:

- *Identificar o papel da comunicação na vivência do internamento em UCII;*
- *Identificar as percepções comunicacionais do doente oncológico ventilado;*
- *Identificar técnicas de comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva.*

A pertinência de ambas as formações é compreendida à luz do nº 6 do artigo 9º do REPE legislado no nº 3 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril).

As mesmas permitiram desenvolver competências múltiplas de forma autónoma, sistemática e crítica no âmbito da formulação e análise de questões/ problemas de maior complexidade (nomeadamente os relacionados com a formação em enfermagem), a demonstração de um nível aprofundado de conhecimento na área de conhecimentos vigente, a demonstração de consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente e família, assim como a promoção e desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros. Para além disso, potenciou a identificação de necessidades formativas em enfermagem médico-cirúrgica em ambos os serviços, promovendo, para o efeito, formações no sentido de colmatar necessidades de aprendizagem.

A segunda sessão de formação permitiu, de igual forma, colaborar na integração de novos profissionais na UCII do IHRO, tal como já se encontra explícito anteriormente.

Por sua vez, foi definido ainda um terceiro objetivo geral: *“Interpretar situações e vivências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem individualizados ao doente oncológico em situação crítica e sua família”*.

Encontramo-nos assim no eixo da reflexão crítica. Foi assim definido um objetivo específico o *“Realizar reflexões críticas escritas sobre situações de interação comunicacionais ocorridas com um doente oncológico e/ou família”*.

Deste modo, optámos ao longo do estágio pela realização de duas reflexões:

- *“A comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação mecânica invasiva: o primeiro contato”*;
- *“Cuidar do doente oncológico em fim de vida e sua família numa cuidados intensivos e intermédios”*.

Ambas as reflexões foram realizadas segundo uma metodologia própria, ou seja, através da mobilização do Ciclo reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013).

Sendo assim, foram mobilizadas competências no sentido de interpretar informação proveniente da minha formação inicial, experiência pessoal e de vida, mantendo de forma contínua e autónoma o meu próprio auto-desenvolvimento multidimensional. Tal apresentava-se como uma competência potenciadora da fomentação de uma consciência crítica sobre os problemas da prática profissional inerentes à relação com o doente oncológico e sua família na área de especialização, refletindo, de igual forma, sobre a *práxis* de forma crítica. Serviu assim, como mote, para a reflexão do conteúdo já analisado na alínea a) do nº 1 do artigo 4º do Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Auxiliou-me, deste modo, a desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal promovendo, de igual forma, uma reflexão sobre o próprio processo de tomada de decisão clínica: *“(…) atos profissionais decorrem de um processo de toma de decisão que o enfermeiro percorre com base no raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica.”* (Deodato, 2008, p. 27).

Refletir auxiliou-me principalmente a desenvolver a minha capacidade crítica de compreender, numa ótica diferenciada *“(…) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”*, tal como descrito pela alínea b) do nº 3 do Artigo 99º do CDE inserido no EOE, republicado como anexo pela Lei n. 156/2015 de 16 de setembro.

O eixo reflexivo no âmbito do agir na *práxis* apresentou-se, assim, como um eixo basilar no meu próprio constructo como enfermeiro especialista (foi quiçá, inclusivamente, o mais relevante ao longo dos vários estágios).

Em suma, terminei assim o estágio referente ao módulo II após atingir com sucesso os objetivos referentes à aquisição/ desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista na minha área de intervenção tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica no contexto descrito.

4.2. – ABORDAGEM ESPECIALIZADA EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA - MÓDULO I (SERVIÇOS DE URGÊNCIA)

Posteriormente, realizei uma abordagem especializada em situações de urgência/emergência ao tema –matriz “*Comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”. Tal decorreu no âmbito do módulo I (Serviços de Urgência) de 01 de setembro de 2016 a 26 de outubro de 2016 num AMP de uma IHIP.

A concretização deste estágio permitiu a aquisição de competências específicas referentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, uma vez que é do seu domínio o cuidar “(...) da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, tal como descrito na alínea a) do artigo 4º do Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro de 2011. Para além disso, cabe ao enfermeiro especialista o estabelecimento de “(...) prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência” (Vieira, 2009, p. 36).

O estágio foi realizado numa AMP, com características distintas de um serviço de urgência geral definidas no Despacho do Ministério da Saúde nº 727/2007, de 15 de janeiro de 2007.

Para todos os efeitos exerço atualmente a minha atividade profissional no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de caráter urgente/ emergente num serviço de características similares. A comparação era, assim, inevitável. Contudo e ao contrário do AMP de uma IHIP, o UANP de uma IHRO apenas se encontra vocacionado para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico.

Tal apresentou-se como um desafio profissional, uma vez que tinha que prestar cuidados de enfermagem, após um longo hiato, a doentes e suas famílias que vivenciavam situações de instabilidade, de origem multifatorial, e/ou polivalente. Seria, assim, um terreno potenciador de novas experiências que promoveriam a competência e o aperfeiçoamento profissional como valores fundamentais da relação profissional, tal como definido pela alínea e) do nº 2 do Artigo 99º do CDE, inserido no Estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei n. 156/2015 de 16 de setembro.

Contudo e de acordo com o tema-matriz, o meu foco permaneceu na perspetiva comunicacional na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico e sua família.

Sendo assim, a comunicação é assumida como uma ferramenta terapêutica do enfermeiro “(...) uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tornar a cargo e conformar-se com o tratamento.” (Phaneuf, 2005, p. 17). Tal destaca o papel primordial da comunicação, no âmbito do cuidar.

Especificamente no caso do doente oncológico, a comunicação em situações de urgência/ emergência assume um papel de destaque, muito devido à conceção (por vezes dual) da condição oncológica no paradigma da pessoa em situação crítica.

Tal remete para a necessidade de definir emergência oncológica como uma

“(...) condição aguda que é causada pelo cancro ou pelo seu tratamento, requerendo uma rápida intervenção para evitar a morte ou dano permanente severo. Os doentes com cancro que se apresentam com emergências devem ser avaliados de modo semelhante aos que não têm cancro. (...) O evento pode ser devido ao próprio cancro, ao tratamento administrado para o controlar ou pode ser relacionado a uma condição nova ou previamente não relacionado com o cancro.” (Fortes, 2011, p. 4).

Para a mesma autora, as emergências oncológicas podiam ser de origem metabólica, neurológica, cardiovascular, hematológica, respiratória, urológica ou relacionadas com os efeitos secundários dos diversos tratamentos e são uma realidade cada vez mais crescente nos serviços de saúde.

As situações de urgência/ emergência oncológica são, assim, situações que podem ocorrer em qualquer fase da doença: desde o seu diagnóstico até à totalidade do decurso

natural da doença (incluindo, de igual forma, intervenções emergentes a pessoas em fim de vida, sem caráter curativo, promovendo o conforto das mesmas).

Assim sendo, é

“(…) uma avaliação atempada e completa, que leva ao diagnóstico e tratamento urgente pode ser salvadora de vida ou essencial para prevenir perdas irreversíveis de função. Assim, é importante que todos os profissionais que cuidam doentes com cancro tenham um conhecimento sólido das principais emergências oncológicas e estejam atentos aos sinais de alarme de cada situação específica” (Fortes, 2011, p. 31).

O mesmo é corroborado por (Sheehy, 2011, p. 611) que refere que

“As urgências hematológicas e oncológicas abarcam um vasto leque de estados clínicos e representam um largo espectro da gravidade do doente. O conhecimento dos processos patológicos comuns e a perspicácia na avaliação reforçam a capacidade do enfermeiro de urgência de estabelecer prioridades quanto aos cuidados, a fim de assegurar ótimos resultados no doente.”.

Encontrava-se assim criado o mote para definirmos objetivos gerais e específicos mediante o tema-matriz e o contexto clínico vigente.

Sendo assim, optámos por definir como primeiro objetivo geral o “*Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, comportamentais e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao adulto em situação crítica que recorre a um Serviço de Atendimento Médico Permanente/ Serviço Urgência*”.

Tal pretendeu ser o epígrafe para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica num contexto similar ao meu, face ao descrito na alínea a) do artigo 5º do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011.

O primeiro objetivo específico disse, assim, respeito ao “*Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no AMP de uma IHIP, nas diversas áreas de trabalho*”.

Com o fim de conseguir realizar um maior acompanhamento da situação crítica das pessoas que recorriam ao AMP, foi definido como objetivo específico complementar o “*Privilegiar a prestação de cuidados à pessoa com critérios de permanência em Sala de Observações*”. Sendo assim, embora tenha experienciado todas as funções inerentes à prática

de enfermagem existentes no serviço (tais como por exemplo a triagem e/ou a sala de tratamentos) foi privilegiado o acompanhamento das situações clínicas em Sala de Observações.

O presente objetivo permitiu desenvolver competências no âmbito da gestão adequada do processo de aprendizagem (de acordo com a formação prévia e a própria experiência pessoal e profissional), tendo em conta, de igual forma, a manutenção (contínua e autónoma) do próprio processo de auto-desenvolvimento.

Para além disso, tal permitiu o aprofundamento de conhecimentos core na própria área de especialização em desenvolvimento.

Potenciou, de igual modo, a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas (no âmbito da área de especialização em concreto), permitindo assumidamente realizar tomadas de decisão fundamentadas (atendendo a evidências científicas e a responsabilidades sociais e éticas), zelando, concomitantemente, pelo cuidados prestados no campo de ação da enfermagem médico-cirúrgica.

Por fim permitiu demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, assim como promoveu a elaboração contínua de uma relação terapêutica e de ajuda no respeito pelas crenças e pela sua cultura do outro.

O segundo objetivo geral do estágio, por sua vez, foi definido por nós como o *“Reconhecer a comunicação como elo fundamental para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação de urgência/ emergência e sua família, em especial na interação com o doente oncológico”*. Tal surgiu devido à necessidade de desenvolver competências no âmbito do tema-matriz, coincidente com a minha prática profissional.

Para tal, foi definido como objetivo específico o *“Estabelecer relações comunicacionais terapêuticas com os doentes em situação de urgência/ emergência, em especial doentes e famílias a vivenciar uma realidade oncológica.”*. Neste sentido, foi privilegiada, aquando a distribuição dos casos clínicos mediante o método de responsável, a minha prestação de cuidados a pessoas a vivenciar uma realidade oncológica.

Tal permitiu que, ao longo da prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico a vivenciar uma situação de urgência e emergência, não ficasse descurada a sua

condição de saúde putativamente crónica e/ ou paliativa. Deste modo, muitas das emergências em oncologia, apresentavam-se no AMP (tal como na UANP) na forma de cuidados de conforto eminentes. Tal emerge para a necessidade de, neste contexto, compreender a aquisição de competências por mim desenvolvidas igualmente no âmbito específico do cuidado à pessoa “(...) com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”, tal como descrito na alínea a) do nº 1 do Artigo 4º do Regulamento nº188/2015, de 22 de abril de 2015.

Por sua vez, o terceiro objetivo geral definido pela tríade foi, definido como o *“Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico e sua família no contexto de urgência/emergência”*. Tal proveio da necessidade, descrita pela equipa de enfermagem (e pela sua coordenação) da mesma atualizar conhecimentos na área específica de prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma doença oncológica com intercorrências face à mesma. Deste modo, foram definidos dois objetivos específicos, respeitantes do eixo da formação em contextos de trabalho: o *“Realizar um “Guia de prestação de cuidados de Enfermagem ao doente oncológico e sua família em situação de urgência”, de consulta rápida pela equipa”* (APÊNDICE III), e o *“Realizar uma sessão de formação sobre essa temática”*.

O Guia, encontra-se atualmente em formato digital numa pasta partilhada pela equipa, em formato de apresentação para futuras reproduções – opção privilegiada pela direção clínica médica e de enfermagem do serviço.

A sua concretização permitiu desenvolver competências descritas no âmbito da melhoria contínua da qualidade, tal como preconizado no artigo 6º e 8º do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011.

Para além disso, permitiu desenvolver competências no âmbito da alínea a) do artigo 4º do Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011, tendo em vista a utilização de técnicas próprias da enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem de excelência, tal com descrito nas alíneas c) e e) do número 4 do Artigo 9º do REPE legislado no Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro – com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril.

Tal permitiu a capacitação da gestão de aspetos complexos descritos no âmbito profissional e académico, a avaliação de situações complexas tendo como base uma perspetiva académica avançada, a promoção do desenvolvimento de outros enfermeiros (com prévia identificação de necessidades formativas na área de especialização) e a promoção da formação em serviço.

Como terceiro e último objetivo geral do estágio foi delimitado o *“Interpretar situações e vivências inerentes à prestação de cuidados de Enfermagem individualizados à pessoa a vivenciar uma situação que carece de cuidados de Enfermagem urgentes/emergentes”*.

Encontrámo-nos assim, novamente no eixo da reflexão crítica. Delimitámos assim como objetivo específico o *“Realizar duas reflexões críticas escritas sobre situações de interação comunicacionais ocorridas com um doente oncológico e/ou família”*, tendo com objetivo específico complementar o *“Privilegiar interações significativas com doentes oncológicos e suas famílias”*.

Deste modo, optámos ao longo do estágio pela realização de duas reflexões:

- *“A comunicação de más notícias ao doente oncológico e sua família em situação de urgência/emergência”*;
- *“A prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico em situação crítica com alterações do seu estado de consciência: da legitimidade ao consentimento”*.

Ambas as reflexões foram realizadas novamente mediante a mobilização do Ciclo reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013).

Tal adveio da necessidade de compreender como poderia, à luz das competências inerentes ao enfermeiro especialista, prestar melhores cuidados de Enfermagem ao doente oncológico a vivenciar uma situação de urgência/emergência, o que seria um contributo fundamental para a minha prática clínica (conseguindo, concomitantemente e tal como já descrito, realizar um paralelo entre o contexto descrito e a minha *práxis* diária no UANP da IHRO).

Permitiu, assim, desenvolver competências descritas na alínea b) do artigo 8º Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro de 2011, sendo comum a todos os enfermeiros tal como descrito no nº 1 do Artigo 8º do REPE legislado no Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro – com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril.

Para além da reflexão crítica sobre a prática, o presente objetivo permitiu formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, potenciando concomitantemente a formulação de um discurso pessoal fundamentando (tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que o doente se depara). Para além disso permitiu desenvolver uma consciência crítica para os problemas da prática profissional (atuais ou novos, relacionados com o cliente e/ou com a família) em enfermagem médico-cirúrgica.

Para tal foram continuamente abordadas questões complexas de modo sistemático e criativo - em enfermagem médico-cirúrgica - de acordo com a análise sistemática de situações complexas.

A prática da comunicação foi, em suma, transversal a todo o estágio. Tal implica a constante procura da satisfação do cliente. Cabe assim ao enfermeiro especialista em situação crítica “(...) a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face a complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica; a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica”, tal como descrito do anexo 4.1. do Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação, Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho de 2015, correspondendo ao cumprimento dos Artigos 102º, 103º, 104º 107º, 108º e 110º do CDE - inserido no EOE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro.

Findado o estágio, sinto que desenvolvi competências como enfermeiro especialista em médico-cirúrgica com sucesso - nomeadamente no que diz respeito ao proposto como temamatrix (privilegiando a prática clínica, a pesquisa bibliográfica, a reflexão, e a formação em contextos de trabalho).

O módulo descrito, devido ao paralelismo com a minha própria realidade, permitiu inclusive desenvolver novas práticas clínicas a adotar no meu próprio quotidiano no sentido da melhoria da prestação de cuidados de enfermagem no meu próprio serviço: o UANP de uma IHRO.

4.3. – ABORDAGEM PREVENTIVA EM FASE DE TRATAMENTO ATIVO - MÓDULO III (OPCIONAL)

O último módulo, o III (Opcional), decorreu de 27 de outubro a 20 de dezembro de 2017 num HDQ de um CCIO.

Tal correspondeu a uma abordagem preventiva de complicações que, potencialmente, poderiam levar o doente oncológico a incorporar o *status* de doente crítico ainda numa fase de tratamento ativo. O mesmo é explicado devido à própria essência do contexto, uma vez que é o local onde é possível compreender o papel do enfermeiro no que diz respeito à adoção de estratégias promotoras da prevenção de possíveis situações de risco para o doente oncológico em tratamento.

Mas em que elo específico reside, então, a ligação entre a ocorrência de situações críticas e/ou emergentes para o doente oncológico e a vivência do próprio tratamento em Hospital Dia de Quimioterapia? Para tal é preciso compreender o papel do próprio tratamento: a quimioterapia. A quimioterapia é descrita como “(...) a utilização de substâncias químicas com atividade citotóxica com o objetivo de tratar pessoas com doença oncológica (...)” (Costa *et al.*, 2005, pág. 32), em busca do controlo e/ou cura da doença. Trata-se assim de um tratamento sistémico, utilizada com diferentes intuitos (como terapêutica adjuvante, neo-adjuvante, primária, combinada).

Embora o seu principal objetivo seja o de “prevenir a multiplicação de células cancerígenas, a invasão do tecido adjacente ou o de desenvolvimento de metástases” (Otto, 2000, p. 587), permitindo “(...) um aumento considerável da sobrevivência do doente oncológico (...)” (Pimentel, 2006, p. 11), sabe-se que “ (...) este ganho é conseguido à custa de graves efeitos adversos” (Pimentel, 2006, p. 11). E eis que se encontra efetivada a ponte de aproximação entre o doente oncológico em tratamento ativo e a sua assunção como possível doente crítico. A explicação para tal é de origem multifatorial, sendo que a gestão de sintomas e complicações associadas ao tratamento assumem um papel vital neste processo.

Sendo assim, o doente oncológico poderá experienciar diversos efeitos adversos tais como fragilidade venosa, alopecia, diarreia, náuseas e vômitos, alterações no estado nutricional, anorexia/ alterações no paladar. Contudo, poderá também experienciar efeitos adversos agudos, tais como hipersensibilidade/ anafilaxia, extravasamento, estomatites/

mucosites, náuseas e vômitos, mielossupressão, ou até mesmo estados de toxicidade cardíaca, neurológica, renal e/ou pulmonar (Phillips, 2001). Tais complicações poderão desencadear a perda de funcionalidade parcial e/ou total do indivíduo – e quiçá, inclusive, a sua morte

Tal exige do enfermeiro que administra citostáticos uma competência major: a de certificar que o próprio doente oncológico submetido a quimioterapia e sua família compreendam os riscos, os recursos, os sinais de alarme e a urgência em recorrer em tempo útil a uma unidade de saúde, com o fim de prever a evolução de uma infecção por uma sépsis (por exemplo).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, cabe ao enfermeiro que administra saber comunicar. Comunicar o que administra. Comunicar efeitos secundários. Comunicar sinais de alarme. Comunicar possíveis recursos a mobilizar em caso de ocorrerem complicações associadas ao tratamento. E, para além do simples ato clínico, saber gerir sentimentos, angústias, medos e expectativas face ao tratamento e à vivência da doença.

Encontrou-se, assim criado o mote para a realização de estágio em HDQ na prevenção de complicações associadas com a administração de citostáticos que poderão converter o doente oncológico em tratamento ativo em doente crítico.

Segue-se então a seguinte ordem de pensamento: a doença oncológica não pode ser assumida apenas como uma doença experienciada em quatro paredes, numa unidade hospitalar travada nos seus domínios: “A doença oncológica é um grave problema de saúde pública, com custos pesadíssimos, não só económicos, mas também sociais. A nível individual não existe nenhuma dimensão da vivência que não seja afetada.” (Pimentel, 2006, p. 11).

Em suma, a quimioterapia dever ser administrada

“(…) apenas por enfermeiros especializados nos vários procedimentos. A educação do doente e da família, sobre os vários aspetos da quimioterapia (ex: procedimento, efeitos secundários e potenciais toxicidades e, ainda, cuidados de *‘follow-up’*), requer uma avaliação e intervenção de enfermagem competentes. O enfermeiro deve encorajar o doente e família a tornarem-se parte integrante do planeamento e concretização dos cuidados” (Otto, 2000, p. 619).

Realizada a explicação necessária para justificar a realização de um estágio na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente a vivenciar uma situação

crítica num HDQ, foram assim definidos, pela tríade pedagógica vários objetivos gerais e específicos, tal como nos módulos prévios (tendo em conta o tema-matriz).

O primeiro objetivo geral disse respeito ao *“Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, comportamentais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico submetido a tratamento ativo”*.

Para tal, foram desenvolvidos diversos objetivos específicos, tais como o *“Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico submetido a quimioterapia (e sua família) num HDQ de um CCIO”*, o *“Consolidar conhecimentos na área da administração de quimioterapia, imunoterapia e terapêutica hormonal”*, o *“Participar em consultas de primeira vez do HDQ”*, e o *“Participar em consultas de enfermagem ao doente hematológico em contexto de ambulatório”*.

O primeiro objetivo geral disse, em suma, respeito maioritariamente ao eixo da prática clínica, cujas competências desenvolvidas ao longo do tema-matriz são coincidentes face ao já apresentado nos dois módulos anteriores.

Do mesmo modo, o segundo objetivo geral, foi definido como *“Desenvolver competências comunicacionais na área da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma doença oncológica (e sua família), em fase de tratamento ativo”*, respeitante do eixo da reflexão crítica (sendo que as competências adquiridas são em tudo similares ao descrito nos módulos prévios). Para o efeito foi definido como objetivo específico o *“Realizar duas reflexões críticas escritas sobre situações de interação comunicacional ocorridas com um doente oncológico e/ou família”*.

Optámos, assim, pela realização de reflexões ao longo do estágio:

- *“Da humanidade ao conforto do doente oncológico”*;
- *“A parceria com o doente oncológico e sua família como intervenção para a promoção do Cuidado de Si”*.

Ambas as reflexões foram realizadas novamente mediante a mobilização do Ciclo reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013).

Por sua vez, foi definido como terceiro objetivo geral o *“Contribuir para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico e sua família na minimização de possíveis complicações secundárias ao tratamento ativo”*.

Para tal, foram definidos como objetivo específico o “*Realizar de um estudo com a seguinte tema: “A responsabilidade do enfermeiro na prevenção do choque séptico no doente oncológico submetido a quimioterapia com neutropenia febril”*”. O estudo encontra-se descrito no primeiro capítulo do presente relatório, sendo que o segundo objetivo específico associado disse respeito ao “*Expor os resultados do estudo à equipa após publicação do estudo*”, com o fim de sustentar a consulta de primeira vez em fase de criação no HDQ do CCIO.

Tal permite ao enfermeiro especialista “(...) definir e utilizar indicadores que lhe permitam avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente e introduzir medidas corretivas” (Vieira, 2009, p.36) colaborando igualmente “(...) no diagnóstico de saúde da comunidade e na resolução dos problemas detetados” (Vieira, 2009, p.36).

O último objetivo permitiu, assim, “participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados”, tal como descrito na alínea b) do Artigo 101º do CDE (inserido no EOE republicado como anexo pela Lei nº 156/ 2015 de 16 de setembro) assim como na amplamente analisada alínea a) do Artigo 5º do Regulamento 124/2011, de 18 de fevereiro de 2011.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica pretende, de igual forma e segundo o anexo 4.2. do Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho de 2015 promover “(...) o potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;”, agindo concomitantemente no sentido de prevenir “(...) complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, tal como descrito anexo 4.3. do mesmo regulamento.

Concomitantemente, tal permitiu o desenvolvimento da compreensão relativamente às implicações da investigação na *práxis*, a incorporação de resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização quotidiano, e a promoção da investigação *per si* em serviços inerentes à área de especialização.

O último estágio (referente ao módulo III – Opcional), consentiu, em suma, uma abordagem preventiva em fase de tratamento ativo facilitando, assim, a globalização da perceção do percurso total do doente oncológico nas diferentes fases de vivência da saúde-doença no contato com a enfermagem (potenciando competências em vários contextos no cuidar do Outro e sua família tendo como pedra angular a comunicação).

5. CONCLUSÃO

Não estamos sozinhos. Aliás, não somos quem somos sozinhos. Sendo assim, somos o que somos sendo não só o corpo, a alma, as emoções que nos constituem: somos também o que somos com os outros, e que em parte também nos definem (e são parte de nós).

Tal apresentou-se como o mote para a realização de todo um percurso no sentido de desenvolver competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Para todos os efeitos, o presente relatório assume-se como mais do que uma descrição simples das competências desenvolvidas ao longo de cada estágio: apresenta-se como uma reflexão sobre a minha prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico em situação crítica e sua família no aprimoramento do processo de cuidar.

Para tal, desenvolvi um tema-matriz que em tudo é coadunável com a minha própria experiência profissional: “*A comunicação com o doente oncológico em situação crítica e sua família*”. Sendo assim, o mesmo tema foi aprofundado de forma tridimensional, segundo a experiência vivida em diferentes módulos de estágio. Foi realizada, assim uma abordagem especializada em UCI (módulo II –Cuidados Intensivos/ Intermédios), uma abordagem especializada em situações de urgência/ emergência (módulo I – Serviços de urgência) e uma abordagem especializada em fase de tratamento ativo (módulo Opcional).

Desenvolvi, por conseguinte, várias competências edificadas num constructo definido através de três eixos fundamentais: o eixo da prática clínica, o eixo da reflexão crítica e o eixo da formação em contextos clínicos – tendo como base a prática baseada na evidência em enfermagem. O mesmo apenas foi possível através da criação de uma terceira tríade: a pedagógica, que me envolveu num processo diário de construção de competências orientado num processo formativo que englobou o docente orientador e os diferentes enfermeiros orientadores dos diversos contextos clínicos.

É claro que o caminho percorrido foi apresentado não só por sucessos, como também por espinhos. E esses espinhos apresentaram-se na forma de inúmeras dificuldades: o tempo que escasseava, as realidades que se alteravam continuamente necessitando de uma contínua adaptação, assim como o *stress* contínuo e diário inerente a quem cuida do Outro numa

realidade por vezes tão severa (como a luta contra o cancro, num ambiente tão hostil como uma UANP de um IHRO). Contudo, foram essas mesmas dificuldades que, ao serem colmatadas, construíram um patamar seguro para o sucesso.

E o sucesso, neste caso, assume outro nome: desenvolvimento profissional. Considero, desde modo, ter atingido o principal objetivo do presente trabalho: o de descrever, analisar e sobretudo refletir criticamente sobre o processo de aquisição de competências gerais e específicas de EEEMC.

Do mesmo modo, pela consolidação realizada de conhecimentos prévios baseados nas mais atuais premissas técnico-científicas, pela reflexão crítica constante e profunda sobre o processo de cuidar, pela promoção da formação realizada junto dos pares (que exige uma aprofundada pesquisa bibliográfica e grau de conhecimento sobre as temáticas abordadas), assim como pela promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (tendo como base o respeito pelo Outro e pelas bases éticas, deontológicas e jurídicas da *práxis* de enfermagem), considero que atingi o principal objetivo de todo o percurso descrito: o de especializar-me em enfermagem médico-cirúrgica.

É assim crucial capacitar-me continuamente no sentido de intervir na preservação não só da saúde como também de todas as características que tornam o ser humano, humano. Esta é a razão pela qual terei que desenvolver, mais uma vez de forma contínua, competências científicas, éticas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem, preservando, de igual forma, a minha própria humanidade.

Como última consideração, prescrevo um memorando para o meu futuro- eu: este percurso, que aparentemente se encontra findado com o presente relatório, não corresponde ao fim de uma etapa: contrariamente ao previsto, corresponde a um início. Esse início diz respeito ao meu desenvolvimento contínuo como enfermeiro, uma peça integrante (embora basilar) da minha jornada no sentido de promover o cuidar em excelência do Outro, promovendo-o no seio de uma sociedade, de uma instituição, de uma equipa, e de uma relação terapêutica.

Sim, de facto não estamos sozinhos, nem somos quem somos sem ninguém. Mas através do que fui construindo hoje, sou um pouco mais como pessoa e profissional do que era ontem, e parcialmente menos do que serei amanhã.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA)

- **Abreu, W. (2007).** *Formação e Aprendizagem em contexto clínico-Fundamentos. Teorias e Considerações Didáticas.* (1º ed.). Lisboa. Portugal.: Formasau. 17p. ISBN 978-972-8485-87-0
- **Alarcão, I. & Rua, M. (2005).** *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e Desenvolvimento de Competências.* Texto Contexto de Enfermagem, 14 (3), 373-382. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- **Atalaia, G., Vasconcelos, P. & Bragança, N. (2015).** Neutropenia febril. *Rev. Clin. Hosp. Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 3 (1): 13-19.
- **Benner, P. (2001).** *De Iniciado a Perito.* (1.ed.). Coimbra. Portugal: Quarteto Editora. 44-63. ISBN 972-8585-97-X
- **Best, J.; Frith, K.; Anderson, F.; Rapp, C.; Rioux, L. & Ciccarello, C. (2011).** Implementation of an Evidence-Based Order Set to Impact Initial Antibiotic Time Intervals in Adult Febrile Neutropenia. *Oncology Nursing Forum.* 38 (6): 661-668. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/11.ONF.661-668>
- **Canário, R. (1999).** *Educação de Adultos: um campo e uma problemática.* (1ºed.). Lisboa, Portugal: Educa. 159p. ISBN 972-8036-21-3
- **Carvalho, M. (1996).** *A Enfermagem e o Humanismo.* Loures, Portugal: Lusociência–Edições Técnicas e Científicas, Lda. 35-39. ISBN 972-8383-00-2
- **Cavalli, F. ; Kaye, S. ; Hansen, H.; Armitage, J & Piccart-Gebhart, M. (2009) -** *Textbook of Medical Oncology.* (4º ed.). Reino Unido: Informa Health Care. 23-50. ISBN 9780415477482
- **Chalifour, J. (2008).** *A Intervenção terapêutica. Volume 1 – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.* (1ºed.). Loures. Portugal: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didático, Lda.129-130. ISBN 978-989-8075-05-5
- **Chalifour, J. (2009).** *A Intervenção terapêutica. Volume 2 – Estratégias de intervenção.* Loures. (1ºed.). Portugal: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didático, Lda.11-49.

ISBN 978-989-8075-05-5

- **CIPE® Versão 2015 (2016).** *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM.* Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 47-143. ISBN 978-989-8444-35-6
- **Collière, M. (1999).** *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* (5º Tir.). Lisboa. Portugal: LIDEL- Edições Técnicas, Lda. 235-236. ISBN 972-757-109-3
- **Conceição, A. (2015).** *A Competência Para o Cuidado Espiritual em Enfermagem.* (1ªed.) Loures: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didáctico, Lda. 23p. ISBN 978-989-8075-53-6
- **Costa, C. M Magalhães, H.; Félix, R; Costa, A. & Cordeiro, S. (2005).** *O Cancro e a Qualidade de Vida- A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro.* (1ºed.). Sintra, Portugal: Novartis. 32p. ISBN 972-9229-94-5
- **Craig, J; Smith, R. (2004).** *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros.* (1ºed.). Loures, Portugal: Lusociência– Edições Técnicas e Científicas, Lda. 10-15. ISBN 972-8383-61-4
- **Deodato, S. (2008).** *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade.* Coimbra, Portugal: Edições Almedina. 194p. ISBN 978-972-40-3401-0
- **Dunbar, A.; Nielsen, D.; Shropshire, S. & Richardson, L. (2014).** Preventing Infections During Cancer Treatment: Development of an Interactive Patient Education Website. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 18 (4). 426-431. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.426-431>
- **Dunkley, S. & McLeod, A. (2015).** Neutropenic sepsis: assessment, pathophysiology and nursing care. *British Journal of Neuroscience Nursing.* 11 (2): 78-87. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjnn.2015.11.2.79>
- **Fabião, A. Magano, C., Jesus, M. & Miranda, P. (2005).** Formação: Contributo para a Qualidade. *Servir.* 53 (5): 235-247. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
- **Fonseca, P. (2012).** *Guia para a redação de relatórios.* Aveiro, Portugal. Consultado em: <http://sweet.ua.pt/~pf/Documentos/Guia%20redacao%20relatorios.pd>
- **Fortes, O. (2011).** *Emergências oncológicas.* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto: Portugal. 4.-31

- **Gibbs, G. (2013).** *Learning by doing - A Guide to Teaching and Learning Methods* (1.ed.). Oxford, UK: Oxford Centre for Staff and Learning Development. 10-134 ISBN 978-1-873576-86-1
- **Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008).** *Humanidade, compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos.* (1ºed.). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget. 247-269. ISBN 978-972-771-976-1
- **Gomes-Pedro, J. & Barbosa, A. (2004).** *Comunicar – na clínica, na educação, na investigação e no ensino.* (1ºed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores. 26-81. ISBN 972-796-133-9
- **Griffin, J. (1985).** *Nursing Care of the Critically Ill Cancer Patient* In Howland, W. & Carlon, W., *Critical Care of the Cancer Patient.* Chicago: Year Book Medical Publishers. 339-345. ISBN 0-8151-4708-2.
- **Hawley, E.; Loney, M. & Wiece, M. (2011).** Development of Tools and Processes to Improve Treatment Times in Patients With Febrile Neutropenia. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 15 (5): E53-E58. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/11.CJON.E53-E57>
- **Hesbeen, W. (2000).** *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar.* (1ºed.). Loures, Portugal: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 136p. ISBN 972-8383-11-8
- **Hesbeen, W. (2004).** *Cuidar neste mundo.* (1ºed.). Loures, Portugal: Lusociência. 102p. ISBN 978-972-8383-71-8
- **Hesbeen, W. (2006).** *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade - emergir com o autor do seu próprio pensamento.* (1ºed.). Loures, Portugal: Lusociência– Edições Técnicas e Científicas, Lda. 5-146. ISBN 972-8930-31-3
- **Honoré, B. (2004).** *Cuidar, persistir em conjunto na existência.* (1ºed.). Loures, Portugal: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 32p. ISBN 972-8383-58-4
- **Honoré, B. (2013).** *O Cuidar em perspectiva – No centro de um humanismo humanizante.* (1º ed.). Loures, Portugal: Lusociência– Edições Técnicas e Científicas, Lda. 39p. ISBN 978-972-8930-91-2
- **Inácio, M. (2007).** *Formação em contexto de trabalho - Formação de Tutores – Manual do Formando.* Lisboa, Portugal: DeltaConsultores e Perfil. 1p.
- **Khan, S.; McPartlin, A.; Tetlow, C.; Choudhury, A.; Lyons, J. (2012).** Identifying

patients at risk of neutropenic sepsis. *Cancer Nursing Practice*. 11 (6). 16-21. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/cnp2012.07.11.6.16.c9200>

- **Marques, A.; Santos, G.; Firmino, H.; Santos, Z.; Vale, L.; Abrantes, P.; Moniz, ... Morais, I. (1991).** *Reações emocionais à doença grave: como lidar*. (1ªed.). Coimbra, Portugal: Psiquiatria clínica. 35p.
- **Mendes, K. Silveira, R. & Galvão, C. (2008).** *Revisão integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem:Florianópolis, 17 (4) 768-764
- **Mercadier, C. (2004).** *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar – O corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 5p. ISBN972-8383-82-7
- **National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2009).** *Clinical practice guidelines in oncology – Prevention and treatment of cancer-related*. Consultado em: www.nccn.org.
- **Nunes, J. (2007)** – *Comunicação em contexto clínico*. (1ªed.). Lisboa, Portugal: Bayer HealthCare. 11-17
- **Nunes, L. (2011).** *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. (1ªed.). 122p. ISBN 978-972-8930-67-7
- **Ordem dos Enfermeiros (2002).** *Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Edição Ordem dos Enfermeiros, 19p.
- **Otto, S. (2000).** *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda 587-619. ISBN 972-8383-12-6
- **Pacheco, S. (2014).** *Cuidar da pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. (3ªed.) Loures, Portugal: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didáctico, Lda. 135p. ISBN 978-989-8075-38-3.
- **Peixoto, A. & Valente, P. (2012).** *Doente impossibilitado de falar* In Cardoso, R. (cord.) *Competências Clínicas de Comunicação*. (258-257). Porto: Portugal. Unidade de Psicologia Médica – Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ISBN 978-989-97953-0-3

- **Pereira, A. & Pouca, C. (2016)** – *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word*. (6ªed). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda. 75-102. ISBN978-972-618-843-8
- **Pereira, M. (2008)**. *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. (1ªed.) Coimbra, Portugal: Formasau, 2008. 37p. ISBN 978-972-8485-92-4
- **Pereira, M. & Lopes, C. (2002)** - *O doente oncológico e sua família*. (1ªed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores. 10-32. ISBN 9789727961955
- **Phaneuf, M. (2005)**. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª ed.) Loures, Portugal: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didáctico, Lda. 3-162. ISBN 972-8383-80-75-38-3
- **Phillips, L. (2001)**. *Manual de terapia intravenosa*. (2ªed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora. ISBN 9788573077445, 3-551
- **Pimentel, F. (2006)**. *Qualidade de vida e oncologia*. (1º ed.). Coimbra, Portugal: Almedina. 11p. ISBN 972-40-2791-0
- **Riley, J. (2004)**. *Comunicação em Enfermagem*. (4ªed.). Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 6-28. ISBN972-8383-81-9
- **Roe, H. & Lennan, E. (2014)**. Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Research and Reviews*. 4, 104-115. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/NRR.S41845>
- **Sant-Iago, D. (2005)**. *Postilla Religiosa, e Arte de Enfermeiros* (1ªed.). Lisboa, Portugal: ALCALÁ. 72p. ISBN 972-8673-28-0
- **Sheehy, S. (2011)**. *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. (6ª ed.), Loures, Portugal: Lusociência . 611p. ISBN 978-972-8930-63-9
- **Simões, M. (2013)**. *Cuidar em Humanidade - Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados*. (Tese de doutoramento). Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: Portugal, 21-254
- **Stefanelli, M. (2004)**. *Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. (1ªed.). São Paulo, Brasil: Editora Manole. 65p. ISBN 9788520421963
- **Universidade Católica Portuguesa (UCP)(2016)**. *Guia de Estágio – Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Portuguesa. 3-6

- **Venâncio, I. (2013).** *Neutropenia febril em doentes oncológicos.* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto – Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto: Portugal. 2p.
- **Vieira, M (2009).** *Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência.* (2º ed.) Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda. 36-37. ISBN 978-972-54-0195-8
- **Watson, J. (2002).** *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem.* (1ºed.). Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 113p. ISBN 972-8383-37-1
- **Yee Mei, L. (2013).** *Predicting Chemotherapy-Induced Febrile Neutropenia Outcomes in Adult Cancer Patients: An Evidence-Based Prognostic Model.* (Tese de Doutoramento). University of Adelaide, Adelaide: South Australia. 27-230

Legislação de Referência

- **Decreto-Lei 161/96 de 4 de setembro** – *Diário Da República*: I série A , nº 205 (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril. Acedido a 15 jan. 2017. Consultado em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- **Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de setembro** – *Diário Da República*: 1ª série—nº 181 (2015) . Código Deontológico Dos Enfermeiros (CDE) – Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE). Acedido a 15 jan. 2017. Consultado em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- **Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde nº 727/2007 de 15 de janeiro** – *Diário Da República*: 2ª série, nº 10 (2007). Classificação Nacional dos serviços de Urgência. Acedido a 15 jan 2017. Consultado em:
http://www.arscentro.min-saude.pt/pinhalinteriornorte1/unidades/Documents/Despacho_n.º_725_2007.pdf
- **Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011** – *Diário Da República*: 2.ª série, nº 35 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Acedido a 15 jan. 2017. Consultado em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- **Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011** – *Diário Da República*: 2.ª série, nº 35 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 15 jan. 2017. Consultado em:
http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias_comuns.pdf
- **Regulamento nº 188/2015 de 22 de abril de 2015** – *Diário Da República*: 2ª série, nº 78 (2015). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Acedido a 15 jan. 2017. Consultado em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf

- **Regulamento n° 361/2015 de 26 de junho de 2015**– Diário da República: 2° série — n° 123 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica Acedido a 17 jan. 2017. Consultado em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Sessão de formação sobre:

”Preparação do doente e família na transferência do doente oncológico em choque séptico para uma unidade de cuidados intensivos/ intermédios”.



CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Apresentação realizada no âmbito da concretização do projeto de estágio em Cuidados Intensivos (módulo II) na área de CUIDADOS INTENSIVOS - Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

"Preparação do doente e família na transferência do doente oncológico em choque séptico para uma unidade de cuidados intensivos/ intermédios "



Unidade de Atendimento Não Programado de um IHRO

✓ **Realizado por:**
Hugo Garcia da Silva Reis,
aluno nº 192015003

✓ **Orientado por:**
Prof. Doutora Isabel Rabiais, UCP
Enfermeira Ana Margarida Santos, IHRO
Enfermeira Célia Santos, IHRO

o) Índice

- + 1) Objetivos
- + 2) Introdução
- + 3) O tratamento de doentes em situação de urgência
- + 4) O doente oncológico como doente crítico
- + 5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril
- + 6) Conclusão
- + 7) Referências bibliográficas

1) Objetivo

+ OBJETIVO GERAL:

Compreender o papel dos enfermeiros na preparação do doente oncológico e sua família na transferência para uma UCI/UCII, tendo como exemplo o doente neutropénico com febre.

+ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- + Aplicar medidas de intervenção na abordagem ao doente oncológico em choque séptico devido a neutropénia febril, desde a identificação ao tratamento e posterior transferência do doente para unidades especializadas;
- + Identificar atitudes com o fim de envolver a família na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

2) Introdução

"O internamento do doente em estado crítico ou traumatizado tem implicações, a nível de cuidados, diferentes da estabilização inicial habitualmente realizada na urgência – requer ensino, equipamento e meios suplementares para a prestação de cuidados intensivos competentes e em segurança."

(Sheehy, 2010, pág. 230)

Estudo de Chalfin et al,
2007



Quanto maior for o tempo de espera por uma cama numa Unidade de Cuidados Intensivos, depois de autorizado o internamento na mesma, maior é a taxa de mortalidade hospitalar destes doentes.

"O tratamento do doente em estado crítico (...) obriga a que a Urgência disponha de profissionais especializados em cuidados intensivos, bem como equipamento e espaço físico onde o doente possa ser vigiado com todo o rigor" (Sheehy, 2010, pág. 230)

3) O tratamento de doentes em estado crítico em situação de urgência

"São cada vez mais os doentes em estado crítico que permanecem por longos períodos na Urgência"

(KUNZ e STEINMANN, 2011, pág. 230)

- Contínua falta de enfermeiros e outros profissionais;
- Número de vagas disponíveis em cuidados intensivos insuficiente para a procura;
- Crescente afluência aos serviços de urgência/ atendimentos permanentes/ não-programados;
- Falta de normas de procedimento facilitadoras a transferência do doente para uma unidade de Cuidados Intensivos;
- A falta de apoio administrativo para agilizar a circulação dos doentes;
- Falta de regionalização dos recursos de saúde para a admissão de doentes.



4) O doente oncológico como doente crítico



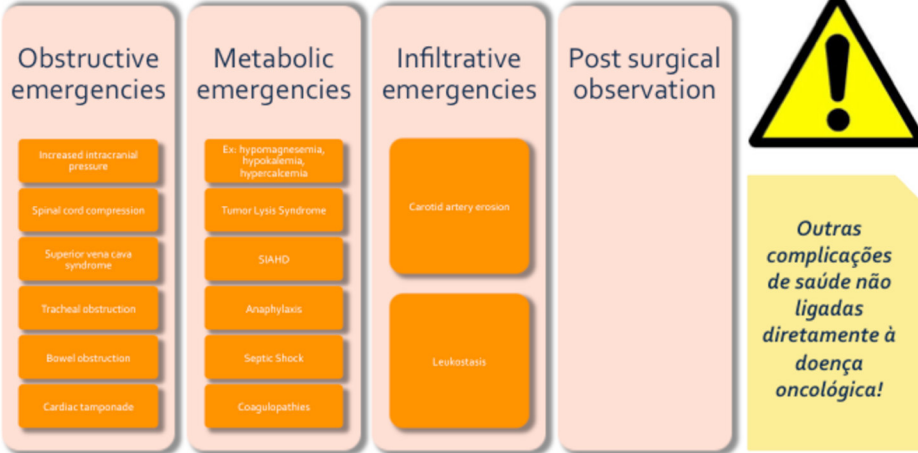
"A natureza complexa da doença, aliada a doentes de cancro com uma maior sobrevivência, devido aos avanços no diagnóstico e tratamento do cancro e suas sequelas, resulta num aumento da frequência das complicações associadas ao cancro." (OTTO, 1997, pág.454)

"A **qualidade de vida** deverá ser sempre o objetivo principal de qualquer decisão sobre os cuidados no doente com cancro. O objetivo geral será prevenir, reverter, ou minimizar as complicações oncológicas, que ameaçam a vida através de medidas profiláticas, da deteção precoce e da intervenção efetiva" (OTTO, 1997, pág.454)

4) O doente oncológico como doente crítico

4.1) Emergências oncológicas que podem suscitar uma abordagem ao doente oncológico como doente crítico

EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS - GROSS e JOHNSON, 1994; OTTO, 1997;



4) O doente oncológico como doente crítico

4.1) Emergências oncológicas que podem suscitar uma abordagem ao doente oncológico como doente crítico

DILEMAS ÉTICOS EM SAÚDE:

- É lícito reanimar um doente oncológico em fase paliativa, por PCR, resultante do agravamento esperado da sua doença?



- É lícito não tratar o doente oncológico em fase paliativa de uma infecção que poderá originar uma sépsis e provocar a morte, apenas porque o mesmo se encontra em fim de vida?

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril



5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 - Contextualização

- Risk of mortality in patients with cancer who experience febrile neutropenia

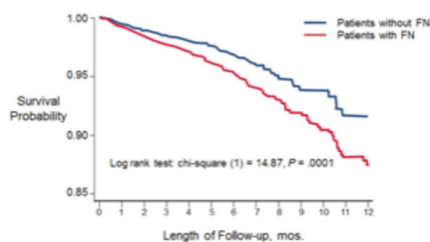


Figura 1. Association between NF and mortality

Lyman et al, 2010

- Factors Associated with Hospital Length of Stay among Cancer Patients with Febrile Neutropenia

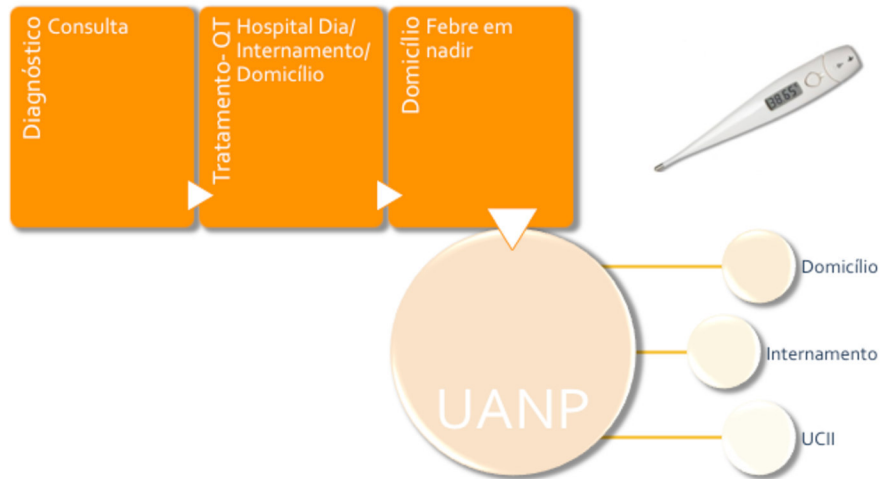


Figura 2. Prolonged hospitalization and mortality resulting from febrile neutropenia. Length of stay and hospitalization costs exclude patients who died within one day of admission. Mortality during hospitalizations includes patients who died within one day of admission.

Shilling et al, 2011

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 - Contextualização



5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

"O sucesso no tratamento requer uma rápida avaliação e reconhecimento da severidade do diagnóstico. Depende de uma história clínica e exame objetivo detalhados e conhecimento dos fatores de risco de NF. Todo o englobado determina a seleção correta da antibioterapia empírica a iniciar no doente febril e imunocomprometido – e assim reduzir o risco de mortalidade e complicações associadas a NF".

ATALAIA et al, 2015, pág. 18



5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

1) Identificação do problema/ potencial problema

ATALAIA, 2015, pág.15 e 16

ANAMNESE/ HISTÓRIA CLÍNICA/ TRIAGEM

"A história clínica deve incidir no desenvolvimento de sintomas recentes que possam indicar uma possível localização de infeção. A avaliação clínica inicial deve focar-se também na estratificação de risco do doente para complicações sérias. Alguns elementos devem ser sempre apurados: terapêutica antineoplásica até há 6 semanas; novos sintomas de órgão ou sistema; revisão completa de sistemas; história passada de infeção ou colonização (especialmente a agentes multirresistentes); história de profilaxia antibiótica e se sim, qual antibiótico; determinar se poderá existir uma causa não infecciosa para a febre e apurar comorbilidades."

EXAME FÍSICO

"O exame objetivo deverá dar ênfase a locais comuns de infeção e também a locais suspeitos pela história clínica. Locais comuns de infeção incluem: pele, zonas de inserção de CVC, cavidade oral, pulmões, abdómen, zona genital e área perianal. O exame rectal digital deve ser evitado, uma vez que a lesão da mucosa do ânus poderá criar um foco de infeção"

EXCLUIR EXCEÇÕES

A febre no doente neutropénico pode não surgir em relação com potencial infeção, visto que outros fatores podem contribuir para hiperpirexia: a neoplasia subjacente, reação a suporte transfusional com concentrado eritrocitário, síndrome de lise tumoral, hematomas, flebite/trombose, administração de agentes pirogênicos (anfotericina B ou fatores estimuladores de colónias) ou atelectasia. No entanto, todos estes são diagnósticos de exclusão.

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação



Infeção

•Reação inflamatória de um hospedeiro à invasão de um microorganismo



Bacteriémia

•Presença de bactérias na corrente sanguínea



SIRS

•Resposta sistémica, indefinida, a uma série de agressões (não necessariamente a infeção, podendo incluir reacções inflamatórias, queimaduras, isquémia, cirurgia, entre outras).



Sépsis

•Reação inflamatória sistémica de origem infecciosa (ou presumivelmente de origem infecciosa). Não necessita, para o seu diagnóstico, de exames hemoculturais positivos.



Sépsis grave

•Presença real ou presumível de infeção + disfunção de um ou mais órgãos, hipoperfusão (sob a forma de acidose láctica, oligúria, alterações da consciência), ou hipotensão.



Choque séptico

•Subgrupo de sépsis grave caracterizado por hipotensão que não corresponde à reposição de volémia



Síndrome de disfunção multiórgãos

•Disfunção de, pelo menos, dois órgãos em que é necessária intervenção médica para manutenção da homeostasia

FATOR TEMPO:
Saber reconhecer e distinguir



"Quer os cuidados intensivos sejam prestados na urgência quer o doente seja transferido para a UCI, a verdade é que o tratamento deve ter início sem demora".

(KUNZ e STEINMANN, 2011, pág. 247)

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

1) Identificação do problema/ potencial problema

- NEUTROPÉNIA FEBRIL**
- Avaliação de temperatura, única (oral) - 38.3°C ou duas medições em 1 hora $> 38^{\circ}\text{C}$
 - Neutrófilos < 500 ou < 1000 com provável diminuição para $\ll 500$ (em 48h);

NCCN, ASCO Guidelines 2006

+ IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE COM NEUTROPÉNIA FEBRIL EM CHOQUE SÉPTICO

AVALIAÇÃO INICIAL	
ABCDE – Avaliação da via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição	
Cabeça	Otalgia, dor dos seios perinasais ou dor faríngea; linfadenopatias, rinorreia
Pescoço	Dor, rigidez
Tórax	Dispneia, tosse, dor pleurítica, secreções pulmonares, congestão
Abdómen	Náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, anorexia
Renal/ Pélvica/ genital	Corrimento vaginal ou uretral, dor no flanco, dor dorsal ou pélvica; polaquiúria, hematúria, oligúria, disúria, globo vesical, urina turva

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

1) Identificação do problema/ potencial problema

- NEUTROPÉNIA FEBRIL**
- Avaliação de temperatura, única (oral) - 38.3°C ou duas medições em 1 hora $> 38^{\circ}\text{C}$
 - Neutrófilos < 500 ou < 1000 com provável diminuição para $\ll 500$ (em 48h);

NCCN, ASCO Guidelines 2006

+ IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE COM NEUTROPÉNIA FEBRIL EM CHOQUE SÉPTICO

AVALIAÇÃO INICIAL	
ABCDE – Avaliação da via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição	
Membros	Deformações óbvias, fraturas abertas, celulite
Tecidos moles	Eritema, dor para além dos contornos do eritema, edema localizado, vesículas, flictenas
Generais	Cefaleias, mal-estar, arrepios, dores no corpo, adinamia, tonturas, alterações do nível de consciência
Antecedentes médico-cirúrgicos	Estado de imunodepressão, dispositivos protésicos, exposição recente a doenças contagiosas

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

1) Identificação do problema/ potencial problema

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

AVALIAÇÃO FÍSICA: sinais de infeção, SIRS, sépsis	
Febre	Temperatura central acima dos 38°C
Hipotermia	Temperatura central inferior a 36°C
Taquipneia	Frequência respiratória superior a 20cpm
Edemas	Periféricos significativos
Consciência	Alterações significativas súbitas do estado de consciência
Hipotensão	PAS inferior a 90mmHg, MAP a 70 mmHg, diminuição da PAS de mais de 40mmHg relativamente ao valor de referência do doente
Ruídos hidroaéreos	Ausentes
Exame físico que indica infeção localizada	Crepitações, roncoss ou macicez à percussão torácica, distensão abdominal, dor à descompressão ou reação de defesa, eritema, crepitação, edema, hipersensibilidade dolorosa, secreções purulentas, rash com petéquias ou purpúrico

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

1) Identificação do problema/ potencial problema

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA ASSOCIADA A SIRS, SÉPSIS	
Glicémia	Superior a 120 mg/dl, não relacionada com diabetes
Leucócitos	Leucocitose (leucócitos acima dos 12000/mm ³), leucofilia (leucócitos abaixo dos 4000/mm ³), ou em valores considerados ideais com mais de 10% de neutrófilos em banda
PCR	Superior a 2 desvios-padrão acima do valor normal
Gasimetria	Hipoxémia arterial: PaO ₂ inferior a 60 mmHg
Urina	Oligúria (débito urinário inferior a 0,5 ml/kg/h) durante mais de 2 horas
Creatinina	Creatinemia, superior a 0,5 mg/dl
Plaquetas	Trombocitopénia (inferior a 100000/mm ³)
Coagulação	Valor de INR superior ao valor de referência de 1,5 ou superior a 4,0
Bilirrubina total	Superior a 4mg/dl
Lactatos	Hiperlactemia, superior a 2mmol/l

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

2) Aplicação de escalas

MASCC Score

Characteristic	Score
Burden of illness: ¹	
• No or mild symptoms	5
• Moderate symptoms	3
• Severe symptoms	0
No hypotension	5
No chronic obstructive pulmonary disease	4
Solid tumour or haematological malignancy with no previous fungal infection	4
No dehydration requiring parenteral fluids	3
Outpatient at presentation	3
Age <60 years	2

¹Only one score for this characteristic (5, 3 or 0 – points are not cumulative).
A score of 21 or more points is predictive of low-risk febrile neutropenia.

Este índice consegue distinguir entre doentes de baixo e de alto risco em 98% e 86% dos casos. Poderá também ser usado para cálculo ponderado de mortalidade consoante a estratificação de risco (...) (ATALAIA et al, 2015, 16)

Talcott Classification

Talcott Classification	
Group I	Inpatients (at time of fever onset)
Group II	Outpatients with acute comorbidity by itself requiring hospitalisation
Group III	Outpatients without comorbidity but with uncontrolled cancer
Group IV	Outpatients with controlled cancer and without comorbidity

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

3) Ativar "Protocolo da Febre"



5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

3) Tratamento

"A antibioterapia empírica deve cobrir agentes bacterianos Gram positivos e Gram negativos. Apesar da maior prevalência atual de agentes Gram positivos, os Gram negativos estão muito associados a sepsis e a maior mortalidade" (ATALAIA et al, 2015, pág. 16)

Doentes de baixo/ médio risco

- Talcott Group 4 ou com um MASCC score ≥ 21
- Complicações médicas, até 11%;
- Período de observação hospitalar, ou breve internamento hospitalar;
- 1ª linha: beta-lactâmico e uma fluoroquinolona;
- G-CSF se adequado;
- Contacto telefónico pelo menos diário – evolução para apirexia;
- Reavaliação clínica do doente às 72 horas após alta hospitalar

(ATALAIA et al, 2015)

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

3) Tratamento

"Para todos os doentes com história de exposição a terapêutica antineoplásica nas últimas 6 semanas (ou uma condição de insuficiência medular conhecida) e com critério de SIRS, deverá admitir-se a possibilidade de síndrome de sepsis neutropénica e deverá ser tratado emergentemente, de preferência em ambiente de Cuidados Intensivos" (ATALAIA et al, 2015, pág.17)

Doentes de baixo/ médio risco

- MASCC score abaixo dos 21;
- Antibioterapia empírica endovenosa de largo espectro e com cobertura para *pseudomonas aeruginosa*, com evolução progressiva para agentes glicopeptídeos e/ou antifúngicos;
- Internamento;
- Possível transferência para UCI se critérios de SIRS.

"Em doentes de alto risco é imperativa a suspeita de systemic inflammatory response syndrome (SIRS), e sepsis durante a avaliação inicial. A SIRS é definida pela presença de dois ou mais dos seguintes critérios: temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$, frequência cardíaca $>90\text{bpm}$, frequência respiratória $>20\text{cpm}$, $\text{PaCO}_2 <32\text{mmHg}$ "

(ATALAIA et al, 2015, pág 17)

(ATALAIA et al, 2015)

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

3) Tratamento

Tratamento do doente de SIRS:

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

Primeira abordagem em urgência, continuidade de cuidados em Cuidados Intensivos.

Via área	Obter culturas	Administrar AB	Reposição volémia	Monitorizar
<ul style="list-style-type: none"> Manter/ estabelecer via área, respiração e circulação 	<ul style="list-style-type: none"> 30-50% dos doentes que apresentam sépsis grave têm HC + Preferivelmente antes de início de AB 	<ul style="list-style-type: none"> Devem ser administrados no espaço de 3 horas após admissão do doente na urgência 	<ul style="list-style-type: none"> Em caso de hipotensão ou com lactato sérico superior a 4mmol/l Soluções cristalóides Soluções colóides em desuso Administração de bólus de solução cristalóide, começando pelo menos com 20 ml/kg durante 15-30' 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de consciência S.V. Débito urinário (rigoroso) SpO₂ Nomeadamente aquando administração de cada bólus.

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

3) Tratamento

Tratamento do doente de SIRS:

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

Primeira abordagem em urgência, continuidade de cuidados em Cuidados Intensivos.

Repetir bólus E.V.	PVC e linha arterial	Vasopressores	Aporte de O ₂	AVALIAÇÃO CONTÍNUA
<ul style="list-style-type: none"> Repetir os bólus até conseguir FC inferior a 110 bpm, MAP superior a 70 mmHg, ou o doente apresentar compromisso de líquido 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar PVC (8-12 mmHg) Monitorizar parâmetros vitais de forma correta e contínua: linha arterial 	<ul style="list-style-type: none"> Se manutenção de hipotensão grave, PVC alterada Administração em CVC Evitar bólus, paragens súbitas sem vasopressor desdobrado 	<ul style="list-style-type: none"> Administração de oxigenoterapia Avaliar SvCo₂ Possível ventilação mecânica invasiva 	<ul style="list-style-type: none"> Estado consciência, parâmetros vitais, oximetrias, débito urinário, valores gasimétricos. Recurso à imagiologia

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

3) Tratamento

Monitorização invasiva



Linha arterial

<https://www.youtube.com/watch?v=DuExBjzS7Mo>

PVC

<https://www.youtube.com/watch?v=Rj8HM4P7VMA>

5) Abordagem ao doente oncológico em situação crítica por sépsis: doente com neutropénia febril

5.1 – Mecanismo de atuação

3) Preparar alta

Domicílio

Internamento

UCII

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

Transferência para UCII

Manter estabilidade hemodinâmica do doente

Monitorizar rigorosamente evolução do estado clínico

Justificar necessidade das intervenções a realizar. Solicitar consentimento

Comunicar com o doente e família evolução dos acontecimentos. Gerir medos e receios.

Realizar boa gestão na comunicação de más notícias

Na sua impossibilidade:

Consentimento presumido: "há consentimento presumido quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado".

Ponto 2 do Artigo 39º do Código Penal (aprovado pelo Decreto-Lei nº 400/82, de 23 de Setembro):

6) CONCLUSÃO



7) Referências bibliográficas

- + ATALAIA, Gonçalves et al.. Neutropenia febril. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca* . ISSN 2183-3966 nº 1, 2015
- + CHAFLIN et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med*. ISSN 1477-83, Volume nº 35, nº6 (2007)
- + Código Penal
- + GROSS, Jody; JOHNSON Bonny – *Handbook of oncology nursing*. 2ª edição. London: Jones and Bartlett Publishers, 1994, ISBN 0-86720-309-9
- + LYMAN GH, et al. Risk of mortality in patients with cancer who experience febrile neutropenia. *Cancer*. ISSN 5555-5563, Volume nº 116, nº 23 (2010)
- + KUNZ, Patricia; STEINMANN, Rebecca – *Sheehy Enfermagem de Urgência da Teoria à prática*. 6ª edição. Loures: Lusociência. 2011. ISBN 978-972-8930-63-9
- + OTTO, Shirley – *Enfermagem em Oncologia*. 3ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6
- + SCHILLING MB, et al. Costs and outcomes associated with hospitalized cancer patients with neutropenic complications: A retrospective study. *Exp Ther Med*. ISSN 859-866, Volume nº 2, nº 5 (2011)

APÊNDICE II

Sessão de formação sobre:

“A comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva”.



Apresentação realizada no âmbito da concretização do projeto de estágio em Cuidados Intensivos (módulo II) na área de CUIDADOS INTENSIVOS
Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

“A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A VENTILAÇÃO INVASIVA”



Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios - IHRO

✓ **Realizado por:**
Hugo Garcia da Silva Reis,
aluno n.º 192015003

✓ **Orientado por:**
Prof. Doutora Isabel Rabiães, UCP
Enfermeira Ana Margarida Santos, IHRO
Enfermeira Célia Santos, IHRO

0) Índice

- 1) Objetivos
- 2) Introdução
- 3) Comunicação humana
- 4) Comunicação em enfermagem
- 5) Especificidades na comunicação com o doente submetido a ventilação invasiva em UCII
- 6) Especificidades na comunicação com o doente oncológico
- 7) A comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva
- 8) Conclusão
- 9) Referências bibliográficas

1) Objetivos

□ **OBJETIVO GERAL:**

- ✓ *Compreender o papel da comunicação no estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva.*

□ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Identificar o papel da comunicação na vivência do internamento em UCII;
- ✓ Identificar as percepções comunicacionais do doente oncológico ventilado;
- ✓ Identificar técnicas de comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva.

2) Introdução

“Cerca de 10% da população mundial teve, tem ou terá, em algum momento, um problema de comunicação, o que aponta para a necessidade do profissional de saúde conhecer estratégias simples para comunicar com indivíduos nestas circunstâncias”

(PEIXOTO E VALENTE, 2012, pág. 268)

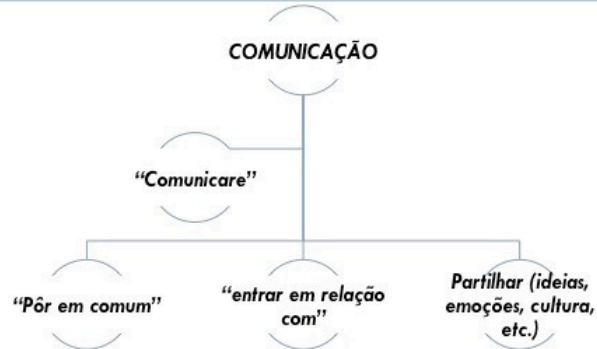
“Sendo impossível não comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos vão ter impacto nos seus doentes e nos outros profissionais”

(MENDES NUNES, 2007, pág. 17)

A comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva?



3) Comunicação humana



Mendes Nunes, 2007

"A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocam em comum sentimentos e emoções entre pessoas (...). Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela."

(PHANEUPF, 2005, pág. 23)



3) Comunicação humana



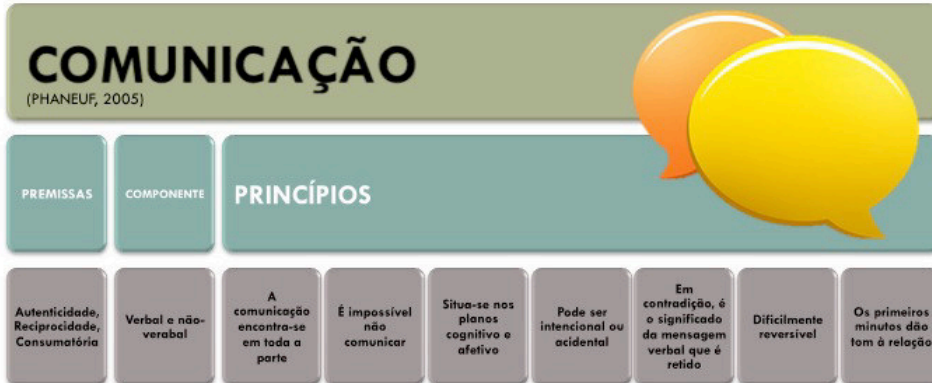
RILLEY, 2000



4) Comunicação em enfermagem

“A **comunicação** com aquele que, por um motivo ou outro qualquer, encontra-se em situação de dependência total ou parcial para cuidar de si (...) premeia todas as ações dos profissionais de saúde no desempenho de seu papel e, em especial, as do **enfermeiro**, que é o que profissional que mais tempo permanece junto do paciente”

(STEFANELLI et al, pág. 2005)



4) Comunicação em enfermagem

“**Cuidar** constitui a base da profissão de enfermagem. A **comunicação** pode ser tecnicamente responsável e assertiva, mas sem cuidar poderá não ser facilitadora duma mudança de comportamento”

(RILEY, 2000, pág. 16)



Relação de ajuda:

“Uma interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda”

(CHALIFOUR, 2008, pág. 23)



Nível de perito:

- Relação de confiança: “estar com” vs “fazer pelo”
- Compreensão do significado para o doente e família
- Formação de ambiente de esperança e confiança

(RILEY, 2000)



5) Especificidades na comunicação com o doente submetido a ventilação invasiva em UCII



(PEIXOTO E VALENTE, 2012)

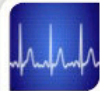


5) Especificidades na comunicação com o doente submetido a ventilação invasiva em UCII

Estratégias a adotar

- Leitura labial
- Mímica facial
- Laringe eletrónica
- Imagens, símbolos gráficos
- Combinar sinais SIM, NÃO
- Facilitar expressão escrita
- Utilizar escalas
- Painéis de seleção direta (apontar com olhar/ dedo)
- Utilizar tabela alfanumérica
- Computadores de bolso
- Escrita inteligente ou preditor de texto

(PEIXOTO E VALENTE, 2012)



5) Especificidades na comunicação com o doente submetido a ventilação invasiva em UCII

Aitudes a adoptar de acordo com o estado de consciência

"Em cuidados intensivos, por exemplo, olhos abertos não correspondem a um nível de inconsciência, da mesma maneira que olhos fechados não correspondem a um nível de inconsciência"
(PEIXOTO E VALENTE, 2012, pág. 260)

Doente sedado, reativo ao ambiente

- Frases curtas
- Perguntas fechadas
- Respostas: "sim, não, não sei"
- Toque

Delirium

- Manter distância social, superior a 50 cm;
- Tratar o doente pelo nome;
- Apresentar-se;
- Informar dos atos a realizar;
- Perguntar se tem dúvidas;
- Transmitir segurança;
- Perguntar se tem dúvidas;
- Esclarecer;
- Despedir-se

Escala de glasgow Score: 4-7

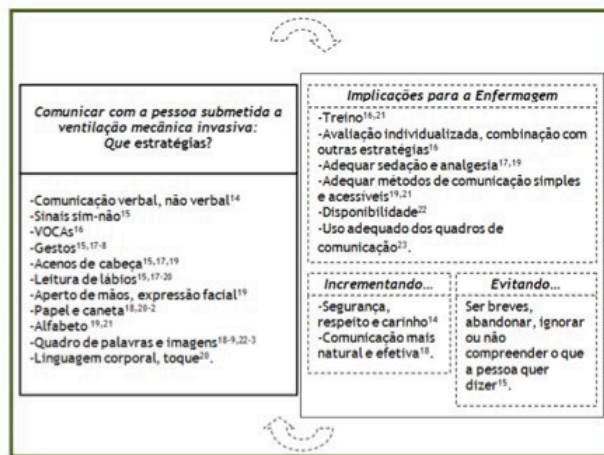
- Tratar o doente pelo nome;
- Apresentar-se;
- Informar o doente dos atos a realizar;
- Transmitir segurança e conforto;
- Despedir-se
- Toque

(PEIXOTO E VALENTE, 2012)



5) Especificidades na comunicação com o doente submetido a ventilação invasiva em UCII

CAVACO, Vera; JOSÉ, Helena; LOURENÇO, Ilda - Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? - Revisão sistemática. Revista Enfermagem UFPE Online .ISSN:1981-8963. Vol. 7, n° 5 (2013), p . 4535-4543



Representação das estratégias para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva

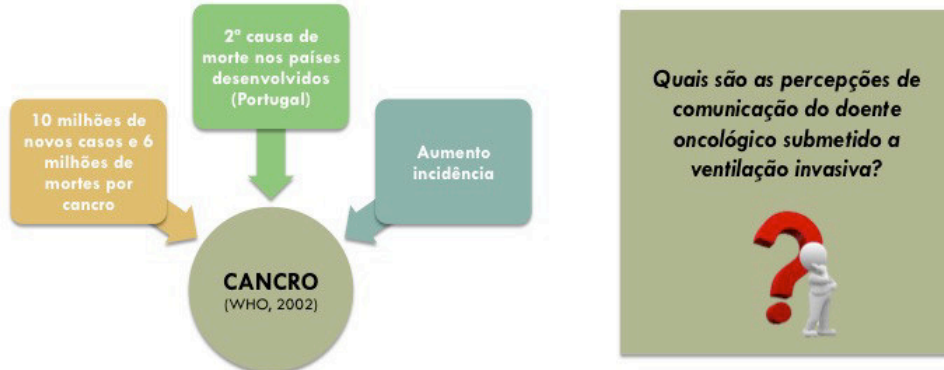
(CAVACO et al, 2013, pág. 4541)



6) Especificidades na comunicação com o doente oncológico

“A doença oncológica, no conjunto das doenças crónicas e graves, assume-se numa dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou e pela insegurança, pelo medo irracional e pela imprevisibilidade, que gera no doente e no sistema familiar (...). A palavra cancro está vulgarmente associada às palavras vulnerabilidade, morte e ansiedade, porque o seu curso é imprevisível!”

(PEREIRA, 2008, pág. 35)



7) A comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva



“A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA ENFERMEIRO/DOENTE: PERSPECTIVAS DE DOENTES ONCOLÓGICOS ENTUBADOS ENDOTRAQUEALMENTE” – BRIGA, 2000

Tipo de linguagem	Percepção por parte dos doentes oncológicos submetidos a ventilação por via endotraqueal
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização da comunicação verbal “(...) breve, clara, precisa, adequada às circunstâncias, simples, directa e adaptada às necessidades” (BRIGA, 2000, pág. 68)
Não-verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização mútua de comunicação não verbal. • “Na opinião dos doentes os enfermeiros não estabeleciam o contacto visual arbitrariamente, mas tinham em atenção as suas reacções, como a maneira de olhar, a postura, a expressão do olhar e da face (...)” (BRIGA, 2000, pág 70) • Importância do toque • Utilização da linguagem gestual • Mímica labial • Remoção da oximetria periférica

Os doentes manifestaram no estudo não terem sido atribuídas estratégias de alterantiva à comunicação não-verbal

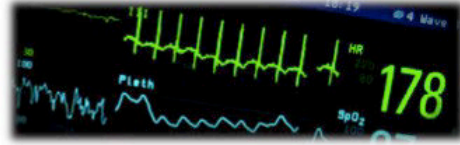


7) A comunicação com o doente oncológico submetido a ventilação invasiva

"A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA ENFERMEIRO/DOENTE: PERSPECTIVAS DE DOENTES ONCOLÓGICOS ENTUBADOS ENDOTRAQUEALMENTE" – BRIGA, 2000

Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação

- Dificuldade de expressão pela presença do tubo endotraqueal
- Tosse, a acumulação de secreções com necessidade de aspiração, dispneia e sensação de mal-estar/incômodo.
- Presença do tubo endotraqueal: xerostomia, polidipsia, respiração ruidosa, náuseas
- Dor
- Confinamento ao leito



Fatores perturbadores na comunicação

- Fatores ambientais: ambiente da própria UCI (barulho, luz, urgências de outros doentes)
- Fatores relacionais: EPI's
- Comunicação insuficiente dos enfermeiros
- Cansaço dos doentes

8) CONCLUSÃO



7) Referências bibliográficas

- ❑ BRIGA, Sónia - A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar, 2010. Tese de Mestrado
- ❑ CAVACO, Vera; JOSÉ, Helena; LOURENÇO, Ilda - Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? - Revisão sistemática. **Revista Enfermagem UFPE Online** .ISSN:1981-8963. Vol. 7, nº 5 (2013), p . 4535-4543
- ❑ CHALIFOUR, Jacques – A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial- humanistas da relação de ajuda. Volume I. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978- 989-8075-05-5.
- ❑ WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Nacional cancer control programmes: policies and managerial guidelines**, 2º ed. Geneva: World Health Organization, 2002, ISBN 92-4-154557-7
- ❑ MENDES NUNES, José – **Comunicação em contexto clínico**. Lisboa: Bayer HealthCare, 2007
- ❑ PEIXOTO, Ana; VALENTE, Paula – Doente impossibilitado de falar In **Competências clínicas da comunicação**. Porto: Unidade de Psicologia Médica – Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012, ISBN 978-989-97953-0-3. Pt. 3.1. p. 258-276
- ❑ PHANEUF, Margout – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. 2005. ISBN 972-8383-84-3
- ❑ RILEY, Julia – **Comunicação em Enfermagem**. 4º ed. Loures: Lusociência. 2004 ISBN 972-8383-91-9
- ❑ STEFANELLI, Maguida; CARVALHO, Emilia; ARANTES, EVALDA – Comunicação e enfermagem In **A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Editora Manole, Lda. 2005. ISBN 85-204-2196-2. p. 1-7

APÊNDICE III

Sessão de formação sobre:

“Guia de intervenção para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar uma situação de emergência oncológica”.



CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Apresentação realizada no âmbito da concretização do projeto de estágio em Urgência (módulo I) na área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Atendimento Médico Permanente

“GUIA DE INTERVENÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À **PESSOA A VIVENCIAR** UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA ”



✓ **Realizado por:**
Hugo Garcia da Silva Reis,
aluno n° 192015003

✓ **Orientado por:**
Prof. Doutora Isabel Rabiais, ICS - UCP
Enfermeira Sandra Barreira, AMP
Enfermeira Belen Rendon, AMP



0) Índice

- 1) Objetivos
- 2) Introdução
- 3) O Cancro em Portugal
- 4) Emergências oncológicas
- 5) Conclusão
- 6) Referências bibliográficas



1) Objetivos

□ **OBJETIVO GERAL:**

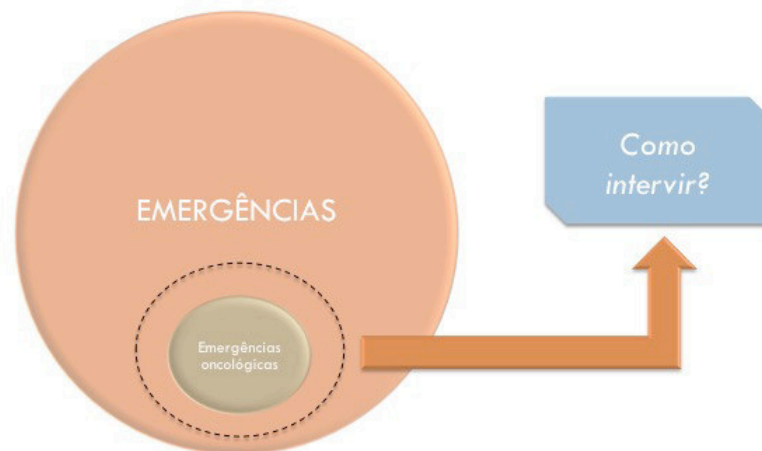
- ✓ *Compreender qual é o papel do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar uma situação de emergência oncológica*

□ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Identificar as principais situações de emergência oncológica;
- ✓ Identificar as intervenções a realizar em caso de emergência oncológica;



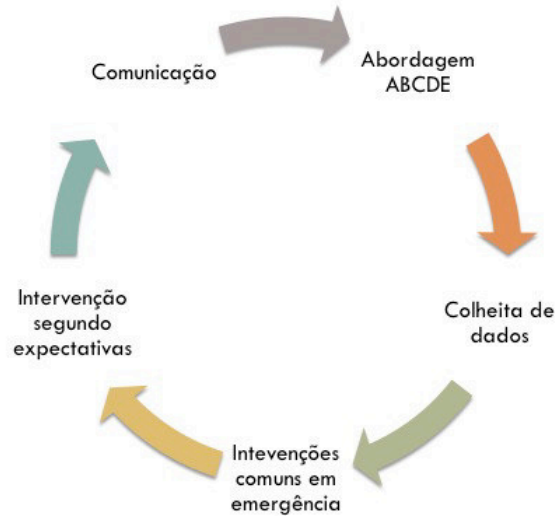
2) Introdução





4) Emergências oncológicas

4.1) Definição e classificação



4) Emergências oncológicas

4.1) Definição e classificação

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGEE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)





4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Compressão medular

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Compressão medular

- Resulta em alterações menores das funções motoras, sensoriais e autónomas até à paralisia completa

Causas

- Secundária à invasão tumoral ao nível das vértebras
- Aumento da pressão por invasão tumoral do canal espinal
- Por tumor primário da espinal medula

Tumores associados

- Tumores da mama, pulmão, próstata, melanoma maligno, carcinoma renal, linfoma, mieloma, neuroblastoma, sarcoma de Ewing, osteossarcoma, rabdomiossarcoma, tumores gastrointestinais e da tiróide.

Sinais e sintomas

- Dor (focal ou radicular), fraqueza, disfunção motora, perda de sensibilidade, impotência sexual, incontinência urinária e/ou intestinal, paralisia ou atrofia muscular, dormência
- Compressão cervical – quadriplegia/ Compressão torácica - paraplegia

Intervenções

- Pretende-se a recuperação ou preservação da função neurológica normal, o controlo do tumor, a estabilidade da espinal medula e o alívio da dor
- RT, descompressão cirúrgica (com ou sem RT pós-operatória), QT, corticoterapia



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Aumento da PIC

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Aumento da pressão intracraniana (PIC)

- >20mmHg

Causas

- Deslocação ou edema do tecido cerebral
- Obstrução da passagem do líquor
- Aumento da vascularização – crescimento tumoral

Tumores associados

- Tumores da mama, pulmão, testículos, tiróide, gástrico, renal, primários do cérebro ou espinal medula, melanoma maligno, leucemia, neuroblastoma

Sinais e sintomas

- Cefaleias, náuseas e vômitos, alterações do estado de consciência, alterações do padrão respiratório, convulsões, hemiplegia/ hemiparésia, alterações das reações papilares, alterações na avaliação de pares cranianos

Intervenções

- Administração de corticóides, diuréticos e anticonvulsivantes, elevação da cabeça, restrição hídrica, drenagem do líquor, RT e QT



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Tamponamento cardíaco

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Tamponamento cardíaco

- Líquido no espaço pericárdico (> 50 ml) – comprime coração, restringe diástole. O aumento da pressão intrapericárdica – diminuição do enchimento ventricular esquerdo, diminuição da contractibilidade cardíaca, diminuição do débito cardíaco, hipoxemia

Causas

- Acumulação de líquido no pericárdio – origem primária
- Invasão tumoral direta
- Metastização ao nível do pericárdio
- Fibrose por RT

Tumores associados

- Tumores da mama, pulmão, esôfago, leucemia, linfoma, sarcoma, melanoma e carcinoma do trato gastrointestinal.

Sinais e sintomas

- Início insidioso/ instalação súbita
- Dor retrosternal, dificuldade respiratória, edema periférico, tosse, alterações do estado de consciência, oligúria, diáforese, sons cardíacos amortecidos, pulso apical fraco ou ausente, ansiedade, agitação hipus, diminuição da TA sistólica com aumento da TA diastólica, aumento da PVC, diminuição do débito cardíaco, colapso circulatório, paragem cardíaca

Intervenções

- Pericardiocentese, janela pericárdica, pericardiectomia total, RT, esclerose pericárdica com instilação de citostáticos, QT sistêmica, corticoterapia, diuréticos



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Síndrome da veia cava superior

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Síndrome da veia cava superior

- Resultado da diminuição do retorno sanguíneo ao coração.

Causas

- A baixa pressão da veia cava superior poderá facilitar uma fácil compressão por invasão tumoral, linfonodos, trombos

Tumores associados

- Tumores da mama, linfoma com invsão mediastínica, tumores das células germinativas, tumor do pulmão.

Sinais e sintomas

- Início insidioso/ instalação súbita
- Dispneia, edema da cabeça, pescoço, e membros superiores, tosse, dor torácica disfagia, cianose, distensão venosa do pescoço e parede torácica, cefaleias, alterações da visão, irritabilidade, tonturas

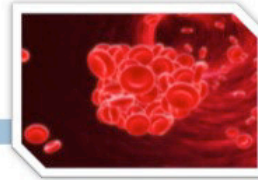
Intervenções

- Tratamento: alívio dos sintomas e das causas da obstrução.
- QT, RT, QRT; corticoterapia, restrição hídrica, diuréticos, oxigénio, elevação da cabeça, terapêutica trombolítica



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Coagulopatia intravascular disseminada (CID)

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

CID ou coagulopatia de consumo

- Formação de coágulos de sangue que se disseminam pela corrente sanguínea, obstruindo os pequenos vasos do sangue e consumindo os fatores de coagulação - necessários para controlar uma hemorragia.

Causas

- Atividade tumoral
- Administração de terapêutica antineoplásica

Tumores associados

- Tumor da mama, próstata, cólon, pulmão, melanoma, leucemia
- Tumores sólidos – forma trombótica
- Sepsis anafilaxia, insuficiência hepática, QT

Sinais e sintomas

- Petéquias e equimoses, púrpura, palidez e cianose das extremidades, hemorragia após punção venosa, presença de sangue oculto nas fezes, distensão abdominal, diminuição de ruídos intestinais, dispneia, hemoptise, confusão e letargia, artralgias, taquicárdia, diminuição de pulsos periféricos

Intervenções

- Transfusão de hemoderivados (plaquetas, crioprecipitados, eritrócitos, plasma) – reposição dos fatores de coagulação;
- Inibição do processo de coagulação e fibrinólise (administração de AAS – coagulação; A. aminocapróica – fibrinólise; heparina e ATT3 – diminuir estimulação das vias de coagulação)



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Cistite hemorrágica

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Cistite hemorrágica

- Hemorragia da mucosa da bexiga provocado pela exposição a metabolitos tóxicos dos agentes antineoplásicos.

Causas

- Efeitos secundários dos agentes antineoplásicos (ex: ciclofosfamida), RT pélvica, tumores endoteliais invasivos

Profilaxia

- Reforço hídrico
- Administração de mesna (neutralização da urina, pela ligação à acoleína)

Intervenções

- Interrupção de tratamento, alcalização com lavagem vesical contínua, aporte de líquidos EV, interrupção de terapia anticoagulante, administração de antihemorrágicos, formalização da bexiga, administração intravesical de prostaglandinas

Casos irreversíveis

- Urostomia, cistectomia com derivação dos ureteres, nefrostomias, embolização da artéria iliaca direita.



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Obstrução do trato urinário

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Obstrução do trato urinário

- Ocorre ao nível dos ureteres ou a nível da uretra
- Natureza intrínseca ou extrínseca
- Uni ou bilateral

Causas

- Invasão tumoral direta ou metastização direta dos ureteres
- Compressão tumoral ou envolvimento do ureter por nódulos linfáticos
- Fibrose retroperitoneal após combinações de cirurgia, QT, RT pélvica

Tumores associados

- Tumores retroperitoneais primários: lipossarcomas, fibrossarcomas, teratomas, feocromocitomas, miossarcomas, etc
- Tumores retroperitoneais secundários: tumores da próstata, bexiga, cólon, ovário, útero, estômago, mama, pâncreas, pulmão, testículos, etc.

Sinais e sintomas

- A obstrução uretral unilateral aguda é caracterizada por dor no flanco e cólicas (típicas de urolitíase). Por sua vez, a crónica é habitualmente detetada por acaso. A obstrução bilateral aguda é caracterizada por diminuição do débito urinário e sintomas de urémia
- Obstrução da uretra – retenção urinária, dor suprapúbica – produz hidronefrose bilateral

Intervenções

- AB
- Nefrostomia, catéter uretral, punção suprapúbica, ressecção transuteral da próstata



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Obstrução intestinal

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Obstrução intestinal

- Sub-oclusão/ oclusão
- Ao início o doente sente náuseas e apresenta vômitos alimentares com obstipação associada. Progressão para situações de privação parcial ou total de alimentação oral, acompanhada de vômitos biliares/ fecalóides

Causas

- Relacionada com o tumor
- Cirurgias
- Disseminação intra-abdominal com múltiplos locais de obstrução

Tumores associados

- Comum em doentes com neoplasias intestinais e/ou outras da cavidade abdominal
- Tumores do cólon, recto, ovário, mama, bexiga, linfomas, sarcomas

Sinais e sintomas

- Náuseas e vômitos, cólicas abdominais, obstipação, distensão abdominal, ruídos intestinais hiperactivos ou distónicos, ausência de flatos

Intervenções

- Dirigido ao tumor: QT, RT, cirurgia; reconstituição da passagem com laxantes; corticoterapia; hidratação ; pausa alimentar; ENG, alimentação parentérica;
- Tratamento cirúrgica: lise de bridas, bypass, ressecção intestinal, colostomia, ileostomia
- Controlo da dor



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Perfuração/ hemorragia intestinal

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Perfuração/ hemorragia intestinal

- Frequente
- Ocorre geralmente no local do tumor ou de uma metástase
- Obstrução provocada por um tumor pode levar à perfuração noutro local

Classificação das perfurações

- Perfuração para a cavidade peritoneal
- Outra viscera oca: fistula enteroentérica, enterovesical, enterovaginal, enterouretral, enterocutânea, arterioentérica

Tumores associados

- Linfoma com envolvimento do cólon— tumor mais diretamente ligado à hemorragia (razão pela qual se recomenda a ressecção tumoral prévia à QT em doentes com linfomas)
- Tumor do intestino delgado, cólon, gástrico, mama, melanoma, tumores metastáticos do pulmão

Sinais e sintomas

- Perfuração: dor abdominal com defesa e rigidez, ileus profundo com consequente distensão e sem ruídos, febre, sequelas hemodinâmicas, bacteriemia
- Hemorragia: alterações hemodinâmicas, palidez, fraqueza, dispneia, taquipneia, sudorese

Intervenções

- Cirurgia com ressecção de porções intestinais, vasopressores, embolização arterial em lesões irremediáveis, transfusão de hemoderivados, AB, analgésicos, pausa alimentar com eventual alimentação parentérica, ENG, hidratação EV.



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Obstrução das vias aéreas

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Obstrução das vias aéreas

- Poderá ter o seu ponto de origem em qualquer estrutura do trato respiratório

Causas

- Pode ser o resultado de tumores localizados, metastização e/ou invasão tumoral
- A gravidade depende da localização e da extensão do tumor

Tumores associados

- Tumores primários da traqueia e laringe
- Tumores secundários da cabeça e pescoço
- Tumores do pulmão

Sinais e sintomas

- Dispneia, ESTRIDOR, roncos e sibilos, ortopneia e taquipneia, uso da musculatura respiratória acessória, paralisia das cordas vocais, extensão do pescoço, taquicardia, distensão das veias do pescoço, pele fria e húmida, cianose

Intervenções

- AB, analgésicos, ansiolíticos, sedativos, broncodilatadores, RT/QT, TRAQUEOTOMIA



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Síndrome da lise tumoral

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Síndrome da lise tumoral

- Desequilíbrio metabólico devido à rápida libertação de potássio, fosfato e ácidos nucleicos para a corrente sanguínea

Causas

- Resultado da destruição celular- ação citotóxica dos agentes neoplásicos
- Início das alterações: 24h após início de QT. Podem surgir 2 a 4 dias depois.

Tumores associados

- Leucemia, linfomas, tumores do pulmão de pequenas células, doenças mieloproliferativas muito sensíveis à QT.

Sinais e sintomas

- Astenia, fadiga, alterações do estado de consciência, confusão, letargia, parastésias, mioclonias, náuseas, vômitos, anorexia, bradicárdia, arritmia, dor ao nível dos flancos, oligúria, hematuria, edema, aumento do peso
- Convulsões, IRA e paragem cardíaca

Intervenções

- Iniciar antes da QT: hidratação EV, alcalinização da urina (bicarbonato de sódio EV), alopurinol
- Restrição de potássio e fósforo –resina permutora de iões e hidróxido de alumínio. Diuréticos. Hemodiálise



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Síndrome da secreção inapropriada de hormona antidiurética

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

SSIHD

- Aumento do volume de líquido intravascular (hipervolemia) com diminuição da osmolaridade
- Hiponatremia – Sódio < 130 mEq/L

Causas

- Libertação excessiva da hormona antidiurética (ADH)
- Em resposta à produção ectópica de ADH (tumores), aumento da síntese e/ potenciação dos efeitos da ADH por fármacos (ex: citostáticos)
- Administração exógena de ADH (oxitocia, vasopressina)

Tumores associados

- Tumores do pulmão de pequenas células, gástrico, próstata, bexiga, pâncreas, LH, LMA, mesotelioma, tímoma, tumores carcinóides, macroglobulinemia de Waldenstrom

Sinais e sintomas

- Náuseas e vômitos, anorexia, cefaleias, letargia, confusão, alterações no estado de consciência, oligúria, mialgias, convulsões, edema, aumento de peso, polidipsia, reflexos patológicos, sinais neurológicos focais, papiledema

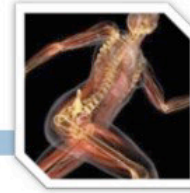
Intervenções

- Tratamento do tumor (QT, RT), restrição hídrica ou uso de antagonistas da ADH (ex: lítio, ureia), reequilíbrio hidroelectrolítico, peso diário, BH, controlo sintomático



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Hipercalecemia

(COSTA et al, 2004; CLARK e McGGE, 1997; MOHALLEM e RODRIGUES, 2007; CRUZ FORTES, 2011)

Hipercalecemia

- Cálcio sérico > 11 mg/dl
- Pode ocorrer, ou não, na presença de metastização óssea

Causas

- Metastização óssea ou aumento da reabsorção óssea
- Secundária à atividade osteoclástica induzida pelo tumor
- Invasão tumoral direta
- Incapacidade de excreção renal ou absorção intestinal de cálcio

Tumores associados

- Mielomas múltiplos, leucemia, linfoma de células T, tumores do pulmão, rim, cabeça e pescoço, esôfago, ovário, pâncreas, bexíga, mama

Sinais e sintomas

- Fadiga, prurido, astenia, hipotonia, letargia, confusão e obnubilação, apatia, sonolência e depressão, dificuldade na concentração, polidipsia e poliúria, náuseas e vômitos, obstipação e ileus paraltico, bradicardia, arritmias e alterações no ECG, perda de peso, anorexia, dores ósseas, IRA, desidrataação, cálculos renais, hiporeflexia, convulsões, estupor e coma

Intervenções

- Tratamento do tumor, restrição de cálcio e vitamina D, hidrataação EV, reforço hídrico, diuréticos não tiazídicos, corrigir alterações electrolíticas, promover a mobilidade, bisfosfonatos, corticóides, suspender estrogénios/ diuréticos tiazídicos, BH, monitorizaação cardiaca, hemodialis, tratamento sintomático



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Neutropénia febril



NEUTROPÉNIA FEBRIL:

- Avaliação de temperatura, única (oral) - 38.3 °C ou duas medições em 1 hora > 38°C
- Neutrófilos < 500 ou <1000 com provável diminuição para < 500 (em 48h);

NCCN, ASCO Guidelines 2006



4) Emergências oncológicas
4.1) Principais emergências oncológicas



Neutropénia febril

- Risk of mortality in patients with cancer who experience febrile neutropenia

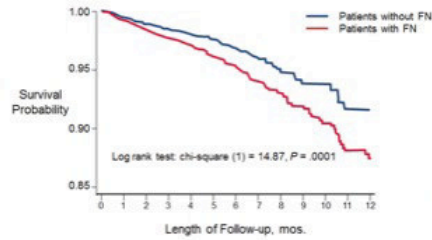


Figura 1. Association between NF and mortality

Lyman et al, 2010

- Factors Associated with Hospital Length of Stay among Cancer Patients with Febrile Neutropenia



Figura 2. Prolonged hospitalization and mortality resulting from febrile neutropenia. Length of stay and hospitalization costs exclude patients who died within one day of admission. Mortality during hospitalizations includes patients who died within one day of admission.

Shilling et al, 2011



4) Emergências oncológicas
4.1) Principais emergências oncológicas



Neutropénia febril



“Protocolo da Febre”



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Neutropénia febril

Tratamento

"A antibioterapia empírica deve cobrir agentes bacterianos Gram positivos e Gram negativos. Apesar da maior prevalência atual de agentes Gram positivos, os Gram negativos estão muito associados a sepsis e a maior mortalidade" (ATALAIA et al, 2015, pág. 16)

Doentes de baixo/ médio risco

- Talcott Group 4 ou com um MASCC score ≥ 21
- Complicações médicas, até 11%;
- Período de observação hospitalar, ou breve internamento hospitalar;
- 1ª linha: beta-lactâmico e uma fluoroquinolona;
- G-CSF se adequado;
- Contacto telefónico pelo menos diário – evolução para apirexia;
- Reavaliação clínica do doente às 72 horas após alta hospitalar

(ATALAIA et al, 2015)



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Neutropénia febril

Tratamento

"Para todos os doentes com história de exposição a terapêutica antineoplásica nas últimas 6 semanas (ou uma condição de insuficiência medular conhecida) e com critério de SIRS, deverá admitir-se a possibilidade de síndrome de sepsis neutropénica e deverá ser tratado emergentemente, de preferência em ambiente de Cuidados Intensivos" (ATALAIA et al, 2015, pág.17)

Doentes de baixo/ médio risco

- MASCC score abaixo dos 21;
- Antibioterapia empírica endovenosa de largo espectro e com cobertura para *pseudomonas aeruginosa*, com evolução progressiva para agentes glicopeptídeos e/ou antifúngicos;
- Internamento;
- Possível transferência para UCI se critérios de SIRS.

"Em doentes de alto risco é imperativa a suspeita de systemic inflammatory response syndrome (SIRS), e sepsis durante a avaliação inicial. A SIRS é definida pela presença de dois ou mais dos seguintes critérios: temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$, frequência cardíaca $>90\text{bpm}$, frequência respiratória $>20\text{cpm}$, $\text{PaCO}_2 <32\text{mmHg}$ "

(ATALAIA et al, 2015, pág 17)

(ATALAIA et al, 2015)



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Neutropenia febril

Tratamento

Tratamento do doente de SIRS:

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

Via área	Obter culturas	Administrar AB	Reposição volêmica	Monitorizar
<ul style="list-style-type: none"> Manter/ estabelecer via área, respiração e circulação 	<ul style="list-style-type: none"> 30-50% dos doentes que apresentam sépsis grave têm HC + Preferivelmente antes de início de AB 	<ul style="list-style-type: none"> Devem ser administrados no espaço de 3 horas após admissão do doente na urgência 	<ul style="list-style-type: none"> Em caso de hipotensão ou com lactato sérico superior a 4mmol/l Soluções cristalóides Soluções colóides em desuso Administração de bólus de solução cristalóide, começando pelo menos com 20 ml/kg durante 15-30' 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de consciência S.V. Débito urinário (rigoroso) SpO2 Nomeadamente aquando administração de cada bólus.



4) Emergências oncológicas

4.1) Principais emergências oncológicas



Neutropenia febril

Tratamento

Tratamento do doente de SIRS:

(KUNZ e STEINMANN, 2011)

Repetir bólus E.V.	PVC e linha arterial	Vasopressores	Aporte de O2	AValiação CONTÍNUA
<ul style="list-style-type: none"> Repetir os bólus até conseguir FC inferior a 110 bpm, MAP superior a 70 mmHg, ou o doente apresentar compromisso de líquido 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar PVC (8-12 mmHg) Monitorizar parâmetros vitais de forma correta e contínua: linha arterial 	<ul style="list-style-type: none"> Se manutenção de hipotensão grave, PVC alterada Administração em CVC Evitar bólus, paragens súbitas sem vasopressor desdobrado 	<ul style="list-style-type: none"> Administração de oxigenoterapia Avaliar SvCO2 Possível ventilação mecânica invasiva 	<ul style="list-style-type: none"> Estado consciência, parâmetros vitais, oximetrias, débito urinário, valores gasimétricos. Recurso à imagiologia



4) Emergências oncológicas

4.2) Outras complicações



5) Conclusão

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PERANTE UMA EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA

- Abordagem similar à abordagem em emergência geral;
- Necessidade de uma colheita de dados/ triagem muito individualizada;
- As emergências oncológicas são uma área específica do conhecimento em urgência/emergência;
- Intervenções de acordo com o que é esperado em cada situação;
- Inclui intervenções de caráter paliativo.



6) Referências bibliográficas

- + ATALAIA, Gonçalo et al.. Neutropenia febril. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca** . ISSN 2183-3966 n° 1, 2015
- + CLARK, Jane; McGEE, Rose – Enfermagem Oncológica – um currículo básico. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas 1997 ISBN 85-7307-187-7
- + COSTA, Cristina (et al) . O Cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro. Sintra: Novartis. 2004. ISBN 972-9119-94-5
- + CRUZ FORTES, Odília – **Emergências Oncológicas**. Porto: Universidade do Porto. 2011. Tese de Mestrado
- + LYMAN GH, et al. Risk of mortality in patients with cancer who experience febrile neutropenia. **Cancer**. ISSN 5555-5563, Volume n° 116, n° 23 (2010)
- + MOHALLEM, Andréa; RODRIGUES, Andrea - Enfermagem oncológica. São Paulo: Manole. 2007 ISBN 85-204-2209-8
- + KUNZ, Patrícia; STEINMANN, Rebecca – **Sheehy Enfermagem de Urgência da Teoria à prática**. 6ª edição. Loures: Lusociência.2011. ISBN978-972-8930-63-9
- + SCHILLING MB, et al. Costs and outcomes associated with hospitalized cancer patients with neutropenic complications: A retrospective study. **Exp Ther Med**. ISSN 859-866, Volume n° 2, n° 5 (2011)