

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

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS  
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente  
hematológico com neutropénia**

**Débora Maria Barreto Marques**

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

**Funchal,**

**2021**

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

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS  
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente  
hematológico com neutropénia**

**Débora Maria Barreto Marques**

**Orientadora: Professora Doutora Cristina Pestana**

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

**Funchal,**

**2021**

*Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e  
nunca se arrepende*  
(Leonardo Da Vinci, s/d)

## **AGRADECIMENTOS**

À Exma. Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Cristina Pestana pela orientação, rigor, pelas sugestões e críticas construtivas.

Às professoras Noélia Pimenta, Merícia Bettencourt, Luísa Santos e a todos os outros profissionais pelo apoio e saber transmitido, contribuindo para a minha aprendizagem.

Aos meus colegas de curso pelos seus contributos pedagógicos apresentados e partilhados ao longo do curso e que foram fundamentais para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas.

Às minhas filhas Beatriz e Júlia, por serem as pessoas mais importantes da minha vida, pelo tempo que não lhes pude dedicar nesta etapa da nossa vida.

Ao Roberto, por todo o apoio, carinho, motivação e condescendência durante este percurso.

Aos meus pais, à minha irmã e a todos que me são mais queridos, pelos momentos de conforto, compreensão e sempre com uma palavra de encorajamento e de incentivo, que permitiram alcançar o meu objetivo.

À Vita e à Manuela por serem as companheiras nesta caminhada e amigas de valor.

**A TODOS UM MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e descreve o percurso de aprendizagem clínica realizado em três unidades curriculares de ensino clínico, designadamente, Ensino Clínico I (Urgência), Ensino Clínico II (Cuidados Intensivos) e Ensino Clínico III - Opção (Unidade de Neutropénia) do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Nele se apresenta uma análise reflexiva do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa em situação crítica, realçando a importância de uma prática fundamentada pelo conhecimento científico, sustentada nos princípios e valores da Profissão de Enfermagem. A sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste âmbito, pretendeu-se documentar a aquisição e desenvolvimento de competências nas áreas de domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como na área do cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, nos dois primeiros contextos clínicos ao doente crítico em geral, dando ênfase posteriormente ao doente hematológico com neutropénia, considerando-o e justificando-o como doente crítico com necessidades de cuidados altamente diferenciados, exigindo cuidados de enfermagem especializados.

Alude-se ainda que, o desenvolvimento das competências de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitem dar resposta às competências requeridas ao grau de Mestre, conforme plasmado no Decreto-Lei nº 65/2018.

Assim, poderá concluir-se que o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, surgiu como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional através da procura do conhecimento científico no qual fundamentar a prática, permitindo o desenvolvimento e aperfeiçoamento do pensamento crítico e o mobilizar dos conhecimentos

para responder às necessidades de saúde da pessoa e família em situação crítica, em particular do doente hematológico em risco ou com neutropénia.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; pessoa em situação crítica; enfermagem em urgência, neutropenia.

## **ABSTRACT**

This report is part of the study plan of the 3rd Master's Course in Medical-Surgical Nursing of the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny and describes the clinical learning path carried out in three curricular units of clinical teaching, namely, Clinical Teaching I (Urgency), Clinical Teaching II (Intensive Care) and Clinical Teaching III - Option (Neutropenic Unit) of the Dr. Nélio Mendonça Hospital. It presents a reflexive analysis of the development of common competencies of the specialist nurse and specific competencies of the nurse specialized in Medical-Surgical Nursing, to the person in critical situation, highlighting the importance of a practice based on scientific knowledge, based on the principles and values of the Nursing Profession. Its presentation and public discussion aim to obtain the degree of Master in Medical-Surgical Nursing.

In this context, it was intended to document the acquisition and development of competencies in the areas of professional, ethical and legal responsibility; continuous quality improvement; care management; the development of professional learning, as well as in the area of caring for the person, family/caregiver to experience complex processes of critical disease and/or organ failure; streamline the response to emergencies, exception and disaster, from conception to action and maximize prevention, intervention and control of infection and antimicrobial resistance on the person in critical situation and/or organ failure, in view of the complexity of the situation and the need for timely and adequate responses, in the first two clinical contexts of the critically ill patient in general, later emphasizing the hematological patient with neutropenia, considering him as a critical patient with highly differentiated care needs, requiring specialized nursing care.

It is also alluded that the development of the competencies of the Specialist in Medical-Surgical Nursing respond to the competencies required of the master's degree, as set out in Decree-Law No. 65/2018.

Thus, it can be concluded that the Master's Course in Medical-Surgical Nursing emerged as an opportunity for personal and professional growth through the search for scientific knowledge on which to base the practice, allowing the development and improvement of critical thinking and the mobilization of knowledge to respond to the health needs of the person and family in a critical situation, in particular of the hematological patient at risk or with neutropenia.

**Key words:** medical-surgical nursing, critical care nursing, emergency nursing, neutropenic.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA - *American Psychological Association*

ARDS - *Acute Respiratory Distress Syndrome*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEMC - Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cateter Venoso Periférico

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DGS - Direção-Geral de Saúde

ECG - Eletrocardiograma

ECTS - *European Credit Transfer System*

EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

EVA – Escala Visual Analógica

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

G-CSF - Factor de crescimento de colónias de granulócitos

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

HEPA - *High Efficiency Particulate Arrestance*

HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

MRSA - *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE - Ordem dos Enfermeiros



OMS - Organização Mundial de Saúde  
p. - Página  
PA - Pressão Arterial  
PAI - Pneumonia Associada à Intubação  
PAM - Pressão Arterial Média  
PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção  
PCR - Paragem Cardiorespiratória  
PIC- Pressão Intracraniana  
PiCCO - *Pulse index Contour Continuous Cardiac Output*  
PPC - Pressão de Perfusão Cerebral  
PVC - Pressão Venosa Central  
RAM - Região Autónoma da Madeira  
RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*  
REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
RX - Radiografia  
SABA - Solução Anti-séptica de Base Alcoólica  
SAV - Suporte Avançado de Vida  
SE – Sala de Emergência  
SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional  
SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira  
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
SRPC - Serviço Regional de Proteção Civil  
SU - Serviço de Urgência  
TAC - Tomografia Axial Computorizada  
TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*  
TOT - Tubo Orotraqueal  
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos  
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente  
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva  
VV - Via Verde  
VVC – Via Verde Coronária

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DOS CUIDADOS EMERGENTES AOS CUIDADOS AO DOENTE HEMATOLÓGICO COM NEUTROPÊNIA.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista .....</b>	<b>19</b>
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal .....	19
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade .....	26
1.1.3. Gestão dos cuidados .....	36
1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	42
<b>1.2. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.....</b>	<b>47</b>
<b>1.3. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica em contexto de medicina intensiva .....</b>	<b>70</b>
<b>1.4. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de neutropenia.....</b>	<b>90</b>
<b>2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....</b>	<b>116</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>i</b>
<b>ANEXO A - DIETA NEUTROPÉNICA .....</b>	<b>ii</b>

## **INTRODUÇÃO**

Este relatório representa o término do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica frequentado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC) no ano letivo de 2018-2019, tendo sido elaborado no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio, tal como previsto no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica segundo o Despacho nº 8046/2015.

Pretende-se, com o mesmo, descrever de forma fundamentada o percurso realizado de desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), à pessoa em situação crítica, bem como, a sua apresentação e discussão pública para a aquisição do grau de Mestre, de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, artigo 15.º.

Portanto, o relatório basear-se-á no trabalho de aprendizagem e desenvolvimento de competências no decurso das três unidades curriculares de ensino clínico, designadamente, Urgência (ensino clínico I), Cuidados Intensivos (ensino clínico II) e Opção – Unidade de Neutropénia (ensino clínico III) realizados no Hospital Dr. Nélio Mendonça da Região Autónoma da Madeira. A Urgência e os Cuidados Intensivos foram contextos específicos e obrigatórios de ensino clínico. O estágio de Opção foi desenvolvido a partir de um projeto de autoformação numa área de intervenção especializada, mais especificamente no cuidar do doente hematológico com neutropénia, cujo diagnóstico clínico, tratamento, necessidades do doente e família/cuidador, exigem intervenções de enfermagem altamente diferenciadas, fundamentando a minha escolha, como aluna.

Neste âmbito, a aprendizagem clínica nos diversos contextos mencionados anteriormente, possibilitou a compreensão sobre a complexidade e os focos de atenção inerentes à pessoa em situação crítica, alvo de cuidados de enfermagem, sobressaindo a importância de cuidados de enfermagem especializados em EMC, de modo a dar resposta de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade no cuidar da pessoa e família/cuidador em situação crítica.

O ingresso do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) teve por base a necessidade sentida de desenvolvimento pessoal e profissional, visto que, na minha prática profissional lido diariamente com doentes provenientes do Serviço de Urgência, nomeadamente, situações clínicas que se complicam, e com necessidade de

intervenção imediata, e que requerem saberes diferenciados que contribuam para a segurança e para a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

Por outro lado, e de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015, artigo 100.º, relativo aos deveres deontológicos em geral, encontra-se expressa a necessidade de o enfermeiro “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”. Já em 2010, Dias refere que o profissional competente é aquele que aprende e cria conhecimento, assim como, mobiliza-o, transforma-o e adapta-o aos diferentes contextos, ou seja, aprende a aprender permitindo-lhe ter uma postura crítica/reflexiva e autónoma na sociedade.

Neste contexto, a descrição das atividades desenvolvidas neste percurso formativo será realizada através de uma análise crítico-reflexiva, baseada na pesquisa bibliográfica, na mais recente evidência científica e nos referenciais da profissão, de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica. Tais competências foram instituídas através da criação de regulamentação, a cargo da Ordem dos Enfermeiros. No que concerne ao Regulamento nº 124/2011, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, este foi alterado e republicado em Diário da República, 2.ª série – nº 135 - 16 de julho de 2018, encontrando-se em vigor no artigo 3.º as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica do Regulamento nº 429/2018. O Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, Regulamento nº 122/2011, também foi alterado e republicado em Diário da República, 2.ª série – nº 26 – 6 de fevereiro de 2019, encontrando-se em vigor o Regulamento nº 140/2019 das competências comuns do enfermeiro especialista.

Deste modo, ao longo do relatório descreverei, de forma refletida, a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais de acordo com o Regulamento nº 140/2019.

No âmbito da especialidade em EMC, à pessoa em situação crítica, pretendo descrever as competências desenvolvidas inerentes: a) Cuidar da pessoa, família / cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a

pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, tal como preconizadas no Regulamento nº 429/2018.

Por outro lado, o grau de Mestre em EMC é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Sendo assim, o CMEMC possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências de pesquisa científica, análise-reflexiva, fundamentação, comunicação interpessoal e autoaprendizagem, de modo a obter o grau de Mestre.

Para a concretização do objetivo proposto optei por estruturar o relatório em dois grandes capítulos: 1. Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica: dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente hematológico com neutropénia; 2. Competências do Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, seguido de Conclusão e Referências Bibliográficas. No primeiro capítulo pretendo descrever o percurso especializado no âmbito clínico no cuidar da pessoa em situação crítica e /ou em risco de falência multiorgânica com base nas competências comuns (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) e nas competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, já identificadas anteriormente. No segundo capítulo, farei uma sinopse acerca das competências do enfermeiro Mestre, baseada no desenvolvimento pessoal e profissional de acordo com a deontologia profissional e prática clínica realizada. Como desfecho, a conclusão englobará uma análise reflexiva do desenvolvimento progressivo das competências comuns e específicas, assim como das competências de Mestre em EMC, à pessoa em situação crítica, delineando, deste modo, perspetivas futuras.

As citações e referências bibliográficas do presente relatório encontram-se de acordo com as normas preconizadas pela escola, baseadas na 7ª edição do *Publication Manual of the American Psychological Association* (American Psychological Association, 2020)

# **1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DOS CUIDADOS EMERGENTES AOS CUIDADOS AO DOENTE HEMATOLÓGICO COM NEUTROPÉNIA**

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) publicado no Decreto-Lei nº 161/96, artigo 4.º, define, Enfermagem como

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 (p.95).

De acordo com o Regulamento supracitado a Enfermagem demonstrou, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, bem como, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

Segundo Vaughans (2012), na sua forma mais informal, a Enfermagem existe desde o início da humanidade tendo, posteriormente, evoluído do simples ato de cuidar para uma profissão complexa e com fundamento científico, cujo foco é o cuidado e atender às necessidades humanas básicas. O autor supracitado refere ainda que os critérios de classificação de um trabalho como sendo uma profissão envolvem a sua utilidade social, possuir um corpo de conhecimento próprio, ter autonomia, representação social, possuir legislação e código ético próprio; tal é o caso da Enfermagem.

O exercício profissional de Enfermagem baseia-se em dois decretos fundamentais instituídos: o REPE, disposto no Decreto-Lei nº 161/96, e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015.

Neste âmbito, o REPE constitui um instrumento jurídico que permitiu a regulamentação e clarificação da profissão, contribuindo para a sua construção e um guia para a sua prática. Nele, os cuidados de enfermagem são definidos como “as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (OE, 2015). Segundo o REPE, estes cuidados são prestados de acordo com o grau de dependência da pessoa e compreendem a interação do enfermeiro com a

pessoa/família/grupos e comunidade, sendo para isso estabelecida uma relação de ajuda utilizando uma metodologia científica.

Por sua vez, o EOE contempla ainda o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), o qual engloba os deveres dos profissionais atendendo aos direitos da pessoa face às responsabilidades sociais da profissão. A dimensão deontológica reporta-se às características da profissão e ao conjunto de normas pelas quais os profissionais devem reger-se, procurando a correção da ação, enquanto a dimensão ética evoca a reflexão sobre a ação. Deste modo, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015) o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.91).

Nesta linha, Silva et al. (2018), citando Carbogim et al., acreditam que profissionais mais qualificados e conscientes da sua prática profissional, com capacidade crítica e de resolução de problemas, são fulcrais para a melhoria do nível da qualidade da assistência em saúde. Assim, segundo o Regulamento nº 140/2019 “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744).

Neste contexto, considera-se que a pessoa em situação crítica é um foco de atenção da área de especialidade em EMC, sendo esta definida pelo Regulamento nº 429/2018 como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362).

Já em 2015, o Regulamento nº 316/2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no que concerne a dados e tendências, refere que

o número crescente de doenças com início súbito e as crónicas que agudizam, o aumento e a complexidade dos acidentes, o acréscimo de violência urbana e catástrofes naturais em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem conduzir a pessoa à morte se não forem implementadas, medidas de suporte de vida, requerem um corpo de profissionais de enfermagem em contextos extra e intra-hospitalar à pessoa/família em situação crítica (p.17241).

Nesse sentido, Castellan et al. (2015), referem que os enfermeiros que cuidam de doentes críticos lidam especificamente com as respostas humanas a problemas ameaçadores da vida de modo a assegurar que a pessoa e família/cuidador adquirem cuidados ótimos numa altura das suas vidas em que se encontram particularmente frágeis.

Segundo o Regulamento supracitado, referente à diversidade dos problemas cada vez mais complexos na saúde, bem como à necessidade cada vez maior de padrões de

qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em EMC em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade.

Deste modo, a formação torna-se fundamental possibilitando o desenvolvimento de reflexão crítica, de tomada de decisão fundamentada de acordo com os valores e os princípios éticos e deontológicos. Ainda no Regulamento supracitado no parágrafo anterior são mencionadas sete categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados especializados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Estes constituíram um instrumento fundamental de referência durante o meu percurso, bem como, futuramente como enfermeira especialista.

O Regulamento nº 140/2019 refere que

os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (p.19362).

Neste Regulamento também é explícito que

a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (p.4745).

Corroborando esta afirmação, atualmente, os enfermeiros deparam-se com o desafio da procura de conhecimento científico, as mais recentes evidências, no sentido de promoverem a melhoria da prestação dos seus cuidados (Sousa et al., 2017). De acordo com Silva et al. (2018) alguns enfermeiros especialistas em EMC salientaram que a realização do curso de especialização proporcionou atualização, aprofundamento do conhecimento que se repercutiu de forma positiva na prática profissional através dum olhar mais amplo e reflexão sobre a sua prática. Sendo assim, o CMEMC é uma mais-valia, possibilitando a identificação precoce e uma resposta mais eficaz no cuidar da pessoa e família/cuidador em situação crítica.

Perante o supracitado, são exigidas ao enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, competências comuns e específicas para dar resposta a situações com que se depara, assegurando o cuidar holístico, de forma a olhar a pessoa na sua totalidade, englobando a família/cuidador.



De acordo com o divulgado no Regulamento nº 140/2019, artigo 3.º relativo a conceitos, refere na alínea a) “competências comuns” como

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

O mesmo Regulamento menciona na alínea b) “competências específicas” definindo-as como

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

Le Boterf, já em 2015, define a competência não apenas como um estado de formação, de educação ou de conhecimentos/capacidades aprendidas, mas sim a capacidade de mobilizar todos os anteriores e adaptá-los a um contexto específico, neste caso aos contextos da prática. O autor supracitado acrescenta que esta capacidade de compreensão e interpretação de uma situação, ao invés da aplicação tácita de procedimentos, garante melhores resultados (maior segurança/maior qualidade), ao permitir enfrentar a imprevisibilidade e unicidade dos contextos de prática.

Deste modo, enquanto profissional, desde 2008 e após dez anos no desempenho de funções como enfermeira generalista no Serviço de Medicina Interna do Hospital dos Marmeleiros, senti necessidade de sair da minha zona de conforto e aprofundar conhecimentos em contextos diferenciados, nomeadamente, na área da pessoa em situação crítica. Nesse sentido, o CMEMC emergiu como resposta a uma necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional, consequência dos grandes avanços tecnológicos e científicos na área de Enfermagem, tendo como finalidade, garantir a máxima qualidade de cuidados à pessoa em situação crítica.

É de realçar que são os doentes os beneficiados desta motivação e formação contínua. Sendo assim, pretendo desenvolver competências de modo a proporcionar cuidados de enfermagem especializados, à pessoa em situação crítica, científica e eticamente sustentados. O cuidar do doente hematológico com neutropénia constituiu a minha área de opção. Esta justifica-se por constatar o risco a que o doente hematológico com neutropénia está sujeito e, assim, através de um cuidado de enfermagem diferenciado poder contribuir de modo a prevenir complicações e proporcionar melhor qualidade de vida, reduzir o número de dias de internamento, diminuir custos em saúde, contribuir para o tratamento apropriado e atempado, bem como, informar e adaptar um plano de cuidados de enfermagem

especializados que vão de encontro às necessidades da pessoa e família/cuidador desde o internamento até ao regresso ao domicílio ou à morte.

Os doentes do foro hematológico necessitam de tratamento e/ou vigilância médica contínua. A neutropénia continua sendo o principal defeito do sistema de defesa que predispõe o indivíduo a infeções graves (Carpenter et al., 2015).

O processo de doença engloba o isolamento físico da pessoa acometida. Nesta perspetiva, os doentes do foro hematológico com neutropénia vivenciam um processo complexo, carecendo de vigilância e controlo de sinais e sintomas diferenciados, e portanto, com necessidade de cuidados especializados em EMC tendo como referência a prevenção de complicações e atendendo igualmente à pessoa e família/cuidador através do estabelecimento de uma relação terapêutica.

Neste percurso de aprendizagem clínica tive como referência a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, fundamental para a prática de Enfermagem. Sendo esta uma teoria de médio alcance com o intuito de proporcionar uma base conceptual para descrever, compreender e interpretar os fenómenos de Enfermagem. A autora identificou quatro tipos de transições: transição de saúde/doença; transição de desenvolvimento; transição situacional e a transição organizacional. O conceito de transição é mencionado por Meleis (2010) como uma passagem entre estados, relativamente estáveis, resultantes de eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. Esta Teoria é constituída por quatro conceitos centrais: natureza das transições, condicionantes facilitadores e inibidores da transição, padrões de resposta e intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010). No âmbito do cuidado ao doente crítico, e em particular ao doente hematológico, a transição saúde/doença torna-se a mais relevante. Meleis (2010) refere que a transição saúde/doença implica a passagem de um estado estável para um outro instável, induzido pela mudança no estado de saúde traduzindo uma quebra da definição de bem-estar da pessoa ou vice-versa. Este processo de transição saúde/doença, envolve mudanças significativas, muitas vezes drásticas, quer para o doente quer para a família, devido ao sofrimento, *stress* físico e psicológico e ansiedade resultantes diretamente da doença, mas também devido ao próprio internamento e a todas as alterações familiares a que este obriga (Mendes, 2015).

Pereira (2014) citando Meleis, menciona que o papel do enfermeiro é decisivo, pois as suas intervenções visam a promoção, a prevenção e a intervenção junto da pessoa que vivencia a transição de saúde/doença, de modo a atingir a homeostasia a nível da esfera do bem-estar físico, social, mental e espiritual.

Meleis (2010) refere que, após se ter demonstrado a importância das transições para a Enfermagem, e que, até certo ponto, os enfermeiros participam nas transições dos indivíduos, ficou decidido que um dos objetivos da missão de Enfermagem seria ajudar as pessoas a passar por transições saudáveis e deste modo melhorar os resultados. Assim, a mesma autora define "...enfermagem como a arte e a ciência que facilitam a transição da saúde e do bem-estar das populações" (p.28). O processo de transição pode ser influenciado pelo seu significado, pelo nível de conhecimentos da pessoa que o vivencia, pelo meio em que a pessoa se encontra inserida, pelo planeamento da pessoa face à situação e pelo bem-estar físico e emocional vivenciado pela pessoa naquele dado momento (Meleis, 2010).

Durante este percurso de aprendizagem profissional, acolhi pessoas a vivenciar processos de transição saúde/doença, nomeadamente, em situação crítica, que implicaram mudanças para a pessoa e sua família/cuidador, a nível do seu quotidiano, bem como, do seu meio social. Para Meleis (2010) o cliente e a família/cuidador dependem um do outro e como tal devem ser encarados como uma célula essencial na promoção de cuidados de saúde com qualidade.

Nesta linha, é necessário conhecer quais as mudanças e as necessidades que a transição saúde/doença irá trazer na vida diária da pessoa e família/cuidador. O enfermeiro deve preparar a pessoa para transições iminentes, e que facilitam o processo de aprendizagem de novas capacidades relacionadas com as experiências de saúde/doença. A transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos para alterar o comportamento, e portanto, a alteração da definição do "eu" no contexto social.

Mediante o supracitado, procederei então à análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas no percurso de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC a partir dos ensinamentos clínicos realizados. Esta análise será efetuada tendo por referência as unidades de competência com os respetivos critérios de avaliação, inerentes à área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

## **1.1. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista**

No âmbito das competências comuns, pretende-se do enfermeiro especialista, a aquisição e desenvolvimento de competências dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, de gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nos distintos contextos de especialização de enfermagem. Portanto, de acordo com o Regulamento nº140/2019, tais competências

“envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p.4744).

Realço a importância destes domínios desenvolvidos durante este percurso de formação especializada, nomeadamente, nos estágios realizados no Serviço de Urgência Polivalente, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e na Unidade de Neutropénia do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM).

### **1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

A Deontologia Profissional de Enfermagem representa um instrumento essencial de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro contribuindo para a reflexão sobre as suas condutas humanas. O respeito pelos princípios éticos e deontológicos constituem um alicerce para o cuidar em Enfermagem.

A pessoa, alvo de cuidados, é vista como um ser humano caracterizado pela sua unicidade, com um quadro de referências próprio (valores e crenças), em constante interação com o meio que o rodeia; alguém cujas atividades de vida podem estar de facto ou potencialmente comprometidas, influenciando a capacidade de se autocuidar e condicionando a sua autonomia (Correia, 2012).

Neste contexto, o enfermeiro, no exercício da sua função, deve agir de acordo com o artigo 8.º, do REPE do Decreto-Lei nº 161/96, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, deve então “adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos do cidadão” (p.5). Na alínea 3) do mesmo regulamento é mencionado que os enfermeiros “têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível da dignidade e autonomia de exercício profissional” (p.5).

A Enfermagem é uma profissão com uma ética própria com as suas características, princípios e valores inerentes, de forma a defender a prestação de cuidados humanizados.

Por outro lado, a pessoa internada tem direito a ser tratada no respeito pela dignidade humana. Este deve ser o princípio essencial de toda a intervenção do enfermeiro, respeitar a dignidade humana. Nesse sentido, é fundamental assegurar os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde segundo a Lei nº 15/2014.

É um dever do Enfermeiro agir de acordo com a sua Deontologia Profissional, assumindo valores e princípios universais, como: igualdade, altruísmo e solidariedade; liberdade responsável; verdade e justiça; competência e aperfeiçoamento profissional. Nunes (2011) corrobora que “a ética profissional enuncia princípios e valores, relacionados com um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma profissão a uma deontologia profissional” (p.40).

O enfermeiro deve pautar a sua conduta pelo respeito dos valores, crenças e cultura da pessoa, pela sua escolha esclarecida e livre, através do consentimento informado, e responsabilidade no encaminhamento e no acompanhamento da pessoa e família/cuidador durante as várias fases da vida ou no processo de transição saúde/doença. Nesta perspetiva a autora supracitada refere que a ética é inerente à atuação do enfermeiro e está implícita na natureza do elo que o liga à pessoa destinatária dos cuidados em determinada situação ou circunstância.

Deste modo, os cuidados de enfermagem prestados devem ter a empatia como princípio fundamental, por exemplo: colocar-se na posição de doente, num ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, numa situação de vulnerabilidade, supondo os sentimentos gerados no doente, como de incapacidade, ansiedade e tristeza. Cabe então ao enfermeiro, identificar-se e estabelecer uma relação terapêutica, diminuir estes sentimentos, e, informar à pessoa do local onde se encontra, do meio que o rodeia, dos procedimentos que vai realizar, pedir o seu consentimento, permitindo o direito à sua autodeterminação, ou seja, o direito a aceitar ou não as intervenções clínicas, fazendo-o de uma forma esclarecida. O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida referida pela Lei nº15/2014, no artigo 3.º.

Do mesmo modo, na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015) no artigo 84.º, o enfermeiro deve “respeitar, defender e promover o direito do doente ao consentimento informado” (p.73). De acordo com a Lei nº 15/2014, artigo 7.º, o doente dos serviços de saúde tem “o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, bem como, a informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível” (p.2128).

No processo de cuidar o ser humano, devem ser considerados os quatro princípios fundamentais da ética biomédica, defendidos por Beauchamp e Childress (2011) para direcionar as nossas ações: beneficência (fazer o bem à pessoa, agindo no seu melhor interesse), não maleficência (não fazer o mal à pessoa, por negligência ou de forma intencional), autonomia (direito que assiste a pessoa de escolher livremente o seu próprio destino) e justiça (dar a cada pessoa, aquilo que lhe é devido, em termos de assistência). Assim, os princípios éticos estiveram sempre presentes, sendo que a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, nortearam as tomadas de decisão, atendendo à defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro de acordo com a Lei nº 156/2015, artigo 99.º referente ao Código Deontológico.

Durante toda a minha vida profissional e no decorrer deste percurso formativo tive em conta o consentimento informado livre e esclarecido, informando a pessoa sobre os procedimentos a realizar e a sua importância, respeitando o seu consentimento ou recusa. Contudo, em algumas situações de urgência/emergência, os doentes podem não ser capazes de dar o seu consentimento, porque estão inconscientes ou em estado de choque. O consentimento é considerado implícito, presumindo-se que o doente daria o seu consentimento se fosse capaz de o fazer, já que a alternativa poderia ser a morte ou incapacidade grave. De acordo com a Norma nº 015/2013 da DGS, é referido o consentimento presumido, aquele que permite supor que o doente teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado.

Como profissionais de saúde, temos de empregar todos os meios ao nosso alcance para manter as funções vitais do doente, até que se encontre numa situação estável. Os procedimentos terapêuticos invasivos são necessários na abordagem e estabilização da pessoa em situação crítica e o estado do doente pode impedir o seu direito à autodeterminação. Assim, o enfermeiro especialista surge como o profissional para agir e decidir em prol do bem-estar e segurança da pessoa em situação crítica, assegurando cuidados de qualidade. Segundo Deodato (2014), o enfermeiro beneficia no seu cuidado dos “critérios do agir profissional, que decorrem da ética e da deontologia de enfermagem” (p.169). Na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), artigo 82º, dos direitos à vida e à qualidade de vida, é referido que o enfermeiro assume o dever de “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” (p.64).

Nesta linha, já em 2009, Nunes et al. defendiam que nestas situações deve haver um empenho para conhecer a vontade do doente e deve limitar-se as intervenções às inadiáveis tendo em conta o seu benefício imediato e sem prejuízo para a sua saúde.

De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015) no artigo 84.º, do dever de informar, o enfermeiro tem o ***dever de informar o indivíduo e a família***, no que respeita aos cuidados de enfermagem. Por este motivo o enfermeiro deve assegurar-se que a informação é facultada à família, de acordo com a vontade expressa do indivíduo no que a este concerne, salvaguardando-se as situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe.

Na UCIP, devido à situação crítica da pessoa e por se encontrar sedada, apesar de a informação ser facultada, não era possível obter a sua resposta, e perante estas situações informava-se à família/cuidador sobre os procedimentos a serem realizados, sempre que possível. Nos doentes incapacitados de comunicar, impõe-se o princípio da beneficência e da não maleficência, tendo sempre em ponderação o benefício melhor para o doente. Estes princípios salvaguardam a prestação de cuidados do enfermeiro, respeitando a pessoa e família/cuidador. A forma de atuar da equipa multidisciplinar na qual me integrei segue estes princípios. Neste percurso formativo tive sempre em consideração o dever de agir decorrente do princípio da beneficência e da não maleficência reconhecido na ética profissional, e, sempre que possível, prestei toda a informação à pessoa e família/cuidador.

Neste contexto, a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015) refere que a responsabilidade é uma das premissas chave, demonstrando-se por exemplo nas decisões que o enfermeiro toma, e nos atos que pratica ou delega.

Sendo assim, o percurso de aprendizagem clínica permitiu-me desenvolver capacidades para a tomada de decisão, fundamental para a excelência da prática profissional. As tomadas de decisão foram norteadas pelos princípios éticos, particularmente, princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, de acordo com a minha deontologia profissional permitindo o desenvolvimento das unidades de competência ***demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas e avalia o processo e os resultados da tomada de decisão***, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

No SU do HNM é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada pelo doente, sendo prestada essa informação na admissão pelo serviço e de acordo com o Decreto-Lei nº15/2014, artigo 12.º. Do mesmo modo, é tido em conta o artigo 13.º, que refere que “nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher

livremente o acompanhante, o serviço deve promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente invocados pelo acompanhante” (p.2129). Na UCIP e na Unidade de Neutropénia existem dois períodos de visitas com horários pré-determinados. Na UCIP o horário de visitas é realizado das 13h às 14 horas e das 18h às 19 horas e na Unidade de Neutropénia o horário de visitas é realizado das 13h às 14 horas e das 19h às 20 horas. No entanto, verifiquei que havia alguma flexibilidade por parte dos profissionais, caso fosse possível, para, em algumas situações, ajustar ou prolongar mais um pouco o horário de visitas. Contudo, devido à dinâmica e especificidades das unidades, reconheço que é difícil uma gestão do tempo de permanência das visitas.

A ocorrência de uma doença e consequente hospitalização por parte de um dos elementos da família, muitas vezes de uma forma inesperada e repentina, é uma situação causadora de *stress*, ansiedade, sofrimento e angústia em todos os membros da família, levando a alterações do seu estilo de vida (Vieira, 2014). Nesta perspetiva, é fundamental o apoio e acompanhamento da pessoa e família/cuidador da pessoa em situação crítica.

Segundo Cypress citada por Sá et al. (2015), os enfermeiros consideram a pessoa em situação crítica e a sua família como uma unidade de cuidados, e, em consequência, o doente e a família consideram também os enfermeiros como recursos de saúde para o sistema familiar no momento de crise. Nesse sentido, é essencial envolver a família no planeamento de cuidados da pessoa em situação crítica e estabelecer uma relação terapêutica.

Neste percurso de aprendizagem clínica adotei sempre uma postura de disponibilidade e esclarecimento à família/cuidador da pessoa em situação crítica, atendendo ao ambiente, adaptando a minha linguagem à pessoa e família/cuidador, utilizando estratégias de comunicação verbal e não-verbal, permitindo assim, o desenvolvimento de competências no âmbito da relação interpessoal e da responsabilidade pela pessoa e família/cuidador. As informações à família/cuidador devem honrar o direito à privacidade e confidencialidade da pessoa. O enfermeiro que dá informação deve ter sempre em conta o nível sociocultural e o estado emocional da família/cuidador, bem como, toda a complexidade da situação crítica que envolve a pessoa.

Nesta linha, é fundamental a presença do enfermeiro, através de estratégias como a escuta ativa e a empatia. O facto de o familiar sentir que, caso precise, tem alguém com quem se possa informar é o suporte para estabelecer uma relação terapêutica. As equipas de enfermagem com quem atuei evidenciaram cuidado perante a família/cuidador da pessoa em situação crítica, através do esclarecimento de dúvidas, acompanhando-a e integrando-a



sempre que possível na assistência à pessoa em situação crítica. Neste percurso formativo, priorizei um atendimento pautado pelo respeito da individualidade da pessoa e família/cuidador, assim como, pelas suas vontades, valores e crenças, baseado num cuidado de forma holística. De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), no artigo 81.º, dos valores humanos, o enfermeiro assume o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” e “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa” (p.59).

Também tive em atenção o bem-estar, o conforto, a dignidade e a privacidade da pessoa e família/cuidador em situação crítica. Salvaguardei a sua privacidade utilizando os biombo e colocando o lençol a tapar o seu tronco e região pélvica/genital, desde os cuidados de higiene, as visitas médicas, intervenções clínicas, radiografias, no transporte intra-hospitalar e em todos os momentos do seu internamento, pois o doente tem direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde conforme descreve o artigo 4.º da Lei nº 15/2014. Assim, desenvolvi as unidades de competência ***promove a proteção dos direitos humanos e gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente***, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Segundo o Decreto-Lei nº 15/2014, artigo 4.º, o doente tem direito a receber com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita. É imprescindível o respeito à pessoa que não pode comunicar a sua dor. Portanto, avaliar a dor é um dever do enfermeiro, agindo assim, em conformidade com o domínio da responsabilidade profissional, ético e legal. A avaliação contínua da dor à pessoa em situação crítica é essencial ao cuidar mais humanizado. Neste contexto, tive como foco de atenção o bem-estar da pessoa e controlo da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Já em 2016, Durão e Teixeira, mencionam que o controlo e gestão da dor na pessoa em situação crítica envolve não só a sua avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas).

Deste modo, realizei planos de cuidados individualizados à pessoa em situação crítica nos diferentes contextos e apliquei as intervenções adaptadas a cada situação, a fim de promover conforto e bem-estar, monitorizando, avaliando e registando a dor de acordo com as escalas mais adequadas, às quais farei referência ao longo do relatório.

Neste percurso, foram desenvolvidas várias questões em contexto de equipa, nomeadamente, sobre a gestão de terapêutica de acordo com os parâmetros prescritos pelo médico e com a situação clínica do doente, bem como, a análise dos resultados de gasometria arterial que implicam resposta imediata a fim de prevenir complicações e que contribuíram para uma análise crítico-reflexiva, e, deste modo, para a aquisição e consolidação da unidade de competência ***lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.***

Simultaneamente, o enfermeiro também tem o ***dever de sigilo*** explícito na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015, p.78), no artigo 85.º, assumindo o dever de “partilhar informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família”, o doente tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais e os profissionais de saúde estão obrigados ao dever do sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções de acordo com o Decreto-Lei nº15/2014, artigo 6.º. Como enfermeira e durante o percurso formativo garanti a confidencialidade de todas as informações relativas ao doente, desde a situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais, partilhando apenas as informações pertinentes com profissionais envolvidos no processo do cuidar.

Neste âmbito, de acordo com o enunciado no REPE, no artigo 8.º, referido anteriormente, adotei uma conduta responsável e ética, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, com vista à promoção da saúde, à prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação e reinserção social, e atuando em complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

É também fundamental o conhecimento sobre a possível utilização do Testamento Vital (RENTEV), documentado na Lei nº 25/2012 de 16 de julho, adaptada à Região Autónoma da Madeira pela Portaria nº 154/2014 de 1 de setembro, dado que através do RENTEV as diretivas antecipadas de vontade da pessoa operam como um instrumento de trabalho e de apoio.

A unidade curricular de Ética e Deontologia do CMEMC contribuiu para aprofundar, mobilizar conhecimentos e pô-los na prática, de modo a atingir da melhor forma o que cada unidade de competência preconiza neste domínio. Considero que desenvolvi uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos

e a deontologia profissional e desenvolvi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

### 1.1.2. Melhoria contínua da qualidade

O conceito de qualidade tem evoluído ao longo do tempo e a sua importância referida ao nível de várias instituições internacionais e nacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Direção-Geral de Saúde (DGS) e Ordem dos Enfermeiros (OE). O Ministério da Saúde no seu papel de coordenador do Sistema de Saúde Português, elaborou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que refere como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o Sistema de Saúde, segundo o Despacho nº 5613/2015.

Neste âmbito, de acordo com o Despacho supracitado, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 apontava como prioridades estratégicas de atuação a abordagem nas intervenções locais, a melhoria da qualidade organizacional e clínica, o aumento da adesão às normas de orientação clínica, a monitorização permanente da qualidade e da segurança, a divulgação de dados de desempenho, o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, a informação transparente aos cidadãos e o aumento da sua capacitação.

Deste modo, todos os profissionais de saúde devem desenvolver práticas de qualidade, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua ao nível organizacional.

Meleis (2012) refere que prestar cuidados de qualidade, envolve por parte do enfermeiro, a aquisição de informações, conhecimento dos sistemas de apoio social, desenvolvimento de uma relação terapêutica e ainda um aumento de consciencialização de si mesmo.

Do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015, artigo 97.º, destaca-se que o enfermeiro deve

exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (p. 8101).

Neste domínio de acordo com o Regulamento nº 140/2019, é pretendido que o enfermeiro especialista garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolva práticas de

qualidade, gira e colabore em programas de melhoria contínua da qualidade e garanta um ambiente terapêutico e seguro.

Sendo assim, como profissional, e neste percurso de aprendizagem clínica adotei uma atitude proativa, cumprindo as normas clínicas e guias de boas práticas preconizadas pela DGS, bem como através da autoformação, da reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas nos diversos contextos, visando sempre a qualidade contínua dos cuidados.

A intervenção do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, perante situações onde o limiar de vida/morte é muito delicado, deverá ser baseada numa tomada de decisão sustentada por conhecimentos e habilidades múltiplas, na resposta à necessidade de cuidados seguros.

A existência de protocolos de atuação norteados pela evidência científica constitui uma mais-valia para a prática de cuidados com qualidade, promovendo práticas seguras e uniformes, facilitando a obtenção de indicadores de saúde positivos (Dantas, 2011).

De acordo com o REPE (2015), os enfermeiros, “participam (...) na concretização de protocolos referentes a normas e critérios para a administração de tratamentos e medicamentos” (p.103). Durante a aprendizagem clínica constatei a existência de normas e protocolos implementados, e, atualizados, nomeadamente por enfermeiros especialistas, permitindo uma uniformização dos procedimentos baseada na mais recente evidência científica, promovendo, deste modo a melhoria contínua da qualidade. No SU e na UCIP apliquei e analisei diferentes protocolos, como a Via Verde do Trauma; Via Verde do AVC; monitorização da glicémia/administração intravenosa contínua de insulina actrapid; noradrenalina; reposição de potássio sérico; monitorização da pressão intracraniana; monitorização da pressão arterial invasiva; antibioterapia específica; algoritmo de MRSA; procedimento de aspiração de secreções em circuito fechado; procedimento drenagem torácica; administração de sedativo/curarizante; alimentação entérica e heparinização de soros e cateteres. Na Unidade de Neutropénia existe o protocolo de atuação em caso de extravasamento dos citostáticos e os diversos protocolos de quimioterapia, alguns dos quais tive oportunidade de conhecer e aplicar, bem como, o protocolo de administração de sangue e hemoderivados. Deste modo, os protocolos existentes são fundamentais, uma vez que asseguram a qualidade da intervenção, carecendo de uma monitorização e vigilância contínuas e de acordo com a evidência científica, bem como a verificação de todo o material que é indispensável ao doente, facilitando uma melhor organização dos cuidados, minimizando o erro, contribuindo assim para a segurança dos cuidados. Nesse sentido, tudo deve ser previsto, realizando uma análise antecipada, para posteriormente cumprir as devidas

intervenções. Portanto, é necessário, através da prática diária, refletir sobre o que se faz bem e o que surge de errado, adotar comportamentos de mudança, protocolando intervenções, padronizando cuidados, partilhando experiências, diminuindo riscos e, assim, contribuindo para cuidados de qualidade.

Durante o ensino clínico na UCIP analisei que tudo era antecipado e preparado para a admissão do doente, segundo protocolos previamente estabelecidos, em que todos os elementos da equipa sabiam como atuar com o objetivo de otimizar as condições de receção do doente, nomeadamente, de todos os doentes admitidos na unidade provenientes de outro serviço do hospital ou de outro estabelecimento de saúde que tenha dado entrada no Serviço de Urgência. Desde o contacto prévio para a receção do doente à preparação da unidade, de modo a se encontrar devidamente equipada e funcional para a monitorização e vigilância da pessoa em situação crítica, tudo era antecipado com material de entubação na proximidade, oxigenioterapia, ventilador testado, monitor de parâmetros vitais, sistema de aspiração preparado, bombas e seringas perfusoras funcionais, suporte farmacológico e não farmacológico, cama preparada com maca pluma e com a verificação das folhas de registo do processo do doente, bem como o cumprimento das normas de prevenção e controlo da infeção, contribuindo para que todas estas ações promovam a qualidade dos cuidados. Assim, tive a oportunidade de preparar a unidade do doente admitido na UCIP colaborando com a equipa de enfermagem, com a realização de todas as intervenções de acordo com os protocolos do serviço, acima descritos. Do mesmo modo, tive sempre o cuidado de confirmar a identificação do doente através da pulseira de identificação, o nome e respetivo número de processo.

Na Unidade de Neutropénia também tive a oportunidade de participar ativamente no acolhimento e acompanhamento do doente do foro hematológico e observei que também existe uma verificação prévia da unidade de modo a se encontrar devidamente funcional para a monitorização e vigilância do doente. O doente admitido nesta unidade encontra-se sujeito a diversas complicações: hematológicas, incluindo as infecciosas decorrentes da neutropénia; trombocitopenia, com elevado risco de hemorragia; a anemia, as complicações gastrointestinais; as dermatológicas; as metabólicas, entre outras. Neste sentido, durante a prática clínica identifiquei os focos de instabilidade e implementei intervenções visando a prevenção de complicações.

No SU a prestação de cuidados de qualidade gera uma preocupação constante dos profissionais junto aos doentes que recorrem e permanecem no serviço. Oliveira et al. (2014) no seu estudo direcionado ao doente crítico, fazem emergir o paralelismo com a situação de

muitos doentes que permanecem no SU por escassez de vagas nos diversos serviços de internamento, inclusivamente na UCI. Os mesmos autores referem ainda que a sobrelotação das salas no SU pode estar associada a maior mortalidade, aumento do tempo de internamento e, como consequência, agravamento das despesas hospitalares. De acordo com os autores, secundariamente à sobrelotação, não se respeitam princípios básicos como a distância entre as camas, a correta higienização das mãos e a adoção de medidas de “biossegurança”, levando a um aumento da contaminação cruzada e transmissão de microrganismos resistentes. Durante o período de estágio no SU pude comprovar esta realidade através da observação e reflexão, nomeadamente, no que concerne à sobrelotação de doentes no SU. Perante esta situação, procurei assegurar a máxima qualidade dos cuidados e gerir os recursos existentes e cumprir todos os princípios básicos da higiene hospitalar para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Segundo o Departamento da Qualidade na Saúde, ramo da DGS, a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) representa um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados (DGS, 2010). Estas são definidas, pela DGS (2010), a “condição sistémica ou localizada de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas, adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados” (p.7).

De facto, a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) têm importância crescente à escala mundial, estando associado a estas, o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (DGS, 2017). Já em 2010, de acordo com a DGS, as IACS representavam uma causa de significativa morbidade e mortalidade em Portugal, que, além de dificultarem o tratamento adequado do doente, também acarretam custos acrescidos de recursos hospitalares e comunitários. Deste modo, foi criado em Portugal no ano de 2013 o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos com o intuito de dar uma resposta integrada na abordagem de ambos os problemas (PPCIRA, 2018). Este Programa tem como suporte de ação três grandes pilares: a prevenção e controlo da infeção com base na implementação de boas práticas através das Precauções Básicas Controlo da Infeção e as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão dos Microrganismos; a redução da emergência de resistências aos antimicrobianos (RAM), reduzindo e monitorizando o seu consumo; a Vigilância Epidemiológica, que possibilita a monitorização das boas práticas, as IACS e as RAM, planeando intervenções de melhoria (PPCIRA, 2018).

Neste contexto, a IACS assume particular importância na pessoa em situação crítica. Segundo o Regulamento nº 361/2015, no ponto 1.3 - Prevenção e Controlo da Infecção aos Cuidados à pessoa em situação crítica, “à medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumentam a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção” (p.17241).

Recentemente os dados da Vigilância Epidemiológica na rede europeia, coordenada pelo *European Centre For Disease Prevention and Control* (ECDC), na qual Portugal também participa, verificaram que no ano de 2017, 8,3% (11787) dos doentes internados mais de dois dias em UCI adquiriram pelo menos uma IACS (Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV), bacteriemia associada ao Cateter Venoso Central (CVC) ou Infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV)). Destas IACS a PAV surge como a mais prevalente, em 6% dos casos, em que 97% destas infeções estão associadas à intubação traqueal (ECDC, 2019).

Deste modo, têm sido desenvolvidas várias iniciativas com o objetivo de se definirem as melhores estratégias para a prevenção das IACS, nomeadamente, associadas ao uso de dispositivos invasivos como a VMI, o CVC e o CV. Os “Feixes de Intervenções” desenvolvidos pela DGS correspondem a um conjunto de medidas para a prevenção de IACS associadas a dispositivos/ procedimentos invasivos. Salientam-se os “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (Norma nº 021/2015 atualizada a 30/05/2017), Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central (Norma nº 022/2015) e Infecção Urinária associada a Cateter Vesical (Norma nº 019/2015 atualizada a 30/05/2017). Portanto, o objetivo dos “Feixes” de acordo com a DGS consiste em assegurar que os doentes sejam submetidos aos melhores cuidados, baseados na evidência científica, de uma forma consistente.

De facto, o PPCIRA, no seu relatório anual do Programa Prioritário, refere que globalmente em Portugal, no período de 2013 a 2017, os resultados melhoraram face ao controlo de IACS e resistência aos antimicrobianos. A Vigilância Epidemiológica das UCI revela um decréscimo de 10,81% na densidade de incidência de PAV por 1000 dias de intubação no ano de 2017 em relação a 2013, bem como uma redução de 30,77% na densidade de incidência de bacteriemia por 1000 dias de CVC relativamente ao mesmo período.

A DGS (2018) refere que as PBCI garantem a segurança dos doentes e de todos os que contactam com eles, devendo ser aplicadas independentemente de se conhecer o seu

estado infeccioso. A sua eficácia está comprovada na minimização do risco de infeção. Bem como, as principais medidas de prevenção das IACS devem basear-se num conjunto de estratégias que englobam intervenções como as boas práticas para a higiene das mãos, a limpeza das superfícies/equipamentos e isolamento dos doentes colonizados/infetados.

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

Sendo assim, durante a prática clínica proporcionei um ambiente seguro na prestação de cuidados, assegurando a higienização das mãos, o respeito pelos princípios da assepsia, a utilização de equipamentos de proteção individual, a correta articulação dos circuitos dos materiais, equipamentos e resíduos, bem como identifiquei situações apropriadas para a melhoria contínua da qualidade, reforçando a necessidade para a adoção de iniciativas que cooperassem para modificar a atitude perante a prevenção das IACS, particularmente, o cumprimento de boas práticas para a higiene das mãos e uso da solução antisséptica de base alcoólica (SABA).

Efetivamente e de acordo com a Deontologia Profissional (OE, 2015), no artigo 88.º, da excelência do exercício, o enfermeiro procura em todo o ato profissional a excelência no exercício, assumindo o dever de

analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam uma mudança de atitude; garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos e procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (p.91).

Também tive sempre em conta os aspetos relativos ao manuseamento dos dispositivos intravasculares, dos drenos, e da técnica asséptica aquando da aspiração de secreções em circuito fechado. Na sala de observação, isolamento e cuidados especiais do SU, na UCIP e na Unidade de Neutropénia, aquando da visita de família/cuidador, era fornecida uma bata de proteção, uma máscara e solicitado para realizar a lavagem das mãos antes e depois da visita. No acolhimento da família/cuidador tive sempre o cuidado de informar sobre a importância da necessidade da adesão às medidas de controlo de infeção, sendo estas sempre interiorizadas e reconhecidas pela família/cuidador. Cabe aos profissionais assegurar que o visitante é educado e orientado no cumprimento das precauções



básicas de controlo da infeção (PBCI), prevenindo a infeção cruzada entre doentes/visitantes e cooperando para a segurança dos doentes e dos visitantes/acompanhantes (DGS, 2016).

Destaco novamente a Unidade de Neutropénia, pelo facto de prestar cuidados ao doente do foro hematológico com neutropénia, por apresentar um elevado risco de infeção, dado o seu contexto fisiopatológico e/ou ao tratamento submetido. Elaborei planos de cuidados tendo em vista a prevenção e controlo de infeção, e considerando, designadamente, a condição física da unidade de isolamento, os circuitos estabelecidos na prestação de cuidados, os princípios da assepsia durante os procedimentos, o ensino à família/cuidador durante as visitas e a monitorização do meio ambiente.

A administração da terapêutica também requer a máxima segurança, portanto, durante a prática, a preparação e administração da mesma foi realizada em parceria com o tutor. Deste modo, confirmava a prescrição médica, a identificação do doente, o nome do medicamento, a dose, a via de administração e à hora certa, para além da permeabilidade do cateter. Quando surgiam dúvidas recorri à pesquisa bibliográfica e ao diálogo com o tutor e/ou restante equipa de forma a evitar o erro. Aquando da administração da medicação ao doente, informava o motivo de administração do fármaco e os possíveis efeitos secundários.

Tendo em conta a diversidade e urgência/emergência dos cuidados no contexto do SU, na equipa de enfermagem existe um elemento responsável por garantir a operacionalidade da sala de emergência, sendo geralmente o enfermeiro especialista que se encarrega pela verificação da funcionalidade dos equipamentos e reposição dos materiais no início de cada turno e após a sua utilização. Em ambos os contextos de SU e UCIP tive a oportunidade de manipular os equipamentos com os quais tinha menos destreza, particularmente os desfibriladores e ventiladores, contribuindo para a sua adequada operacionalização.

Em todos os serviços aplica-se o Processo de Enfermagem a todos os doentes. Este sustenta a prática do enfermeiro e consiste na “história” do doente, desde a admissão, com a avaliação inicial, o elaborar de diagnósticos baseados nos focos de atenção do enfermeiro, planeamento de intervenções e posterior implementação e avaliação, contribuindo deste modo para a individualização e qualidade dos cuidados.

Segundo Toney-Butler e Thayer (2021), o Processo de Enfermagem é definido como uma abordagem sistemática para o cuidado usando os princípios fundamentais do pensamento crítico, abordagens centradas no doente para o tratamento, funções orientadas a objetivos, recomendações de práticas baseadas em evidência. Corroborando, Doenges, Moorhouse e Murr (2010) o Processo de Enfermagem estabelece todas as habilidades do

pensamento crítico para adequar os cuidados de enfermagem a partir de um método ativo de resolução de problemas dinâmico e cíclico. Os mesmos autores referem ainda que o uso de uma linguagem padronizada e comum no Processo de Enfermagem favorece a precisão diagnóstica e garante a continuidade apropriada dos cuidados de enfermagem de alta qualidade para o doente. Tal é o caso da linguagem CIPE utilizada nos contextos da prática clínica, e, em sistema informático implementado pelo SESARAM. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é referida como uma “terminologia resultante de consensos que representa o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de enfermagem), bem como as ações empreendidas para resolver os problemas de saúde (intervenções de enfermagem)” (*International Council of Nurses*, 2015, p. 13), contribuindo para a continuidade dos cuidados.

Para Fernandes e Tareco (2016), os registos de enfermagem refletem os cuidados prestados ao doente crítico, permitindo uma análise e avaliação dos cuidados de enfermagem com vista à autonomia e responsabilização dos enfermeiros para uma prática clínica segura e de qualidade.

Neste percurso de aprendizagem clínica tive a possibilidade de desenvolver capacidades ao nível do processo de enfermagem, particularmente, à pessoa em situação crítica. Durante a admissão realizei avaliação inicial ao doente, e através de informações obtidas da família/cuidador, formulei diagnósticos e intervenções de enfermagem, bem como a sua aplicação e observação dos resultados, a reavaliação e registo dos mesmos, assegurando a continuidade de cuidados, e contribuindo para a qualidade e segurança dos mesmos. Na UCIP o registo dos parâmetros vitais é efetuado em documento próprio, sendo este um registo pormenorizado. Inclui o registo de parâmetros ventilatórios, função hemodinâmica, avaliação neurológica, avaliação metabólica, eliminação, medidas farmacológicas e não farmacológicas, balanço hídrico, terapêutica ajustada, registo de dispositivos e feridas, data de continuidade de cuidados à ferida e troca de dispositivos invasivos, bem como, o registo da dor utilizando a *Behavioral Pain Scale* e registo das escalas de Braden e de Morse.

Este documento permite a recolha de dados organizados, pois patenteia o doente nas vinte e quatro horas. Considero que a minha adaptação a este registo pormenorizado se fez de forma gradual, bem como, reconhecendo a sua importância, pois o registo de enfermagem para além de ser essencial no exercício profissional, permite também uma análise crítica do trabalho realizado, e contribui para a continuidade de cuidados. Deste modo, reitero que assegurei a continuidade dos cuidados através da realização de registos de

enfermagem pertinentes e concisos, em formato papel e informático, adequando-me aos registos realizados nos diferentes contextos de aprendizagem clínica.

Quando o doente é transferido para outro serviço ou tem alta a informação em suporte informático é encaminhada para os serviços pertencentes ao SESARAM, de acordo com o serviço recetor. Os relatórios de enfermagem aquando da alta ou transferência do doente, bem como, o contacto telefónico para o serviço ou instituições recetoras são indispensáveis, de modo a referenciar as situações problemáticas identificadas para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados, promovendo assim, uma vez mais, a continuidade de cuidados.

De acordo com a Norma nº 001/2017 da DGS, a qualidade na transição dos cuidados de saúde é fundamental na segurança do doente e depende da comunicação eficaz na transferência de informação devendo a mesma fazer-se de forma escrita e utilizando a mnemónica ISBAR, um auxiliar de memória que permite de forma simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que “I” corresponde à identificação (identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação), “S” à situação atual (descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde), “B” aos antecedentes (descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes), “A” a avaliação (informações sobre o estado clínico do doente, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações do estado de saúde) e “R” às recomendações (descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente). Nesta Norma define-se transmissão de informação como a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados” (p. 4) e refere-se que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde consiste na “transmissão de informação (...) que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p. 4).

Além disso, ainda na mesma Norma nº 001/2017 da DGS, lê-se que “a qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade” (p. 5). Considero que o conhecimento desta Norma e a sua aplicação como instrumento de transição de cuidados foi facilitadora permitindo a transmissão completa e segura de informação.

Neste percurso formativo, particularmente na UCIP e Unidade de Neutropénia, averigui que o método de trabalho utilizado foi o de enfermeiro responsável, o que vai ao

encontro da minha atividade profissional. Deste modo, quando o enfermeiro se encontra de serviço fica responsável pelos cuidados ao doente, contribuindo para a continuidade de cuidados baseado num conhecimento mais abrangente do mesmo, nomeadamente, no cuidar a pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e proporcionando uma maior confiança e segurança à pessoa e família/cuidador. Durante este percurso, dei seguimento aos doentes de referência dos tutores, e apercebi-me da continuidade de cuidados que sucede através deste método de trabalho, obtendo uma noção completa da pessoa em situação crítica e das suas particularidades. Assim, este método de trabalho possibilitou identificar a evolução dos cuidados de enfermagem em relação aos resultados e ganhos em saúde, garantiu a continuidade de cuidados, permitiu o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria de qualidade.

Perante as reflexões supracitadas, considero que desenvolvi as unidades de competências: ***promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo e participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.***

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, pretende-se também que o enfermeiro especialista em EMC seja responsável por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formador de acordo com as necessidades formativas identificadas, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências, assumindo-se deste modo, como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Nesta linha e decorrente da observação relativa à avaliação da dor em contexto de urgência, constatei que o enfermeiro triador avalia a dor através da utilização da escala numérica. Averigui que o enfermeiro deve ser persistente na avaliação da intensidade da dor informando ao doente a escala de acordo com a Circular Normativa nº 9/DGCG de modo a que este possa estabelecer a intensidade da sua própria dor. Também constatei que os doentes do foro oncológico e hematológico recorrem ao serviço de urgência muitas vezes por descontrolo de sintomas como vómitos, dor e/ou febre, o, que muitas vezes pode agravar a situação clínica do doente ou refletir um agravamento do seu estado, não existindo um encaminhamento apropriado, ou seja, um protocolo de intervenção para dar resposta em tempo útil e adequada a estes doentes. Deste modo, surgiu a oportunidade de realizar uma sessão formativa no SU de modo a sensibilizar a equipa sobre a avaliação da dor oncológica tendo em consideração os parâmetros: história de dor, exame físico, descrição das

características de dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência), formas de comunicar a dor e expressões de dor, fatores de alívio e de agravamento, implicações da dor nas atividades de vida, conhecimento acerca da doença, sintomas associados, impacto emocional, sócio-económico e espiritual da dor e resposta à terapêutica, de forma a verificar o efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas mediante a implementação de linhas orientadoras de boas práticas. Também pude alertar de uma maneira geral sobre as emergências oncológicas que podem surgir, uma vez que se enquadrava na área de opção, particularmente, ao doente hematológico com neutropénia. Com esta atividade pretendi contribuir, no sentido de potenciar capacidades da equipa de enfermagem, alertando para estas situações reais, tendo em vista a mudança de atitudes, ganhos em saúde para o doente e agindo também em conformidade com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Deste modo, esta prática com base na análise crítico-reflexiva permitiu-me o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade de acordo com as unidades de competência *mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; avalia a qualidade das práticas clínicas e planeia programas de melhoria contínua* de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Considero que neste domínio, da melhoria contínua da qualidade, desenvolvi um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolvi práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e assegurei um ambiente terapêutico e seguro.

### 1.1.3. Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados constitui o domínio que explicita que o enfermeiro especialista gere os cuidados otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, adapta a liderança e a gestão dos recursos, face às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, de acordo com o Regulamento nº 140/2019. Este domínio é fundamental, uma vez que, a gestão está implícita nos cuidados de diversas formas, potenciando a qualidade dos mesmos.

Neste contexto, o enfermeiro especialista, na procura contínua da excelência do exercício profissional, assegura a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica são elementos

importantes face à organização dos cuidados de enfermagem especializados, entre outros: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado, bem como, de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados dessas intervenções e ainda, a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica; a satisfação dos enfermeiros especialistas relativamente à qualidade do exercício profissional; a dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade; a revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica e a existência de um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas.

Nesta linha, torna-se relevante desenvolver estratégias e competências que permitam a adequada gestão dos cuidados, fomentando a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar. A reflexão sobre a gestão de cuidados deverá ser sustentada pela identificação de necessidades e planeamento de cuidados à pessoa e família/cuidador em situação crítica, assumindo como papel importante do enfermeiro especialista a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas como nos refere o Regulamento nº 140/2019.

Neste percurso de aprendizagem clínica senti necessidade de desenvolver capacidades ao nível do estabelecimento de prioridades de cuidados, nomeadamente, no cuidado à pessoa em situação crítica, de modo a proporcionar cuidados seguros e de qualidade. Deste modo, o meu cuidado baseava-se numa observação pormenorizada ao doente que estava à minha responsabilidade de forma a cumprir uma avaliação sistemática priorizando os cuidados de acordo com as suas necessidades de resposta.

Apercebi-me que trabalhar no SU exige tais competências, mais propriamente na sala de emergência, onde os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e diferenciadas. Nesta sala, a equipa de enfermagem funciona com

três enfermeiros com funções pré-definidas e designados de elemento A, B e C que são atempadamente definidas e afixadas no plano de trabalho diário. O elemento A assume o papel de líder, que tem como função gerir a equipa e os cuidados consoante as prioridades emergentes e de acordo com as funções de cada enfermeiro. Verificou-se que o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, assume o papel de líder.

Para Aehlert (2013), o *team leader* é o responsável pela orientação da equipa, pois, em situações de emergência é fulcral o trabalho em equipa, e que cada elemento deve saber quais são as suas responsabilidades e ser capaz de prever as instruções, assumindo o *team leader* uma posição de observador (“hands off”) para ver e orientar todas as tarefas. No entanto, averigui durante a aprendizagem clínica que o líder não adota uma posição de observador como o autor supracitado refere, pois, tive a oportunidade de experimentar esta prática em parceria com a enfermeira tutora e especialista em EMC, assumindo, deste modo, o estilo de liderança adequado à situação, garantindo a permeabilidade da via aérea com estabilização da coluna cervical, bem como, assegurando a avaliação e resolução de problemas, através da mnemónica ABCDE, reconhecendo os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, cooperando para a estabilidade do doente. Sendo assim, desenvolvi a unidade de competência ***adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.***

De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), no artigo 83.º, do direito ao cuidado, o enfermeiro assume o dever de “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (p.69). Neste âmbito, o enfermeiro especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando também o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Considero que este percurso de aprendizagem clínica, nos diversos contextos, tornou-me mais competente no que concerne à gestão dos cuidados da pessoa e família/cuidador em situação crítica. Averigui que o atendimento à pessoa em situação crítica deverá ser suportado por uma gestão dos cuidados que beneficie a qualidade dos mesmos, adequando os recursos às necessidades do doente. Isto implica a necessidade de operacionalizar a funcionalidade de todos os recursos humanos, materiais e equipamentos.

De facto, Azevedo, Scarparo e Chaves (2013), comprovaram no seu estudo de investigação qualitativo, que a prestação de cuidados e a gestão de recursos são dimensões associadas aos cuidados de enfermagem. Os mesmos autores identificaram ainda que os

cuidados deverão ser suportados pelas necessidades de saúde das pessoas, e que deverão utilizar conhecimentos específicos referentes à previsão de recursos materiais e humanos, assim como, implementar o funcionamento de uma equipa de forma organizada e sistematizada no cuidar holístico.

O enfermeiro especialista também otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, supervisiona as tarefas delegadas, bem como, otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. Pude verificar que no SU (sala de observação e sala de cuidados especiais), UCIP e na Unidade de Neutropénia, onde se encontram os doentes com necessidades de monitorização e vigilância contínua, estes ficam atribuídos ao enfermeiro especialista em EMC.

Nesta linha, o enfermeiro especialista também disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa, colabora nas decisões da equipa de saúde, orienta a decisão relativa às tarefas a delegar, avalia a execução das tarefas delegadas, implementa métodos de organização do trabalho adequados, coordena a equipa de prestação de cuidados e utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade, tal como é referido no Regulamento n°140/2019.

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista é responsável pela gestão dos cuidados, assumindo muitas vezes, a função de responsável de turno e, deste modo a resolução de questões burocráticas inerentes ao serviço. Assim, pude compreender o papel do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados, na gestão dos recursos humanos, materiais, equipamentos e pedidos de medicação extra-formulário à farmácia.

Durante o percurso formativo, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, foi baseada no estabelecimento de prioridades, prevendo e detetando precocemente os focos de instabilidade de modo a dar resposta em tempo útil e adequado. A gestão dos cuidados envolve tomadas de decisão, demanda experiência, conhecimentos baseados na evidência científica, assim como o respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Todos estes aspetos, resultantes da articulação com a equipa de saúde nos vários contextos de aprendizagem clínica, constituíram um grande desafio, de discussão e reflexão, de fundamentação que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e deste modo colaborar nas decisões da equipa. Sendo assim, desenvolvi a unidade de competência, ***otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão***, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

A pessoa em situação crítica necessita de cuidados diferenciados e de vigilância contínua, o que me leva a pronunciar sobre dotações e rácios de enfermeiros, no que



concerne à gestão desses cuidados garantindo a qualidade dos mesmos. Deste modo, é de referir que se encontra em vigor o Regulamento da Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, Regulamento n° 743/2019, o qual explica que

a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (p. 128).

Ainda o mesmo Regulamento explica que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar. Esta Norma representa um instrumento de apoio à gestão, cabendo aos enfermeiros o cálculo das dotações seguras e avaliação do seu cumprimento. Igualmente tem em consideração o exercício profissional da Enfermagem, assim como o número de enfermeiros e de enfermeiros especialistas, numa perspetiva de desenvolvimento da profissão de modo a obter ganhos na segurança e qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

O Parecer n° 15/2018 da OE informa que ao nível das dotações seguras nas UCI's, é preconizada uma taxa de 50% dos Enfermeiros especialistas em EMC à Pessoa em Situação Crítica, o que ainda não corresponde à UCIP do HNM.

Neste contexto, no âmbito da gestão de cuidados, na UCIP do HNM, é utilizado como instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28) realizado pelo enfermeiro chefe de equipa e no turno da noite. Segundo Canabarro et al. (2013) cada ponto do TISS-28 equivale a 10,6 minutos do tempo disponível para as intervenções de enfermagem relacionadas com o cuidado direto ao doente, onde cada profissional só deve prestar cuidados no total de 46 pontos num turno de oito horas.

Durante esta prática clínica colaborei com o enfermeiro chefe da equipa da UCIP, na qual me integrei, no preenchimento do *scoring* TISS-28, e averigui a necessidade de atribuir dois doentes para um enfermeiro; no entanto, nestas situações, o enfermeiro chefe tem em consideração a atribuição dos doentes que apresentam menor valor de TISS-28, de modo a assegurar a qualidade dos cuidados e a carga de trabalho do enfermeiro.

Contudo, através da pesquisa pude constatar a existência de um instrumento para a avaliação do trabalho de enfermagem e conseqüentemente para a distribuição dos enfermeiros denominada *Nursing Activities Score* (NAS). Este resulta de um estudo de revisão sistemática realizado por Severino et al. (2010), que mencionam o NAS como índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem numa UCI, tendo este instrumento

resultado de uma revisão e atualização do TISS-28 em 2003 realizados por Miranda e Colaboradores.

Deste modo, Severino et al. (2010) citando Miranda et al. (2003), referem que o NAS baseia-se na duração real das atividades de enfermagem autónomas e interdependentes, independentemente da gravidade da doença dos doentes. Mencionam as cinco categorias adicionadas (monitorização e controles, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares e doentes e atividades administrativas e de gestão). Ainda na mesma revisão sistemática os autores referem que os fatores associados ao aumento da carga de trabalho de enfermagem, avaliada pelo NAS, são a gravidade, a duração do internamento, necessidade de intervenções terapêuticas e aumento do risco de mortalidade, e, que apresenta sensibilidade de 80,8% na avaliação das atividades de Enfermagem, superando a abrangência do TISS-28 que contempla apenas 43,3%.

Nesta perspetiva, e indo ao encontro do Regulamento nº 743/2019, torna-se necessária a adequação dos recursos e o reconhecimento dos recursos existentes, de forma a avaliar a sua utilização e dar resposta adequada às necessidades de saúde. No que concerne ao Serviço de Urgência é referido no mesmo Regulamento que no caso da triagem de prioridades nas urgências de adultos, este posto seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, bem como os enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, é recomendado que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC à pessoa em situação crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas.

É de salientar que no SU, propriamente na sala de observação que tem a capacidade de oito camas e, ainda a sala de isolamento com uma cama, são destacados dois enfermeiros, sendo um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na sala de cuidados especiais que tem a capacidade de duas camas é destacado um enfermeiro especialista em EMC. Em relação à Unidade de Neutropénia que tem a capacidade de cinco camas são destacados dois enfermeiros, sendo um deles enfermeiro especialista em EMC.

Considero que a observação e participação direta em diferentes equipas, com métodos e formas de trabalho diferentes permitiu-me estar alerta para aspetos relacionados com a eficácia na gestão, adequação de recursos humanos e materiais, bem como, a satisfação dos profissionais no sentido de assegurar a qualidade e segurança dos cuidados.

No estudo RN4CAST em Portugal elaborado por Jesus et al. (2015) é mencionada a qualidade como um elemento crucial no processo de prestação de cuidados de saúde, onde

o ambiente da prática poderá ser uma variável determinante na atuação multidisciplinar que caracteriza a prestação de cuidados de saúde.

O mesmo estudo aponta que

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

Aiken et al. (2012), citados por Jesus et al., mencionam que o investimento no reforço das dotações tornar-se-á tanto mais eficiente e efetivo, na medida em que os ambientes de prática forem mais favoráveis.

A gestão dos cuidados é transversal à prestação dos mesmos por todos os enfermeiros, contudo, as competências adquiridas neste domínio enriquecem o enfermeiro especialista. Considero que desenvolvi competências na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia e qualidade dos cuidados.

#### 1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A consciência profissional que decorre dos diversos desafios do quotidiano corrobora a necessidade da construção de saberes, novas aprendizagens e um aprimorar de competências. É senso comum afirmar que “estamos sempre a aprender” ou que o “saber não ocupa lugar”. Efetivamente, a aprendizagem tem um papel fundamental no desenvolvimento e na construção de uma identidade ao nível da ciência e da disciplina de Enfermagem.

Nesta linha, e de acordo com o Regulamento do Perfil das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, Regulamento nº 190/2015, referente ao domínio do desenvolvimento profissional, o enfermeiro tem o dever de contribuir para a valorização profissional, bem como para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e desenvolver processos de formação contínua, assumindo, deste modo, a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências.

Como já referido, a formação na área em EMC à pessoa em situação crítica, surgiu como uma necessidade de desenvolvimento decorrente da vida profissional e como consequência do avanço tecnológico e científico nesta área, tendo como objetivo, garantir a máxima qualidade dos cuidados. Nesse sentido, dando ênfase à formação contínua e para

que a minha praxis clínica se baseie em padrões de conhecimento sólidos e válidos, adotei estratégias que me permitiram o aprofundamento de saberes, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados no cuidado à pessoa em situação crítica.

Deste modo, aprofundei a minha aprendizagem profissional partindo da unidade de competência, *detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro*, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Dias, em 2004, referia que o processo de desenvolvimento de competências:

é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber-Transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho (p. 58).

Na mesma linha de pensamento Leonello e Oliveira (2007), mencionam que a construção de uma prática profissional não depende somente da aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também de atitudes pessoais e relacionais que visam a construção de um projeto comum para a transformação da realidade em saúde.

A prestação de cuidados de enfermagem especializadas nos ensinamentos clínicos permitiu-me ter contacto com outras realidades, devido à diversidade e complexidade, pelo que foi necessária uma constante pesquisa e validação de conhecimentos. Durante este percurso existiram situações emergentes, geradoras de *stress*, permitindo-me aprender a atuar sob pressão, de modo a gerir também as minhas emoções e sentimentos, tentando manter a calma e implementar intervenções de enfermagem adaptadas às necessidades de resposta da pessoa em situação crítica, de uma forma pronta e antecipatória, e, através dos resultados obtidos, pude adquirir mais segurança e confiança. É de realçar que a reflexão crítica e a supervisão por parte de enfermeiros especialistas foram determinantes para a minha aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo assim, adquirir competências de forma autónoma no cuidar da pessoa em situação crítica.

Para Simões (2006), o ensino teórico satisfaz as necessidades cognitivas necessárias para o processo de enfermagem, no entanto, só com a aprendizagem experiencial é que se promove a integração e transformação do conhecimento. Corroborando, Jorge (2011) refere que cabe a cada enfermeiro, no contexto da sua prática, assumir o compromisso da autoformação, refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nesta linha, Cunha, Vieira e Macedo (2017) referem que embora a formação seja importante para o desenvolvimento de competências, o estágio clínico torna-se crucial para a formação e construção de identidade profissional. Isto vai ao encontro com a OE (2018), que menciona que o ensino clínico constitui uma componente fundamental para o desenvolvimento da identidade profissional de cada estudante, e em simultâneo para o desenvolvimento de competências que habilitam ao exercício da profissão.

No contexto de ensino clínico, propriamente na UCIP onde existe a mais diferenciada tecnologia e protocolos terapêuticos complexos de recurso à situação crítica em que a pessoa se encontra, foi necessário aprofundar conhecimentos sobre os diversos meios de intervenção terapêutica e tecnológicos. Através do contato direto com doentes com necessidades de monitorização invasiva, de ventilação mecânica invasiva (VMI), de técnica dialítica, de realizar oxigenação por membrana extracorporeal, intervenções terapêuticas complexas, o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, bem como o controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, proporcionou o desenvolvimento de competências específicas em EMC, no cuidado à pessoa em situação crítica. Desde o conhecimento do funcionamento dos dispositivos, à sua utilização, vigilância, e principalmente à observação dos sinais e sintomas que os mesmos podem provocar na pessoa em situação crítica, bem como os resultados obtidos, contribuíram para uma reflexão crítica, sendo fundamentais neste processo formativo.

Nesse sentido, e integrado no Ensino Clínico II (Cuidados Intensivos) foi-me proposta a realização de um processo de enfermagem fundamentado o qual desenvolvi no âmbito da pessoa em situação crítica com hemorragia subaracnoídea devido a rutura de aneurisma cerebral, e que foi apresentado na EESJC e discutido com a docente responsável e com os colegas de curso, contribuindo assim, para uma oportunidade de aprendizagem, através da análise crítico-reflexiva de uma situação clínica real, na qual fui capaz de demonstrar conhecimentos e prestar cuidados de enfermagem especializados e individualizados à pessoa em situação crítica, a partir da identificação dos focos de atenção, planeamento e implementação de intervenções de enfermagem específicas e individualizadas, bem como, assegurando a continuidade de cuidados através dos registos adequados.

Ferreira de Almeida, citado por Bártolo (2007), refere que a autoformação surge quando existe reflexão da ação, isto é, um processo formativo que facilita o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática profissional. Pires (2002), citado pelo mesmo

autor, salienta que é através de um trabalho de reflexão sobre as nossas ações que aprendemos e tornamo-nos mais eficazes e competentes.

Aquando da passagem pela Unidade de Neutropénia reconheci os sinais, sintomas, alterações físicas e emocionais que o doente do foro hematológico apresenta, bem como, o tratamento adequado e as complicações inerentes à sua situação clínica, de modo a minimizar ou aliviá-las. Tive oportunidade de assistir e colaborar nas intervenções de enfermagem aquando da administração de quimioterapia, estando convicta das intervenções e vigilância necessária, e de todo o processo ao qual o doente é submetido, maximizando os cuidados antes, durante e pós-intervenção atendendo sempre à prevenção de complicações, à prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, bem como, à diminuição do sofrimento da pessoa e família/cuidador e promoção do seu conforto e bem-estar. Nesse sentido, após uma avaliação inicial, identifiquei focos de atenção necessários para responder às reais necessidades do doente. Posteriormente à identificação de diagnósticos foram implementadas intervenções de enfermagem segundo um plano de cuidados individualizado e adequado ao doente do foro hematológico com neutropénia.

Destaco igualmente a pesquisa sobre a missão do SU, da UCIP e da Unidade de Neutropénia, bem como o papel da equipa de enfermagem e do enfermeiro especialista em EMC, conceitos de fisiopatologia diversos, cuidados de enfermagem especializados ao doente emergente, neurocrítico, cirúrgico e ao doente hematológico com neutropénia, sendo fundamentais neste percurso formativo.

Pude também participar nas Jornadas de Enfermagem “Cuidar o Doente Crítico” nos dias 11,12 e 13 de outubro de 2018, no Funchal, contribuindo deste modo para o desenvolvimento autónomo de competências.

Neste percurso a pesquisa bibliográfica esteve sempre presente, de forma a clarificar conceitos, adquirir conhecimentos e saber aplicá-los. Sendo assim, contribuiu para desenvolver as unidades de competência ***responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; suporta a prática clínica em evidência científica e promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho***, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Contudo, durante a aprendizagem clínica também surgiram situações de aprendizagem mais desafiadoras, como a comunicação com o doente ventilado e acordado.

De facto, a comunicação entre o enfermeiro e o doente sempre foi um desafio em contexto de UCI, onde os doentes estão restringidos pela intubação, sedação e pela própria doença crítica, impedindo trocas verbais e não-verbais (Mortensen et al., 2019).

No sentido de minimizar este desafio, discuti esta situação com alguns colegas da equipa e, deste modo, através da reflexão, analisamos as possíveis estratégias mais utilizadas pela equipa, como por exemplo, o recurso à linguagem gestual ou escrita.

Segundo a CIPE (ICN, 2015) a comunicação é definida 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” (p.47). Neste contexto, a comunicação e a sua compreensão é sem dúvida fundamental na relação entre o profissional e o doente, podendo levar a resultados positivos no evoluir da situação clínica do doente, ajudando-o a superar a vulnerabilidade, promovendo o seu bem-estar e conforto. Considero que este aspeto foi um processo gradual ao longo da aprendizagem clínica, sinto que consegui ultrapassar as dificuldades através da implementação de estratégias simples, como a linguagem gestual e escrita.

Já em 2012, Alves menciona que a disponibilidade do enfermeiro é essencial para que possa perceber a mensagem que o cliente transmite e sublinha que a presença de um familiar que atue como elo de ligação entre o enfermeiro e o cliente e toda a equipe de cuidados intensivos é considerada como fator facilitador da comunicação. Considera-se que a comunicação é um instrumento fundamental na relação do enfermeiro com o doente e com a família, proporcionando uma relação terapêutica. Nesta linha, durante este percurso de aprendizagem clínica tive em conta o modo como fornecia informações, como realizava os ensinamentos, respeitando os diferentes estatutos sociais e culturais da pessoa e família/cuidador. Considero que aprimorei capacidades a nível do saber-estar, da relação interpessoal e estabeleci uma relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador em situação crítica.

Desenvolvi assim, a unidade de competência, ***gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional***, de acordo com o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista.

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais é um domínio fundamental para o enfermeiro especialista proporcionando ferramentas que potenciam os seus cuidados, atuando e orientando os elementos da sua equipa e deste modo, representa um elemento de referência.

Em todos os contextos de prática clínica, dada a diversidade e complexidade das experiências vivenciadas, todas foram fundamentais para a aquisição de competências

comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC. Neste âmbito, a componente teórica, prática e as reflexões críticas elaboradas segundo o ciclo de GIBS contribuíram na formação e a sua consequente aplicação na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e, deste modo, assegurando práticas seguras e de qualidade.

Perante o supracitado considero que neste domínio, das aprendizagens profissionais, desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, baseando a praxis clínica especializada em evidência científica.

Assim, no sentido de demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, descritas no Regulamento nº 429/2018, passo ao próximo subcapítulo, através da análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas no contexto de Urgência.

## **1.2. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica em contexto de urgência**

A Unidade Curricular de Estágio I – Urgência constituiu o primeiro campo de estágio dos três módulos que desenvolvi, preconizado pelo plano de estudos do CMEMC e contemplou um total de 250 horas distribuídas por 140 horas de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do aluno. Teve como objetivo prestar cuidados de enfermagem especializados, à pessoa em situação crítica, no contexto do Serviço de Urgência do HNM.

De acordo com a descrição das características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de pontos de Rede de Urgência, o Serviço de Urgência do HNM é, quanto aos níveis de responsabilidade e localização considerado um Serviço de Urgência Polivalente (Ministério da Saúde, 2014).

Segundo os critérios do Despacho nº 10319/2014, artigo 5.º, o Serviço de Urgência Polivalente é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e oferece resposta de proximidade à população da sua área, como é o caso do SU do HNM.

Deste modo, são definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos do SU, no sentido, de responder ao doente urgente e emergente, e é definida a formação dos profissionais da Rede de Serviços de Urgência.

Para Oliveira et al. (2014), os serviços de urgência (emergência) estão vocacionados para a assistência imediata a pessoas com risco iminente de vida, garantindo uma primeira abordagem qualificada e eficaz.



Assim, o Serviço de Urgência Polivalente do HNM, situado no andar técnico do edifício, dá resposta ao que preconizam os autores supracitados no parágrafo anterior.

Neste contexto, estes doentes exigem dos profissionais saberes diferenciados e complexos, e, permitiu-me, assim, desenvolver competências de enfermeira especialista em EMC à pessoa em situação crítica, de modo a prestar cuidados especializados, facilitando a integração de novos conhecimentos, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados.

Portanto, o SU do HNM assiste a todas as pessoas encaminhadas dos Serviços de Internamento, Lares, Serviço de Atendimento Urgente, ou socorridas pelas Corporações de Bombeiros, Cruz Vermelha e Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), e ainda, todas aquelas que se dirigem ao mesmo pelos seus próprios meios. O SU do HNM articula-se com o Sistema de Assistência Pré-hospitalar da RAM através de contato telefónico direto com o Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC) ou com a EMIR. Este primeiro contacto tem como objetivo informar os dados clínicos do doente que se encontra a ser transportado para o SU.

O SU do HNM abrange quatro áreas distintas: área médica, área cirúrgica, área ortopédica e área obstétrica, sendo esta localizada no quarto andar junto ao serviço de obstetrícia e bloco de partos, uma vez que, todas as pessoas com queixas do foro ginecológico/obstétrico são frequentemente encaminhadas para este serviço específico diretamente da triagem. A urgência pediátrica funciona de modo independente da chamada urgência geral e assiste a pessoas com menos de 18 anos.

A localização do SU do HNM é no mesmo andar da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e usufrui do apoio permanente do serviço de imagiologia equipado com Raio-X, Tomografia Axial Computorizada (TAC) e ecografia. O acesso ao bloco operatório, localizado no andar superior, faz-se com recurso ao elevador, sendo este o acesso prioritário e realizado por um sistema de “chamada de urgência” de uso autónomo pela equipa multidisciplinar.

Segundo Pedreira et al. (2014) a proximidade do bloco operatório, da imagiologia e da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) contribui para a segurança do transporte, minimizando os seus riscos, por encurtamento do tempo fora da unidade. Isto vai ao encontro com o SU do HNM, contribuindo, deste modo, para a segurança do transporte.

O SU possui relação privilegiada com outros serviços, particularmente, Hemoterapia, Patologia Clínica, UCIP, Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, Bloco Operatório, Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários e Serviço de Hemodinâmica.

De acordo com os critérios do Despacho nº 10319/2014, artigo 20º, os Serviços de Urgência devem incluir também área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares.

Deste modo, o SU do HNM dá resposta a esta diretiva ramificando-se em áreas principais de serviços de acordo com as necessidades específicas e circuito de gestão de doentes, denominadas por: secretaria, acolhimento/sala de espera, gabinete de triagem, quatro boxes de atendimento médico, sala de tratamento, sala de recuperação, sala aberta, sala de pequena cirurgia, sala de cirurgia, sala de ortopedia, sala de observação, sala de isolamento, sala de cuidados especiais, sala de emergência e imagiologia.

A equipa do SU do HNM é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistente social, administrativos e assistentes operacionais. Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por aproximadamente 79 elementos, estando distribuídos por cinco equipas. Em cada equipa existem pelo menos dois elementos com especialidade em EMC, existindo também as especialidades de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermagem de Reabilitação. A equipa médica é constituída por elementos da especialidade de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia que se encontram de serviço 24horas. As outras especialidades encontram-se em regime de prevenção, atuando sempre que solicitado.

A metodologia de trabalho do enfermeiro é por posto de trabalho, ou seja, cada elemento da equipa de enfermagem fica responsável pelos cuidados prestados numa área específica que lhe é atribuída pelo Enfermeiro Chefe de equipa, com exceção da sala de observação (SO) e sala de cuidados especiais (CE) onde o método de trabalho é por enfermeiro responsável. No início de cada turno é realizada a passagem de turno entre os colegas das salas atribuídas. Contudo, verifiquei que no SU existe uma relação de inter-ajuda e apoio entre os elementos, sobretudo, quando as salas se encontram sobrelotadas e ao imperativo de dar resposta de forma imediata às necessidades dos doentes, tendo em conta a complexidade e diversidade de situações existentes. Destaca-se assim, a necessidade de formação contínua da equipa de enfermagem, de modo a manter os conhecimentos com base na mais recente evidência científica e fundamentais à prestação de cuidados autónomos e interdependentes devido à complexidade e diversidade de situações existentes no SU.

Neste âmbito, pretende-se que o enfermeiro especialista em EMC desempenhe um papel importante na equipa multidisciplinar devido ao seu conhecimento e competências adquiridas, nomeadamente, no cuidado à pessoa e família/cuidador em situação crítica.

Para a aquisição de competências inerentes ao CMEMC e para a realização deste ensino clínico, foi elaborado atempadamente um plano de estágio que englobou objetivos gerais e específicos, assim como, as atividades/estratégias a realizar para os atingir. O plano foi discutido com a docente responsável e com a enfermeira tutora. Assim, pretendeu-se o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, em contexto de Urgência.

Deste modo, os objetivos gerais previamente delineados no plano de estágio foram: integrar e descrever a estrutura e funcionamento do SU, conhecer o circuito da pessoa desde o seu acolhimento ao seu internamento/alta, demonstrar conhecimentos teóricos e práticos, particularmente na realização de técnicas de enfermagem e cuidados específicos face aos diagnósticos da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Neste contexto, refletir acerca da prática, conhecer os protocolos de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, foram fundamentais neste processo de desenvolvimento profissional.

No que concerne ao circuito do doente, poderá referir-se que à entrada do SU, propriamente, no serviço administrativo, o doente ou o acompanhante apresenta a sua identificação, permitindo que o seu processo clínico fique disponível no sistema informático. Posteriormente, o doente passa à sala de triagem onde é avaliado por enfermeiros com formação específica em triagem, utilizando o Sistema de Triagem de Manchester, implementada em Portugal desde o ano 2000. Portanto, a implementação deste sistema de triagem dá resposta à exigência da legislação no Despacho nº 10319/2014, que refere a obrigatoriedade de implementar um sistema de triagem de prioridades nos Serviços de Urgência que permita distinguir graus de prioridade, de modo que se exerçam critérios pré-estabelecidos de tempo até à observação de acordo com cada prioridade clínica de cada doente. Do mesmo modo, a Norma nº 002/2018 da DGS sobre os sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata refere que os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de Triagem de Manchester.

Este sistema consiste na versão digital de um manual, designado “Triagem no Serviço de Urgência”, o qual pode consultar e deste modo, perceber a sua utilização, no momento da triagem. Assim, o estágio no SU iniciou-se no gabinete de triagem e em parceria com o enfermeiro triador, sendo neste local onde se realiza a primeira abordagem à pessoa.

De acordo com a Norma nº 002/2018

a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do SU, dado o afluxo significativo de pessoas nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança (p.23).

Para Monahan et al. (2010), o conceito triagem, é entendido como “escolher ou separar”, permitindo identificar os doentes graves como prioritários nos cuidados de saúde.

O Sistema de Triagem de Manchester consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o respetivo fluxograma de decisão (existem 52 que abrangem diferentes situações clínicas possíveis). A utilização deste sistema classifica o doente numa de cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial: os doentes triados com a prioridade emergente (cor vermelha = 0 minutos) são imediatamente encaminhados para a sala de emergência, denominada de sala zero, que tem dotação para duas pessoas. Os doentes com prioridade muito urgente (cor laranja = 10 minutos) são encaminhados pontualmente também para a sala de emergência ou aguardam nas áreas de especialidade. Os doentes com prioridade urgente (cor amarela = 60 minutos), os menos urgentes (cor verde = 120 minutos) e os não urgentes (cor azul = 240 minutos) aguardam observação médica. Esta metodologia tem como objetivo definir o nível de prioridade, identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. O acolhimento e a triagem visam uma abordagem imediata e eficaz de acordo com protocolos de atuação de apoio existentes, garantindo o encaminhamento dos doentes para a área de especialidade e o local de serviço adequados.

A retriagem/reavaliação do doente deve ser realizada sempre que o tempo de espera excede o limite previsto, por iniciativa do profissional de saúde e sempre que a família/acompanhante o solicite (DGS, 2015).

Neste percurso pude constatar que as situações emergentes podem acontecer em qualquer um dos espaços do SU e o cuidado do enfermeiro caracteriza-se pelo estabelecimento de prioridades, considerando a complexidade das situações decorrentes: desde a instabilidade súbita do doente, a sua segurança em relação às quedas, às crises

convulsivas que exigem cuidados imediatos, às paragens cardiorrespiratórias, aos agravamentos inesperados da função respiratória, às hemorragias digestivas altas, entre outras situações que podem surgir.

Neste âmbito, pretende-se que o enfermeiro especialista em EMC desempenhe um papel importante na equipa multidisciplinar, pois, tem como alvo de cuidados a pessoa em situação crítica, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, o qual exige cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total da pessoa, cooperando, deste modo para o funcionamento eficaz do SU e o aumento da qualidade dos cuidados prestados. A tomada de decisão é uma componente importante do exercício de Enfermagem. Uma correta avaliação requer do enfermeiro um processo de análise crítico-reflexiva e assertiva. O enfermeiro deve basear a sua tomada de decisão em conhecimentos de acordo com a evidência científica e experiência pelo que a tomada de decisão se reveste da necessidade de formação especializada.

O SU do HNM tem implementadas quatro Vias Verdes (VV), particularmente as Vias Verdes Coronária (VVC), Acidente Vascular Cerebral (AVC) que se encontram em vigor desde 2010, Trauma em vigor desde 2011 e Sepsis em vigor desde 2009.

De acordo com a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), criada pelo Despacho nº 13377/2011, no relatório elaborado em 2012 afirma que as VV “(...) são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, (...)” (p.22). Refere ainda que cada uma das VV organiza-se num modelo colaborativo entre o SU e diferentes especialidades, em que uma delas é fundamental: Neurologia/Medicina Interna para o AVC, Cardiologia/Cateterismo Cardíaco para a Coronária, Cirurgia Geral para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sepsis (p.22).

Qualquer doente triado com ativação de Via Verde é considerado um doente de categoria emergente, devendo ser observado pelo médico num tempo máximo de 10 minutos. O médico que o observa fará a avaliação do doente e determinará se este mantém via verde ativa ou se esta tem critérios para ser desativada. Após decisão de manter as vias verdes ativas, seguem-se os pedidos de apoio às áreas de especialidade e a discussão do tratamento adequado.

O encaminhamento do doente em Sistema de Via Verde é, geralmente, a sala de emergência para o Trauma e o AVC, a sala de espera para a Sépsis e no caso específico da Via Verde Coronária para a sala de atendimento médico. Durante a prática clínica não surgiu a oportunidade de assistir à ativação da Via Verde Coronária, porém a partir de pesquisa realizada, pude perceber que a dor torácica de causa não traumática é um dos motivos mais frequentes de recurso ao serviço de urgência (Sousa et al., 2012). Perante esta situação, o doente é triado pelo fluxograma - dor torácica com o discriminador de “Dor pré-cordial” e o enfermeiro solicita a realização de eletrocardiograma (ECG) e envia o doente para uma das salas de atendimento médico. Caso haja agravamento do estado do doente com EAM, este é transferido imediatamente da sala de atendimento médico do SU para a Sala de Emergência. Caso seja confirmado enfarte agudo do miocárdio (EAM) o doente permanece na sala de atendimento médico e, é observado pelo cardiologista, assim como, é colocado cateter venoso periférico, com o consentimento informado do doente e realizada toda a preparação para a sua transferência para o Serviço de Hemodinâmica para realização de cateterismo cardíaco com coronariografia. Se for detetada obstrução das artérias coronárias é realizado o tratamento para reperfusão cardíaca, a angioplastia com implantação de *stent*.

De acordo com a Norma nº 015/2017 da DGS, as doenças cérebro-vasculares constituem um importante problema de saúde pública; cerca de um terço dos óbitos que ocorrem nos países são causados por doenças vasculares cardíacas ou cerebrais. A Norma refere ainda que os dados atuais sobre a morbidade e mortalidade a nível mundial, revelam um decréscimo da doença isquémica do coração e AVC mas, apesar desta realidade e sobretudo nos países ocidentais, as doenças vasculares continuam a estar entre as primeiras causas de morte e incapacidade.

Durante este percurso, participei no processo de ativação da Via Verde do AVC, o qual exponho. Trata-se do caso de um doente que não vinha acompanhado pela EMIR, pelo que esta ativação não foi realizada pelo pré-hospitalar. À chegada, o doente foi observado pelo enfermeiro triador: tinha 40 anos, consciente, apresentava alteração da força muscular à direita, desvio da comissura labial, e sem sequelas de prévio AVC. Foi ativada a Via Verde AVC, sendo acionada a equipa médica de Medicina Interna e da Unidade de AVC e os enfermeiros destacados para a sala de emergência. Foi cumprida a abordagem segundo a mnemónica “ABCDE”. O doente foi monitorizado, colocado um acesso venoso periférico nº18, colhido sangue para análises, realizada pesquisa de glicémia capilar e INR, assim como, avaliada a escala neurológica *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) e posteriormente, foi assegurado o transporte do doente junto com o elemento B até ao serviço

de Imagiologia para realização de TAC crânio-encefálica e seguidamente transferido para a Unidade de Acidente Vascular Cerebral para continuidade de cuidados.

Este evento coadjuva-se com o preconizado na Norma nº 015/2017 da DGS que explica que perante a instalação de dificuldade em falar, boca ao lado e falta de força num membro deve suspeitar-se de AVC.

Neste documento pode ler-se que

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

Esta Norma indica que a equipa da Via Verde AVC intra-hospitalar deve incluir um médico de medicina interna ou de neurologia com experiência no diagnóstico e tratamento do AVC, nomeadamente no diagnóstico clínico do AVC e aplicação das escalas neurológicas; na interpretação dos meios complementares de diagnóstico à situação clínica; na decisão terapêutica (fibrinolítica ou endovascular); na prescrição e monitorização de terapêutica fibrinolítica. A equipa deverá contar também com enfermeiros com experiência na abordagem do doente com AVC.

Ferro e Melo (2012) consideram existir sete objetivos na avaliação do doente com AVC na fase aguda e que devem ser considerados em paralelo: confirmar o diagnóstico de AVC; avaliar a estabilidade cardiocirculatória e dos parâmetros fisiológicos; avaliar o tipo e a gravidade do défice neurológico; diferenciar entre AVC hemorrágico e isquémico; identificar os candidatos a trombólise; definir o prognóstico e identificar o mecanismo fisiopatológico mais provável. Relativamente ao tratamento, os mesmos autores defendem que imediatamente após a confirmação do AVC devem ser considerados cinco objetivos fundamentais de tratamento, tais como: manter a estabilidade vital, cardiocirculatória e dos parâmetros fisiológicos; tratar as situações comórbidas que ponham em causa a vida do cliente; reperfundir a área com isquemia; iniciar a terapêutica antitrombótica adequada e prevenir e tratar as complicações precoces.

Assim, os autores supracitados enquadram-se no preconizado nas linhas orientadoras da *American Heart Association/American Stroke Association* (2019), que detalham o atendimento pré-hospitalar, a avaliação de urgência e emergência e tratamento com medicação intravenosa/arterial e, ainda o tratamento hospitalar, incluindo medidas de prevenção secundária que são propriamente instituídas nas primeiras duas semanas.

No que concerne à Via Verde do Trauma, a equipa multidisciplinar destacada para a sua atuação é organizada pelo chefe de equipa médica, internista responsável pela sala de emergência, cirurgião, três enfermeiros (inclui pelo menos um enfermeiro especialista em EMC), previamente destacados pelo enfermeiro chefe de equipa, a qual inicia-se através da ativação da campanha vermelha de som intermitente. Durante a aprendizagem clínica surgiram três ativações de Via Verde do Trauma, não penetrante: fraturas do nariz; fémur e tíbia, causadas por acidentes de viação. Todas as vias verdes foram desativadas após observação médica porque não apresentavam critérios para manter a ativação da mesma. Foi assegurado o alinhamento e imobilização dos doentes vítimas de trauma em plano duro, com colar cervical e imobilizador de cabeça, colocação de aranhas e talas para membros, procedendo-se à transferência e transporte mantendo as mesmas e providenciando as condições para a sua retirada o mais precoce possível, de modo a promover o conforto do doente sem pôr em risco a sua recuperação.

A *Emergency Nurses Association* (2019) refere que o trauma pode ser descrito como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

Segundo o Despacho nº 8977/2017, que visa a criação da Comissão Nacional de Trauma “o trauma constitui um problema com múltiplas implicações, sendo um desafio para muitas sociedades com repercussões sociais e económicas” (p.23038).

De modo a diminuir a morbilidade e mortalidade das pessoas vítimas de trauma é necessário que a abordagem e cuidados prestados a estas vítimas de trauma sejam cada vez mais eficazes (Mattos & Silvério, 2012). Nesta linha, já em 2010, a Norma nº 07/DQS/DQCO da DGS menciona que o trauma requer uma abordagem por prioridades, avaliando, passo a passo, as lesões que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células, na metodologia “problema encontrado = problema resolvido”. A profundidade e a duração da hipoxia tecidual colocam a pessoa em risco de morte ou disfunção multiorgânica. Este risco está presente por lesão direta de órgãos, edema subsequente, lesões que comprometem a via aérea ou as trocas pulmonares, ou ainda choque/hipotensão sustentada e anemia, situações comuns no trauma grave. Mediante o supracitado uma pessoa quando é vítima de trauma é muitas vezes considerada uma pessoa em situação crítica, devido à complexidade da situação, sendo foco de atenção do enfermeiro especialista em EMC.



Assim, após ativação da Via Verde do Trauma é realizada a abordagem primária ao doente traumatizado, com a avaliação da vítima num período inferior a 20 minutos e baseada na mnemónica ABCDE de acordo com a Norma nº 07/DQS/DQCO da DGS (2010). Esta abordagem foi trabalhada em aulas teóricas e práticas da unidade curricular de Urgência e Emergência do CMEMC, designando-se como: **A** - Via aérea com imobilização da coluna cervical; **B** – Ventilação e Oxigenação; **C** – Circulação (Suporte Cardiovascular) com controlo de hemorragia; **D** - Disfunção neurológica; **E** – Exposição evitando a hipotermia. Esta avaliação permite identificar, corrigir e estabilizar situações que colocam a vítima em risco imediato de vida. São também recomendados pela mesma Circular Normativa, adjuvantes da avaliação inicial, como a monitorização da frequência respiratória, oximetria de pulso, dióxido de carbono expirado em doentes ventilados, eletrocardiograma, frequência cardíaca, tensão arterial, gasometria, temperatura, débito urinário, monitorização da lactato sérico e a colheita de sangue para rotinas. Após a avaliação primária e estabilização, deve iniciar-se o processo de avaliação secundária, da cabeça aos pés, incluindo áreas como o escalpe, crânio, pescoço, dorso e períneo (DGS, 2010).

O protocolo na abordagem ao doente crítico sinalizado pela Via Verde do Trauma preconiza cinco passos, emanados pela DGS (2010):

1. Critérios de ativação da equipa de trauma (triagem) tendo em conta os sinais vitais, nível de consciência e tipo de lesão;
2. Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;
3. Registos;
4. Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos), baseada na nomenclatura ABCDE;
5. Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

A promulgação desta Norma contribui para aprimorar o desenvolvimento de competências a todos os profissionais de saúde, de modo a promover a prestação de cuidados de forma sistematizada e organizada à pessoa em situação crítica, vítima de trauma. Esta prática proporcionou-me operacionalizar os conhecimentos e as habilidades adquiridas ao nível das práticas curriculares, de forma a realizar uma análise reflexiva sobre a ação. Sendo assim, pude desenvolver competências no atendimento à pessoa em situação crítica, vítima de trauma, cumprindo uma avaliação sistematizada e organizada e prevenindo complicações associadas à situação clínica.

Na sala de emergência (SE) do SU e tal como anteriormente referido, a equipa de enfermagem é destacada com três enfermeiros com funções pré-definidas e designados de A, B e C que são atempadamente definidas e afixadas no plano de trabalho diário pelo chefe da equipa. O elemento A assume o papel de comando e, deste modo, adota uma posição “à cabeça do doente” de forma a garantir a permeabilidade da via aérea, articula-se com a restante equipa de saúde e assume as decisões tomadas em concordância com a equipa médica. Este elemento tem como funções: observar a expansão torácica; administrar oxigenioterapia; colabora na entubação orotraqueal (fixa o tubo orotraqueal, aspira secreções orotraqueais; observa funções vitais e reflexo pupilar; avalia o estado de consciência do doente; coloca sonda nasogástrica (exceto no traumatismo crânio encefálico); é a voz de comando nas mobilizações/transferências de maca; assegura o registo completo das ações de enfermagem; repõe o material usado; providencia a limpeza da sala o mais rápido possível e é responsável pelo transporte do doente na realização de exames complementares de diagnóstico, podendo também designar o enfermeiro que acompanha o doente. O elemento B fica ao lado do doente, é responsável pela monitorização do doente (eletrocardiograma (ECG), oximetria de pulso e tensão arterial (TA)), colocação de cateter venoso periférico e casualmente a introdução de acesso intra-ósseo; colheita de sangue e determinação de grupo sanguíneo e administração de terapêutica de urgência e emergência com rapidez e precisão, como por exemplo a adrenalina nas situações de paragem cardiorrespiratória onde é necessário a verificação de ritmo cardíaco; pesquisa de lesões concomitantes; colabora na desinfeção e cobertura de feridas; colabora na higiene corporal; a despir o doente/ vestir o doente; colabora na imobilização de fraturas e colocação de cateter vesical. Este elemento também colabora na introdução de cateter venoso central, linha arterial, drenos torácicos. O elemento C é o elemento circulante e colabora na monitorização do doente, assegura que as amostras sanguíneas são enviadas ao laboratório e ao serviço de hemoterapia, prepara a terapêutica de urgência e emergência guardando todas as ampolas para posterior registo, procede ao alinhamento e imobilização de fraturas; providencia a presença do ventilador portátil na sala em caso de necessidade (monta-o e coneta-o à rampa de oxigénio); prepara todo o material necessário para a introdução de cateteres, drenos e imobilizações de fraturas; despe/ veste o doente; pesquisa lesões concomitantes; colhe toda a informação pertinente acerca do doente, junto dos acompanhantes do doente e tripulantes da ambulância; informa a família da situação clínica do doente; identifica o doente; faz espólio de roupa e valores e prepara o material necessário para a realização do transporte do doente em segurança para efetuar exames complementares de diagnóstico.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica numa situação emergente exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas. De acordo com o Despacho nº 10319/2014, é exigido ao enfermeiro do Serviço de Urgência Polivalente formação em Suporte Avançado de Vida, em Ventilação e Controle Hemodinâmico, em Transporte de doentes críticos, em Vias Verdes e formação em Comunicação e Relacionamento em equipa, Gestão de *stress* e de conflitos, Comunicação do risco e “transmissão de más notícias”. Relativamente aos assistentes operacionais devem possuir formação em Técnicas de Trauma e Imobilização e formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de *stress* e conflitos. Verifiquei que as equipas dos assistentes operacionais do SU do HNM demonstraram ações seguras no desempenho das mesmas na abordagem ao doente vítima de trauma, nomeadamente: rolamentos, transferências e experiência no manuseamento do material de trauma, sobretudo, na aplicação das aranhas.

Portanto, a SE representa um local primordial na primeira abordagem à pessoa em situação crítica, com todo o tipo de patologias, desde o foro cardíaco e respiratório a vítimas de trauma, entre outros. Durante o atendimento da pessoa em situação crítica, observei um trabalho de equipa organizado e articulado, em que os enfermeiros assumiam as funções atribuídas, conhecendo o seu papel, demonstrando experiência e competência, todos em prol do doente e com a responsabilidade assumida pela manutenção da vida deste. Após a estabilização do doente pude acompanhar com o enfermeiro a transferência deste, garantindo a continuidade dos cuidados e tendo em conta a sua segurança, através da execução de ações adequadas como monitorizar e avaliar continuamente a evolução clínica do doente e de modo, a identificar precocemente focos de instabilidade.

Segundo Meneguín et al. (2014) os doentes críticos são frequentemente transportados das salas de emergência para imagiologia ou blocos operatórios e destes para salas de recobro ou para unidade de cuidados intensivos.

Durante a aprendizagem clínica tive a possibilidade de observar e participar diretamente na preparação do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica para a realização de exames complementares de diagnóstico e para outros serviços diferenciados, nomeadamente, para a UCIP 2 e Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários.

Após a decisão médica em transportar o doente para o serviço de imagiologia e/ou para outros serviços diferenciados, verifiquei que houve o cuidado, para que o transporte fosse realizado em segurança, e após confirmação com o colega do serviço recetor de modo a que este esteja operacional para receber o doente, de preparar o doente, assim como, todo o material necessário para a monitorização e vigilância hemodinâmica de modo a assegurar

dentro do possível o mesmo nível de cuidados recebidos na sala de emergência, devendo este fazer-se acompanhado de enfermeiro e médico (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)

O manual elaborado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e pela Ordem dos Médicos em 2008, denominado Transporte de Doentes Críticos – Recomendações, é um documento que define com clareza os cuidados e os recursos necessários para transportar uma pessoa em situação crítica com segurança. Nele é mencionado que o transporte da pessoa em situação crítica envolve três fases: decisão, planeamento e a efetivação, a fim de minimizar complicações, intercorrências e riscos desnecessários; deste modo, enumera as condições e equipamentos ideais para o transporte do doente crítico: maca própria, com proteção lateral para permitir o transporte de equipamentos e monitores, equipamentos elétricos providos de baterias, materiais para permeabilização da via aérea e ventilação mecânica e finalmente drogas para reanimação cardiopulmonar, nomeadamente: adrenalina; amiodarona; atropina; dobutamina; entre outros (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

De acordo com o Parecer nº 09/2017 da OE, é fundamental refletir sobre o risco/benefício desse transporte, devendo o nível de cuidados não ser inferior ao verificado no serviço de origem e estar prevista a eventual necessidade de o elevar. O transporte da pessoa atende a determinados critérios baseados em documentos estruturados e regularizados por diferentes profissionais nas variadas áreas.

Nesta linha, Comeau et al. (2015) acrescentam que, “(...) não é a gravidade do doente que determina o risco durante o transporte, este aumenta com o tempo fora da unidade em que o doente está em tratamento, com a agressividade das manobras de diagnóstico/terapêutica e com a qualidade com que se faz o transporte” (p. 23).

A Ordem dos Médicos e a SPCI (2008) destacam ainda que “os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamentos, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares”. Durante esta prática, averigui que a mala de transportes se encontra na SE, uma vez que é o local mais frequente de transportes da pessoa em situação crítica. É de realçar ainda a preocupação em verificar sempre as condições do material, se os equipamentos têm bateria e se as balas têm oxigénio suficiente para o transporte.

Nesta perspetiva, a execução do transporte intra-hospitalar deve ser pautada por uma conduta preventiva e antecipatória. Averigui que o enfermeiro especialista em EMC é o profissional mais destacado para realizar o transporte da pessoa em situação crítica. De

acordo com Comeau et al. (2015), o transporte seguro é dado pela preparação avançada, coordenação de meios otimizados, utilização adequada de equipamentos, pessoal treinado e uma planificação de modo a minimizar complicações e a garantir o benefício para o doente.

Nesta linha, o enfermeiro especialista em EMC deve procurar promover a adoção das medidas apropriadas, atendendo às competências específicas, de forma a garantir toda a segurança, o que vai ao encontro do Parecer nº 09/2017 da OE, o qual afirma, que o enfermeiro especialista em EMC representa o melhor profissional para integrar equipas de transportes de doentes críticos ou equipas de emergência intra-hospitalar na vertente da pessoa em situação crítica.

Relativamente a situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) a equipa multidisciplinar destacada para a atuação é constituída pelo chefe de equipa médica, internista responsável pela sala de emergência, três enfermeiros, previamente destacados pelo enfermeiro chefe de equipa, sendo iniciado através da ativação da campanha azul de som contínuo.

Neste contexto, não surgiu a oportunidade de assistir a uma PCR. Contudo, através das aulas teóricas e práticas do CMEMC, pude apreender que, num momento de PCR, é fundamental o reconhecimento precoce da situação de urgência e ativação dos serviços de emergência, manobras de suporte básico de vida, desfibrilhação precoce e manobras de suporte avançado. O Suporte Avançado de Vida (SAV) estabelece um elo essencial na cadeia de sobrevivência, porque a desfibrilhação nem sempre está indicada, nem é eficaz de forma isolada. Perante esta situação um dos critérios indispensável a ter em atenção é a segurança. Realço também que durante o período de aulas práticas inerente ao CMEMC realizei o Curso de Suporte Básico de Vida com desfibrilhador automático externo (DAE), com certificação pela Proteção Civil da Madeira, tornando-me operadora de DAE, e deste modo, qualificando-me como mais um elemento para prestar apoio precoce e salvar vidas.

Em relação à Via Verde da Sepsis, a qual se encontra em vigor desde 2009, durante o período de estágio não houve situações de modo a participar na sua ativação, no entanto, averigui com a enfermeira tutora o protocolo da VV da sépsis.

De acordo com a Norma nº 010/2016 da DGS,

tal como para o AVC e para o EAM, existe para a sépsis um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem a morbimortalidade. Estas atitudes incluem a identificação e estratificação precoce das pessoas, com a consequente implementação atempada de estratégias terapêuticas, nomeadamente terapêutica antibiótica adequada e ressuscitação hemodinâmica guiada por objetivos (p.17).

Perante esta situação, o doente é triado pelo fluxograma - indisposição no adulto e depois encaminhado para a sala de atendimento médico, o qual decide se ativa a Via Verde

da Sepsis. Caso seja ativada é solicitado apoio à UCI, para o doente ser observado pela Medicina Intensiva, que irá decidir se o tratamento é iniciado no SU, propriamente na sala de observação ou na UCI, dependendo da gravidade da situação.

Segundo a *World Health Organization* a 8 de setembro de 2020 aponta que

Quase metade dos 49 milhões de casos de sepsis a cada ano ocorre em crianças, resultando em 2,9 milhões de mortes, a maioria das quais poderia ser evitada com o diagnóstico precoce e tratamento clínico adequado. Essas mortes são frequentemente uma consequência de doenças diarreicas ou infecções respiratórias inferiores. No relatório também é referido que a sepsis resulta de infecções adquiridas em ambientes de saúde. Cerca de metade (49%) dos doentes com sepsis em unidades de terapia intensiva adquiriram a infecção no hospital. Estima-se que 27% das pessoas com sepsis em hospitais e 42% das pessoas em unidades de terapia intensiva morrerão.

Estes dados recentes reforçam o que nos refere a Norma nº 010/2016 que alerta para o facto de que uma avaliação correta e a terapêutica precoce das pessoas com sépsis permitem não só a diminuição da mortalidade, mas também a redução substancial de custos. Kumar A. et al. citados na Norma nº 010/2016 da DGS referem que, por cada hora de atraso na administração de antibioterapia apropriada a pessoas com sépsis grave ou choque séptico, há uma redução de 7,6% na probabilidade de sobrevivência.

Neste âmbito, todas as experiências vivenciadas referidas anteriormente proporcionaram o desenvolvimento da unidade de competência *presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica* de acordo com o Regulamento nº 429/2018.

Oliveira et al. (2014) averiguaram que os serviços de urgência têm-se tornado em locais cada vez mais importantes na disseminação da infeção associada aos cuidados de saúde e de microrganismos que levam a uma alta taxa de mortalidade.

No que concerne à competência específica do Enfermeiro Especialista em EMC, *maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, de acordo com o Regulamento supracitado, no contexto do SU, perante as situações de emergência, verifiquei que a equipa na qual estive integrada, salvaguarda o cumprimento dos procedimentos e normas estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, pois o reconhecimento dos principais riscos de infeção associados à prestação dos cuidados de saúde e o cumprimento dos feixes de intervenção tornam-se cruciais para obter ganhos em saúde.

Neste percurso formativo, durante o atendimento emergente, surgiu a oportunidade de colaborar na colocação de dreno torácico e realizar a colocação de cateter vesical à pessoa

em situação crítica. Deste modo, foi foco de atenção cumprir com os “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical de acordo com a Norma nº 019/2015 da DGS. Também tive sempre em conta a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) na prestação de cuidados diretos ao doente, a higienização das mãos, a desinfecção prévia das conexões do CVP e CVC para a administração da medicação, a correta triagem do material, através de circuitos próprios e definidos, bem como, a utilização correta da sala de isolamento. No SU os EPI encontram-se disponíveis nas diferentes áreas de posto de trabalho, acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação sendo de uso exclusivo. Certifiquei que a solução antisséptica de base alcoólica (SABA) é utilizada por rotina, encontrando-se em todas as camas da sala de observação e da sala de cuidados especiais, no carro de apoio às técnicas de enfermagem, bem como, nas restantes áreas de posto de trabalho do SU e na sala de emergência, propriamente, encontrando-se na mesa de apoio. Em relação às visitas, nomeadamente, na sala de observação e cuidados especiais, alertava sobre a importância da higienização das mãos, as quais demonstravam-se recetivas em cumprir.

Segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista atua como parte integrante na equipa multidisciplinar, através dos seus conhecimentos baseados na evidência científica e experiência, tem o dever de participar na conceção de plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, como também, liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos (OE, 2018).

Relativamente ao acompanhamento da família/cuidador no SU pude constatar a importância atribuída pelos profissionais à família/cuidador na prestação de cuidados. Como já referido o doente tem o direito de acompanhamento no Serviço de Urgência desde a sua admissão até à alta ou internamento, sendo que a família/cuidador tem direito às informações sobre o estado de saúde do doente, exceto se o doente referir que não deseja a transmissão de informações, devendo os serviços estar dotados das condições para que tal aconteça, salvaguardando todas as situações em que a presença do acompanhante comprometa a prestação de cuidados. Averigui que o Serviço de Urgência não possui um gabinete reservado com a finalidade de acolhimento e de assistência à família/cuidador da pessoa em situação crítica. No entanto, de modo a garantir um ambiente adequado à situação, os

profissionais utilizam como recurso o gabinete do Enfermeiro Chefe do SU, sempre que se encontre disponível, ou procuram criar as condições necessárias para que o acolhimento e/ou assistência se faça com a dignidade exigida.

Segundo Soares (2011), o serviço de urgência é, geralmente, visto como um local onde a dor, o sofrimento e a angústia estão sempre presentes, sendo estes fatores geradores de *stress* para a família que aguarda ansiosamente por notícias do seu ente querido. Nesta linha, a relevância de fornecer aos familiares as informações necessárias e a existência de tomada de decisões compartilhadas é considerado de enorme importância na criação de parcerias entre os intervenientes no cuidado ao paciente (Beer & Brysiewicz, 2017).

Neste percurso, tive plena consciência de acompanhar e integrar a família nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, que é foco de atenção do enfermeiro especialista em EMC. Perante tais situações, tive sempre em conta a privacidade da pessoa e família/cuidador em situação crítica, sempre que possível resguardando o doente, dirigindo apenas palavras concisas de tranquilidade à família/cuidador, regressando após, quando a situação clínica do doente se encontrava estável demonstrando empatia, escutando as suas preocupações e dúvidas, fornecendo informações sobre a situação e prestando apoio emocional nesta fase de transição de saúde/doença.

A complexidade das situações, a ansiedade evidente inerente à admissão no SU, o espaço físico limitado e os constantes pedidos dos doentes e familiares, são aspetos que dificultam a prestação de cuidados, mas igualmente são as que tornam crucial que se estabeleça uma relação terapêutica.

Nesse sentido, os enfermeiros devem ter presente conhecimentos e competências de modo a avaliar e intervir na família, quando um dos elementos da mesma necessita de cuidados, sendo que as intervenções de enfermagem devem envolver a família e não resultarem apenas em ações fragmentadas onde só o indivíduo importa, pois, a família tem impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus membros (Wright & Leahey, 2013).

Nesta linha, procurei sempre promover uma relação terapêutica ajustada às necessidades da pessoa e família em situação crítica. Sendo assim, desenvolvi as unidades de competência *assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica e gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.*

Durante o percurso de aprendizagem clínica, mais propriamente na sala de cuidados especiais e na sala de observação do SU do HNM, tive oportunidade de intervir perante



algumas situações complexas, tais como: insuficiência respiratória com necessidade de ventilação não invasiva, edema agudo do pulmão, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, taquicardia, bradicardia, alterações metabólicas, hemorragia digestiva alta, anemia, entre outros, e com necessidade de terapêutica complexa (drogas vasoativas, cloreto de potássio, transfusão sanguínea). Assim, desenvolvi a unidade de competência ***garante a administração de protocolos terapêuticos complexos***.

Deste modo, no sentido de diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, apliquei os meios de monitorização existentes e fiz vigilância, nomeadamente: monitorização cardíaca, oximetria de pulso, temperatura, pressão arterial não invasiva, escalas de monitorização (escala de coma de Glasgow, escala numérica, escala visual analógica (EVA)). Na sala de cuidados especiais encontram-se doentes que necessitam de monitorização invasiva e ventilação mecânica invasiva; aqui tive a oportunidade de colaborar na preparação e execução de procedimentos invasivos: linha arterial, entubação orotraqueal e colocação de dreno torácico. Verifiquei que existem *kits* preparados para a realização destes procedimentos, aspeto facilitador na gestão de cuidados neste contexto, em situações de urgência/emergência. Portanto, os doentes que se encontram internados nesta sala necessitam de uma vigilância contínua e de cuidados diferenciados de enfermagem, sendo necessário articular a evidência científica com a prática clínica e protocolos do serviço.

Como se pode verificar na sala de observação e na sala de cuidados especiais permanecem os doentes que apresentam maior instabilidade hemodinâmica. Para o isolamento são transferidos os doentes imunodeprimidos ou com risco de transmissão de microrganismos. Nesta perspetiva, estes doentes evidenciam-se pela necessidade de cuidados de enfermagem especializados, prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua máxima recuperação, deixando subentendida a necessidade de um enfermeiro especialista em EMC, privilegiando assim um cuidado competente, atendendo às necessidades e especificidades de cada doente, aspeto que pude constatar durante o percurso de aprendizagem clínica.

Neste âmbito, prestei cuidados de uma forma refletida e organizada, alicerçados no processo de enfermagem, com identificação de problemas de saúde através da recolha de dados, formulação de diagnósticos de enfermagem, elaboração e realização de planos de cuidados de enfermagem e contínua avaliação dos mesmos, reformulando as intervenções quando indicado. Posteriormente, realizei os registos de enfermagem com a finalidade de

arquivar informação pertinente para posterior consulta e para garantir a continuidade de cuidados.

Considero que, neste contexto de SU, a aprendizagem assumiu uma importância crucial permitindo-me adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista em EMC no cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Neste percurso também foi foco de atenção a gestão diferenciada da dor e o bem-estar do doente, desde a primeira abordagem. Acompanhar a pessoa e família/cuidador em situação crítica, implica atender e compreender a dor que esta experimenta durante um processo de transição saúde/doença.

Segundo a DGS (2018), a dor para além de constituir um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde, provoca sofrimento e redução da qualidade de vida. Por outro lado, provoca alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de comorbilidades e alterações orgânicas e psicológicas que podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

Na CIPE (ICN, 2015), a dor é referida como:

perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (p.54).

Já em 2003, a Direção Geral de Saúde estabelece através da Circular Normativa nº 09/DGCG que a dor é o “5º Sinal Vital”, e evidencia-se a sua importância na definição da prioridade no atendimento; pude então constatar que a dor geralmente é o sintoma mais frequente que os doentes apresentam quando recorrem ao SU do HNM, associada muitas vezes ao processo de doença aguda/crónica, ao trauma, envelhecimento, entre outros. A dor deve ser avaliada de uma forma contínua e regular, não esquecendo as suas características, designadamente, o seu início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e fatores desencadeantes.

Verifiquei que no SU não existem protocolos estabelecidos para a gestão da dor. Averiguei também que maioritariamente não há o cuidado precoce em prescrever terapêutica analgésica e o enfermeiro muitas vezes tem que solicitar ao médico a avaliação e prescrição para o tratamento da dor. Isto faz com haja atraso no tratamento e no alívio da dor do doente, causando sofrimento e angústia. Realmente foi um facto que pude constatar no SU, e deste modo, revelou-se também a importância ao recurso a medidas não farmacológicas para o

alívio ou prevenção da dor, através da promoção de bem-estar físico, psicossocial e espiritual (ex: mobilização; imobilização de fraturas; prestar todas as informações necessárias acerca dos procedimentos que irão ser efetuados; conceber um ambiente calmo; tocar na pessoa de forma calma e para que ela sinta que não está só; investigar a natureza pluridimensional da dor, avaliando a sua evolução e reformulando o plano de cuidados conforme a mesma, entre outros). Assim, tive sempre em conta, quando informava as intervenções a realizar ao doente, através da utilização de um tom de voz calmo, tocando de forma cuidada e prestando apoio emocional, garantindo bem-estar. Os doentes deitados na maca e que não conseguem mobilizar-se, frequentemente referem lombalgias, e a minha intervenção foi massajar a região dorsal com creme hidratante e assistir no posicionamento proporcionando algum alívio e conforto. Verifica-se que estas medidas são simples, podendo quase todas elas ser aplicadas em qualquer contexto, mesmo em contexto de urgência, onde o doente espera do enfermeiro, esta sensibilidade para o cuidar. Estas medidas vão ao encontro do que é preconizado pelos autores Gélinas et al. (2013) que referem que o tratamento não farmacológico de controlo da dor é definido como uma terapia que não envolve medicamentos ou quaisquer outras substâncias ativas; destas destacam-se: a distração, relaxamento, técnicas respiratórias, massagem, posicionamento, aplicação de frio/calor, apoio emocional e a criação de um ambiente confortável.

Por outro lado, averigui que na sala de emergência do SU, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o tratamento farmacológico foi o mais utilizado e eficaz.

Neste contexto, as escalas para avaliar a intensidade da dor mais utilizadas foram a Escala Numérica e/ou a Escala Visual Analógica. De acordo com a OE (2008), citando Margo McCaffery, a avaliação é fundamental para o controlo da dor, salientando “o carácter pessoal e subjetivo da experiência de dor, dando relevância ao auto-relato, ao afirmar que dor é aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (p.15). Nesse sentido, o enfermeiro, na sua intervenção, deve privilegiar o relato pessoal da dor apresentado pelo doente, utilizando escalas que permitam determinar a intensidade da dor. Na possibilidade do doente se encontrar privado desta capacidade, o enfermeiro deverá basear-se nos comportamentos, nas expressões faciais, nos sinais de monitorização, e com a ajuda dos familiares e com base numa escala comportamental de dor, avaliar a dor, agindo assim em conformidade com o domínio da responsabilidade profissional, ético e legal. Contudo, afirmo que no SU durante a minha aprendizagem clínica não foi necessário a aplicação da escala comportamental de dor, no entanto, farei referência à sua abordagem no próximo sub-capítulo.

A equipa de enfermagem tem assim um papel fundamental na adequação, conhecimento e aplicação dos métodos de avaliação da dor padronizados, de maneira a poder atuar nesta avaliação, utilizando os instrumentos necessários ao diagnóstico, contribuindo para a satisfação e bem-estar na prestação de cuidados da pessoa e família/cuidador em situação crítica.

De salientar que uma avaliação eficaz da dor, em contexto de SU contribui para uma prestação de cuidados especializados onde a dignidade e o respeito predominam no cuidado da pessoa em situação crítica. Assim, desenvolvi a unidade de competência, ***faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.***

Considero que o Serviço de Urgência Polivalente me proporcionou um conjunto alargado de situações e oportunidades de aprendizagem especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, permitindo consolidar a base teórica e certificar a aquisição de competências.

No que concerne à competência específica do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, ***dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*** de acordo com o Regulamento nº 429/2018, neste percurso de aprendizagem clínica não ocorreu nenhuma situação que se integrasse nos critérios de emergência, exceção e catástrofe. Sendo assim, procurei desenvolver um conhecimento aprofundado sobre o plano de emergência da instituição e os princípios de atuação em situações de catástrofe, através do Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas, que se encontra documentado no manual de serviço PO.01 DAPO. 0022, versão nº 003, elaborado pelo Gabinete da Qualidade em 31 de janeiro 2008, revisto em 2013 (atualmente em nova revisão), bem como, pela experiência partilhada pela equipa de enfermagem nas situações ocorridas na Região Autónoma da Madeira (RAM). Também na RAM existe o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil, divulgado em setembro de 2015, que foi elaborado para a generalidade das situações de emergência, e que podem resultar em acidentes graves ou catástrofes que afetem populações, património edificado, ambiente e atividades socioeconómicas. As aulas práticas proporcionadas na respetiva unidade curricular de Enfermagem em Urgência e Emergência inerente ao CMEMC também foram uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência, possibilitando uma maior sensibilização para esta temática e sua reflexão.

Segundo o Regulamento nº 361/2015 a

emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (p.17241).

No Regulamento nº 429/2018 é referido que “uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (p.19362).

A Catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil, no Decreto-Lei nº 27/2006, no artigo 3.º, ponto 2, como “acidente grave ou a série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas (...)”. Na presença de situações de catástrofe, em que o número de doentes é maior à capacidade do SU, é ativado o sistema de triagem de catástrofe.

Neste contexto, Silva (2012) relata que quando falamos em catástrofe, é igualmente falar em várias pessoas em situação crítica. É colocar os cuidados a que estamos habituados a prestar a um nível exponencialmente superior, dependendo do tipo de catástrofe.

Na RAM as situações de catástrofe infelizmente já sucederam, nomeadamente, a inundação ocorrida a 20 de fevereiro de 2010 e incêndios em 2013 e 2016, e, recentemente um acidente que envolveu um autocarro de turismo, constituindo um fenómeno de grande importância pela sua grande dimensão e pelos danos causados a nível pessoal, humano, ambiental e material, necessitando deste modo, de uma resposta pronta e eficiente de vários profissionais, inclusivamente os enfermeiros. Em concordância com a Lei nº 156/2015, referente ao EOE, artigo 100.º, alínea d), o enfermeiro deve “ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência”.

Já em 2010, Meleis referia que a existência de desastres naturais e acidentais requerem a atenção de enfermagem enquanto as pessoas estão a adaptar-se aos mesmos. Desta forma, os enfermeiros auxiliam os seus clientes, famílias e comunidades a lidar com as transições, antecipando as respostas, fornecendo orientação antecipatória, melhorando sintomas, reforçando a saúde e bem-estar, e apoiando o desenvolvimento de ações de autocuidado.

Numa situação de catástrofe, todos os meios de socorro são operacionalizados e organizados pelo SRPC. A presença de vítimas constitui um alvo importante para a

operacionalização do socorro, e nesse sentido, requer a presença da EMIR e do Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), que habitualmente opera com um médico e um enfermeiro. Este meio importante de socorro para além de prestar cuidados de saúde imediatos, tem o papel de identificar e classificar a natureza do acidente e relatar para o SRPC da Madeira, iniciando assim, a distribuição de meios de socorro, articulados e organizados, pelo SRPC, a todas as vítimas. A prestação de cuidados de enfermagem nesta área de intervenção assume um papel fundamental, em parceria com outros profissionais envolvidos no cenário, na minimização, recuperação e resolução de problemas de saúde.

O plano de catástrofe é constituído por um conjunto de normas e regras de procedimento destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de uma catástrofe que ocorra na RAM, conduzindo a uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência, que podem esgotar os recursos disponíveis. Esse plano define os princípios gerais de organização que permitam fazer face a um afluxo maciço de vítimas, garantindo uma eficaz atuação em caso de receção de multivítimas, de modo a reduzir a sua morbilidade e mortalidade (SESARAM, 2008).

Igualmente identifica os tipos de riscos, projeta níveis de respostas em situações de catástrofe, prevê o número de recursos humanos necessários, identifica a capacidade hospitalar, prevê os meios de comunicação e de transporte, descreve o conteúdo do armário de catástrofe, identifica a medicação urgente de catástrofe, fundamenta a descrição do gabinete de crise, projeta a dinâmica das equipas de trabalho, identifica os sistemas de ativação, programa a organização do bloco operatório, enumera os serviços de imagiologia, imuno-hemoterapia, patologia clínica, farmácia, aprovisionamento e esterilização como prioritários na sua funcionalidade e por fim identifica os serviços de internamento e do apoio não assistencial como fundamentais na sua ação.

No SU do HNM, propriamente na sala de emergência, encontram-se preparados *kits* de triagem em situação de catástrofe, organizados de forma a dar resposta aos diferentes níveis de emergência.

Aponto que durante a minha atividade profissional a exercer funções de enfermeira generalista no Serviço de Medicina Interna do Hospital dos Marmeleiros, decorreram duas ativações do plano de emergência, ambas por incêndios, em que numa delas estava a fazer turno no período noturno e, deste modo, pude participar no processo de evacuação de todos os doentes internados e no acolhimento destes no Regimento de Guarnição nº 3. Nesta situação procurei mobilizar a capacidade de agir segundo uma sequência de ações,

estabelecendo prioridades perante as situações clínicas dos doentes e das quais tinha conhecimento, e respeitando a equidade nos cuidados aos doentes.

Nesta perspetiva, é necessária a existência de planos de catástrofe em que se dota a interação entre diferentes organizações e a articulação dos seus planos de modo a haver uma resposta direcionada e eficiente. Felizmente as situações de catástrofe e multivítima não são o quotidiano do SU do HNM e do Hospital dos Marmeleiros, no entanto, é essencial que tudo esteja concebido e treinado antecipadamente para a ação ser eficiente.

Segundo o Regulamento nº 429/2019, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta, no sentido da sua eficácia, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Concluído o subcapítulo referente ao cuidado especializado em contexto de urgência, no próximo, irei abordar a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, no contexto de Cuidados Intensivos.

### **1.3. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica em contexto de medicina intensiva**

A Unidade Curricular de Estágio II – Cuidados Intensivos refere-se ao segundo ensino clínico realizado, preconizado pelo plano de estudos do CMEMC e contemplou um total de 250 horas distribuídas por 140 horas de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante. Teve como finalidade prestar cuidados de enfermagem especializados, à pessoa em situação crítica, no contexto de Medicina Intensiva do HNM, uma Unidade Polivalente, ou seja, uma Unidade de Nível III.

De acordo com o Regulamento nº 533/2014, a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de nível III, e, refere que

devem ter quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24horas, bem como pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários e ainda, deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (p.30254).

Ainda no mesmo documento é explícito que uma UCI nível III é uma UCI polivalente e que “significa ser capaz de assegurar, em colaboração os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável” (p.30254). Deste modo, a Unidade de

Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do HNM dá resposta às diretivas acima mencionadas segundo o Regulamento.

Neste âmbito, a UCIP do HNM tem como missão “melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na investigação da ciência clínica aplicada e da formação de médicos e enfermeiros na área de medicina intensiva” (SESARAM, 2020).

A UCIP do HNM é também responsável pela emergência interna hospitalar, sendo a equipa constituída pelo médico intensivista e pelo enfermeiro destacado pelo chefe de equipa de enfermagem.

Este serviço apresenta lotação de onze camas. A UCIP 1 (situada no andar técnico do HNM) reúne oito camas (inclui um isolamento) e a UCIP 2 (situada no 1º piso poente) com a capacidade de três camas. A equipa multidisciplinar é constituída por dez médicos intensivistas, cinquenta e quatro enfermeiros, nove assistentes operacionais e uma administrativa. A equipa de enfermagem está subdividida por cinco equipas, constituída por enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em EMC (22 enfermeiros), em Enfermagem de Reabilitação (quatro enfermeiros), um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária. A equipa é dividida pelas duas unidades, na UCIP 1 (cinco enfermeiros, sendo um deles o responsável de turno) e na UCIP 2 (dois enfermeiros). O método de trabalho é por enfermeiro responsável. Na UCIP existem sempre dois médicos em regime de presença física.

O acolhimento da pessoa em situação crítica na UCIP requer uma intervenção de forma pronta e antecipatória. De acordo com o Ministério da Saúde, (2003, p.6) citado pelo Parecer nº 15/2018 da OE, as unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”.

Neste contexto, o Parecer nº 15/2018 da OE menciona que

a formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento (p.2).

Considero que este local de estágio foi um desafio aliciante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, associado ao ambiente da UCIP e aos processos



complexos de doença crítica e/ou falência orgânica que a pessoa e família/cuidador vivenciam.

À semelhança do ensino clínico anterior, para a aquisição de competências inerentes ao CMEMC e para a realização deste ensino clínico, foi elaborado atempadamente um plano de estágio que englobou objetivos gerais e específicos, assim como, as atividades/estratégias a realizar para os atingir. O plano foi discutido com a docente responsável da unidade curricular e com a enfermeira tutora, tendo também a apreciação do enfermeiro chefe da UCIP. Assim, pretendeu-se o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, no contexto de UCIP.

Deste modo, os objetivos gerais foram: cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; avaliar e adequar metodologias de análise de situações complexas do doente com falência multiorgânica; realizar a gestão de cuidados de enfermagem ao doente com falência multiorgânica; assistir a pessoa e família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; gerir a comunicação interpessoal no intuito de atingir a relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador em situação crítica e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Após 10 anos como enfermeira de cuidados gerais no mesmo serviço como já referido, surgiu alguma dificuldade no acompanhamento da enfermeira tutora especialista em EMC na prestação de cuidados numa unidade tão específica como a UCIP. Nesse momento senti que passei de competente no serviço de Medicina Interna a iniciado na UCIP. Deste modo, recorri à pesquisa, refletindo e analisando todas as situações clínicas e atuava após validar com a enfermeira tutora, de modo a ganhar mais segurança no desempenho para reverter a situação, o que considero ter sido um processo gradual neste percurso. Segundo Benner (2001) em cada estadio, o enfermeiro reconhece e reage de forma diferente às situações, fruto da sua experiência e formação. É de salientar que os conhecimentos teóricos e práticos obtidos nas aulas inerentes ao curso permitiram mobilizar os conhecimentos e possibilitaram antever a evolução do doente relacionando a fisiopatologia com os sinais e sintomas face a uma avaliação mais pormenorizada do doente, bem como, das ações terapêuticas administrada. Nesse sentido, pude adotar um papel mais ativo e autónomo na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, ou seja, dar resposta de modo eficaz às

reais necessidades da pessoa no contexto da equipa de saúde, com recurso a meios tecnológicos avançados e com o envolvimento da família/cuidador nos cuidados de saúde.

De acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, em relação à competência específica *cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica* pretendi aprofundar conhecimentos e aplicá-los de modo a dar resposta em tempo útil e de forma holística.

Os doentes que são internados nesta unidade advêm particularmente do SU, do BO e/ou de outros serviços de internamento por instabilidade hemodinâmica. Durante a aprendizagem clínica, surgiu a oportunidade de assistir à pessoa com necessidade de cuidados intensivos do foro neurológico (doente que após queda e realização de TAC crânio-encefálica revelou hematoma subdural tendo sido submetido a cirurgia; doente com hemorragia subaracnóideia por rutura de aneurisma cerebral), do foro respiratório (insuficiência respiratória, síndrome de dificuldade respiratória aguda, do foro cardiovascular (insuficiência cardíaca aguda, edema agudo pulmão), do foro urológico e nefrológico (alterações do equilíbrio ácido-base e hidroeletrólítico necessitando de técnica dialítica), do foro cirúrgico (gangrena de fournier) e do foro séptico (choque séptico).

De modo a dar resposta às necessidades e gerir os cuidados da pessoa em situação crítica, realizei o plano de cuidados de enfermagem individualizado (apreciação inicial, diagnósticos/focos de atenção, intervenções e resultados) para uma prestação global de cuidados de enfermagem baseados nos princípios da ética e deontologia profissional. Nesse sentido, tive como foco de atenção a gestão diferenciada da dor, a administração de protocolos complexos, a promoção do bem-estar e conforto da pessoa e família/cuidador, a comunicação interpessoal, a prevenção e controlo da infeção, bem como, a máxima readaptação funcional.

A UCIP do HNM tem vários equipamentos de monitorização e de diagnóstico e terapêutica que procuram suportar a vida da pessoa em situação crítica. Neste serviço evidencia-se o desenvolvimento de uma prática técnica no cuidado à pessoa em situação crítica que, com base na experiência e competências dos profissionais, garantam uma resposta assertiva e eficaz perante uma situação emergente. A monitorização eletrocardiográfica invasiva ou não invasiva, a monitorização das funções vitais, o uso de suporte ventilatório artificial para otimizar o processo respiratório, a nutrição entérica ou parentérica, o recurso a procedimentos invasivos como os cateteres arteriais, venosos e centrais, a inserção de drenos em variadas regiões anatómicas, a técnica dialítica contínua, a

monitorização de pressão intracraniana, são métodos que apoiam o processo do cuidar da pessoa em situação crítica.

Para Azeredo e Oliveira (2013) a experiência profissional na observação clínica do doente aliada à interpretação e à análise dos dados fornecidos pela monitorização hemodinâmica invasiva permitem aos enfermeiros detetar rapidamente os focos de instabilidade e atuar precocemente.

Assim, face às patologias patenteadas pelos doentes, tive a oportunidade de colaborar na fase inicial, e de intervir de forma mais autónoma na fase final do ensino clínico, na identificação de focos de instabilidade hemodinâmica mediante a compreensão e interpretação dos dados de monitorização obtidos, planeando intervenções adequadas e oportunas no sentido de prevenir e/ou minimizar complicações.

Segundo Fernandes et al. (2009),

(...) a monitorização nunca é terapêutica e raramente é diagnóstica. Assim, todo o processo de monitorização hemodinâmica, simples ou complexo, tem de obedecer aos princípios de rigor na deteção, controlo e interpretação dos sinais, para que a avaliação das variáveis fisiológicas seja fiável. Além disso, a manutenção dum sistema de monitorização só é eficaz se integrado num trabalho de equipa multiprofissional, realizado por enfermeiros e médicos à beira do leito (p.7).

Neste contexto, o enfermeiro especialista em EMC, atendendo às suas competências, torna-se um elemento fundamental no âmbito da monitorização, vigilância contínua, gestão de protocolos terapêuticos complexos, como: no controlo da tensão arterial (gerir medicação vasopressora); no controlo da pressão de perfusão cerebral (gerir os cuidados e os valores da tensão arterial média e pressão intracraniana), na monitorização do traçado cardíaco e débito urinário (identificando focos de instabilidade), entre outros. Através da avaliação do estado de consciência, diâmetro pupilar, padrão respiratório, presença de reflexos e função motora, o enfermeiro poderá reconhecer alterações do quadro clínico do doente, realizar intervenções e informar a equipa médica, de modo a prevenir complicações. Descrevo uma situação no decorrer da prática, na qual observei uma anormalidade da situação clínica de um doente. Através da avaliação do *status* neurológico detetei pupilas anisocóricas e informei imediatamente o médico assistente, tendo sido solicitada a realização de TAC crânio-encefálico e pude, deste modo, preparar e acompanhar a doente ao serviço de imagiologia, tendo sido reveladas alterações a nível neurológico, o que permitiu o estabelecimento do tratamento e intervenção adequada à situação clínica detetada.

Durante o ensino clínico também surgiu a possibilidade de acompanhar a enfermeira destacada (Especialista em EMC) numa ocorrência de emergência intra-

hospitalar, a qual se encarregou da mala de transporte com todo o material necessário (previamente preparada), e, que foi ativada pelo serviço de Ortopedia 6º Piso. Tratou-se de uma doente com fratura do fémur e que aguardava cirurgia, apresentando como antecedentes pessoais apneia de sono, a qual realizava ventilação mecânica não invasiva no período noturno, sendo encontrada pelo enfermeiro responsável no início do turno sem o Bipap (doente tinha retirado), prostrada e com baixa saturação periférica de O<sub>2</sub> (70%). Procedeu-se à monitorização não invasiva através do monitor de transporte, particularmente monitorização contínua da frequência cardíaca (FC), traçado cardíaco, frequência respiratória (FR), saturação de oxigénio e da TA, encontrando-se normotensa, mas com baixa saturação periférica de O<sub>2</sub> (70%) sendo administrado oxigénio através de ventilador manual e a saturação de O<sub>2</sub> reverteu para 90%, apresentando uma respiração superficial e regular. Na avaliação neurológica, a doente apresentava um score de 15 na escala de coma de Glasgow, apresentava pupilas isocóricas e reativas ao foco luminoso. Foi realizada gasometria arterial pelo médico e diagnosticada hipercapnia. Entretanto, a doente começou a apresentar melhoraria do estado geral encontrando-se mais reativa abrindo os olhos e dando resposta a ordens simples. Por indicação do médico intensivista a doente foi transferida para a sala de observação do Serviço de Urgência, em que pude colaborar na preparação e acompanhamento do transporte intra-hospitalar, mantendo a monitorização e vigilância da doente durante todo o transporte. À chegada à sala de observação do Serviço de Urgência procedeu-se à passagem formal de informação, através da mnemónica ISBAR, garantindo a continuidade de cuidados. Esta situação proporcionou-me a participação e colaboração nos cuidados de enfermagem na pessoa em situação emergente, atuando de forma pronta e antecipatória de acordo com as necessidades da pessoa, contribuindo para a manutenção da vida.

Tal como previamente referido, inerente ao plano de estudos do CMEMC, particularmente neste contexto, de ensino clínico, foi proposta a realização de um estudo de caso fundamentado, o qual desenvolvi no âmbito da pessoa em situação crítica por hemorragia subaracnoídea devido a rutura de aneurisma cerebral. Pondero que a realização deste estudo de caso fundamentado permitiu organizar e adequar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica por hemorragia subaracnoídea devido a rutura de aneurisma cerebral, no sentido de identificar os focos de atenção, formular diagnósticos, planear, implementar e avaliar as intervenções de enfermagem, baseando-me na evidência científica, contribuindo deste modo, para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento do processo da tomada de decisão. Neste âmbito, pude verificar uma

complexidade de cuidados e pretendi dirigir o foco, nomeadamente, para a avaliação do *status* neurológico, função hemodinâmica e prevenção de complicações, com necessidade de avaliação contínua da pressão intracraniana e dos parâmetros vitais.

A hemorragia subaracnoídea define-se como uma hemorragia aguda do espaço subaracnoídeo, constituindo um tipo de acidente vascular cerebral (AVC) particularmente grave e que afeta principalmente adultos jovens ou de meia-idade (Falcão et al., 2015).

Os mesmos autores referem que a hemorragia subaracnoídea

pode ser responsável por morte súbita. Um quarto dos que são referenciados a um centro médico especializado vem a falecer nas duas semanas seguintes ao início do quadro. A hemorragia subaracnoídea provoca um aumento súbito da pressão intracraniana (PIC), o que pode causar morte súbita. O sangue pode dissecar até ao parênquima, causando hematoma intracerebral, ou até aos ventrículos, provocando hemorragia intraventricular. Se não for tratado, o aneurisma que foi a causa da hemorragia subaracnoídea pode voltar a sangrar. Esta re-hemorragia é muitas vezes fatal. Os produtos da degradação da hemoglobina, entre outras moléculas, provocam vasospasmo, que pode ser a causa de isquemia cerebral tardia. Outras complicações da hemorragia subaracnoídea são a hidrocefalia e a hiponatremia (p. 27).

Já em 2012, Ferro menciona que

o prognóstico da hemorragia subaracnoídea depende fundamentalmente da gravidade clínica inicial e da quantidade de sangue subaracnoídeo. Outras variáveis com influência deletéria no prognóstico são a idade avançada (>75 anos), hemorragia intracerebral ou intraventricular e tensão arterial elevada e atraso no diagnóstico e tratamento. A localização e as dimensões do aneurisma são outras variáveis prognósticas a considerar (p. 121).

Existe um aumento da sobrevivência à hemorragia subaracnoídea por rutura de aneurisma cerebral, mas com défices físicos e cognitivos; de acordo com Rocha e Braga (2016) “um terço dos sobreviventes têm défices neurológicos major, metade permanece com alterações da memória e humor a longo prazo e 20% ficam dependentes nas atividades de vida diária” (p.275).

Neste contexto, o doente com hemorragia subaracnoídea devido a rutura de aneurisma cerebral é um doente crítico com grande nível de instabilidade e imprevisibilidade. A monitorização do doente neurocrítico permite identificar, através da observação e dos equipamentos tecnológicos, sinais que indicam deterioração do normal funcionamento/perfusão cerebral, que se não forem revertidos em tempo útil, poderão levar à morte cerebral.

Falcão et al. (2015) referem que

se simultaneamente a pressão arterial destes doentes for monitorizada de modo invasivo (cateter arterial), obtém-se indiretamente a pressão de perfusão cerebral (PPC), definida como a diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a PIC ( $PPC = PAM - PIC$ ). Os valores de  $PIC > 20\text{mmHg}$  são um forte preditor de deterioração neurológica nos doentes com  $PPC > 60-70\text{mmHg}$  (p. 25).

Durante o ensino clínico, a pessoa em situação crítica por hemorragia subaracnoídea devido a rutura de aneurisma cerebral apresentou valor de PIC superior a 22mmHg que não cedeu ao alinhamento corporal e cervical sendo necessário recorrer à terapêutica instituída com o objetivo de diminuir a PIC. Após a administração da terapêutica (manitol ou cloreto de sódio hipertónico diluído em SF) verificou-se a diminuição do valor da PIC para 18mmHg. Neste contexto, é necessário ter em conta as intervenções para controlo da PIC elevada, como a elevação da cabeceira a 30° ou segundo indicação médica, que permite a derivação compensatória de liquor para o compartimento subaracnoídeo espinal e a colocação da cabeça na linha média para facilitar a drenagem venosa. Nesta situação também foi necessário restabelecer o valor da PPC (pressão de perfusão cerebral), cuja prescrição médica indicava  $PPC > 70\text{mmHg}$ , e a doente apresenta PPC de 68mmHg, sendo necessário aumentar a perfusão de noradrenalina para  $PPC > 70\text{mmHg}$ , de modo a assegurar uma adequada irrigação sanguínea ao cérebro. Também é prescrito anti-convulsionante profilático, no sentido de prevenir convulsões, pois estas provocam um aumento das exigências metabólicas, e, conseqüentemente, um aumento do fluxo sanguíneo cerebral, do volume sanguíneo cerebral e da PIC. Nesse sentido, é fundamental a monitorização e vigilância contínua, de modo a identificar focos de instabilidade, através do controlo dos valores de pressão arterial, PPC, PAM, PIC, trocas gasosas e saturação de O<sub>2</sub>, e evitar lesões secundárias.

As *guidelines* de abordagem à pessoa em situação crítica por hemorragia subaracnoídea por rutura de aneurisma cerebral recomendam evitar o aparecimento das lesões cerebrais secundárias, entre outras complicações subjacentes: re-hemorragia, edema cerebral, hidrocefalia, vasospasmo, isquemia cerebral, hipo/hipernatremia, hipovolémia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, hipo/hiperglicemia, hipertermia, assim como crises convulsivas, problemas cardíacos, infeções associadas aos cuidados de saúde, como a pneumonia associada à intubação. Para tal, estes doentes exigem monitorização contínua, não só do controlo de parâmetros vitais (TA, FR, FC, PVC) e específicos (PAM, PIC, PPC), como a utilização de uma monitorização multimodal, que acrescente instrumentos de avaliação da pressão, fluxo, oxigenação e metabolismo cerebral (Connolly, et al. 2012; Steiner, et al. 2013).

Neste âmbito, o enfermeiro especialista em EMC deve ser um elemento dinamizador da equipa multidisciplinar, na identificação de sinais e sintomas, prevenção de lesões cerebrais secundárias e prestação de cuidados individualizados à pessoa em situação crítica, antes, durante e após o tratamento definitivo, através de intervenções

interdependentes e autónomas, que melhorem o *outcome* neurológico do doente, bem como, planejar intervenções para a sua readaptação funcional.

Segundo Wijdicks et al. (2015), a prestação dos cuidados a estes doentes é desafiadora, pela complexidade, dada a rapidez de deterioração ou flutuação do seu estado clínico, exigindo equipas com experiência na gestão de cuidados neurocríticos.

Na UCIP, a pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica necessita de ventilação mecânica invasiva (VMI). Tal como refere Mendes (2015) a utilização da VMI é uma técnica recorrente, permitindo através da utilização de ventiladores específicos e de uma interface invasiva, reduzir o trabalho ventilatório e manter a oxigenação/ventilação. São vários os objetivos para iniciar a ventilação mecânica, tais como: corrigir a hipoxia, a hipercapnia, o *stress* fisiológico e/ou insuficiência respiratória. Estas condições são muitas vezes causadas por infeção, trauma, sépsis, insuficiência cardíaca, entre outras. Em situações específicas, os doentes não conseguem manter as suas vias aéreas permeáveis, nomeadamente quando existe lesão ou doença neurológica ou então, encontram-se sob anestesia geral (Elliot & Elliot, 2018).

Durante o percurso de aprendizagem clínica ocorreu um caso de hipoxemia grave com necessidade de realizar oxigenação por membrana extracorporeal e VMI no modo controlado. A *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) ou *ExtraCorporeal Life Support* (ECLS) é uma técnica de suporte cardiopulmonar, que consiste na circulação artificial extracorporeal do sangue do doente, através de um circuito próprio até a uma membrana oxigenadora (permutador de gases) onde o sangue é enriquecido com oxigénio sendo removido o CO<sub>2</sub>, otimizando deste modo a oxigenação tecidual (ELSO, 2017). É de salientar a realização da Revisão Sistemática Rápida de Literatura sobre os benefícios dos doentes com *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) submetidos à ECMO, no âmbito da UC de Investigação, uma vez que os resultados da pesquisa apontaram que a utilização da ECMO como suporte cardiopulmonar restabelece a perfusão tecidual e diminui a hipoxia nos doentes com ARDS que se encontravam com suporte ventilatório invasivo. Vários estudos documentam que esta técnica diminui as taxas de mortalidade em doentes com insuficiência respiratória e hipoxemia grave, quando comparado com utentes que não foram submetidos à ECMO (Ventetuolo & Muratore, 2014). No estudo de Sun et al. (2013), a ECMO demonstrou ser a melhor terapia de suporte respiratório para tratar os doentes com ARDS, sendo possível observar a melhoria dos utentes a nível dos parâmetros ventilatórios, gasometria e radiograficamente. Também no estudo de Holzgraefe et al. (2017), verificou-se que a hipoxia é melhorada com a utilização da ECMO em doentes com ARDS sendo que

os valores de gasometria neste estudo melhoraram após a utilização desta técnica de suporte cardiopulmonar.

Perante o caso clínico supracitado, a doente encontrava-se sedo-analgesiada para um *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) de -5 (sem resposta à estimulação física ou verbal) com perfusão de propofol 2% e fentanilo segundo protocolo do serviço. A sedação é uma das atitudes terapêuticas instituída à pessoa em situação crítica, sendo também um dos protocolos mais utilizados na UCIP com o objetivo de induzir um estado de tranquilidade. Pode ser ligeira, moderada ou profunda, devendo ser estabelecido no início da terapêutica e reavaliado periodicamente, mediante a situação clínica do doente e suas necessidades. Existem duas escalas que são frequentemente utilizadas na UCIP do HNM, as quais tive oportunidade de aplicar: a Escala de Coma de Glasgow e a de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) que pretendem monitorizar a evolução do estado de consciência e de sedação/agitação.

Ainda sobre a VMI, também se identificaram as principais complicações inerentes, bem como, delinearam-se as intervenções para minimizá-las. Deste modo, pude aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos no CMEMC, desde o reconhecimento do modo ventilatório mais adequado com a situação clínica do doente, percebendo a sincronia entre o doente e o modo ventilatório, manutenção da permeabilidade da via aérea através da aspiração de secreções após a administração de oxigénio a 100%, elevar a cabeceira a 30° de forma a evitar a aspiração de secreções ou vômito, face a uma avaliação pormenorizada, no sentido de prevenir complicações, e reavaliando as intervenções de enfermagem implementadas.

Sendo assim, no cuidar da pessoa em situação crítica submetida à VMI, implementei intervenções de enfermagem, particularmente, realizei auscultação pulmonar, controlo de gasometria arterial de 4/4horas (para identificar alterações respiratórias e/ou metabólicas), vigilância hemodinâmica, isto porque, a VMI pode provocar aumento da pressão intratorácica e, deste modo, diminuição do retorno venoso e conseqüente diminuição do débito cardíaco, bem como, implementei o Feixe de Intervenções na prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), os quais descreverei posteriormente. Apliquei o rácio como indicador do estado da lesão pulmonar, abordado nas aulas teóricas, e realizou-se o cálculo:  $\text{rácio} = \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \times 100$ . No caso de um doente que apresentava rácio de 151 sendo inferior a 200 e, portanto, apresentando lesão pulmonar grave.

Também surgiu oportunidade de, em equipa multidisciplinar, estabelecer a adequação do modo ventilatório e respetivos parâmetros à evolução fisiopatológica do



doente. Em colaboração com a equipa de enfermagem, pude realizar a montagem do circuito dos ventiladores de pressão positiva (observei a escolha dos modos ventilatórios, programação do volume corrente e da frequência ventilatória, programação do tempo inspiratório, do *trigger* e programação dos alarmes e monitorização). Também tive a possibilidade de colaborar com o enfermeiro especialista em Reabilitação no plano de estratégia de desmame ventilatório e presenciei uma extubação do tubo orotraqueal. Reis (2013) indica alguns aspetos a considerar para se proceder ao desmame ventilatório, nomeadamente, adequado estado de consciência do doente, normotermia e evidência de boa perfusão periférica, radiografia de tórax sem evidência de infiltrados pulmonares relevantes, estabilidade hemodinâmica (apesar de amins ou balão intra-aórtico) e reintervenção cirúrgica não previsível.

Verifiquei que a pessoa em situação crítica frequentemente apresenta desequilíbrios eletrolíticos, nomeadamente, hipocaliémia/hipercaliémia, e, deste modo, tive a oportunidade de gerir protocolo de potássio sérico mediante os resultados analíticos a fim de corrigir as alterações, como também, houve situações em que tive de alertar a equipa médica precocemente, assegurando cuidados de qualidade.

Os distúrbios eletrolíticos são frequentes nas UCI, por razões multifatoriais. A ressuscitação com elevados volumes de fluidos pode contrair alterações a nível da autorregulação, desenvolvendo hiperclorémias, acidoses metabólicas e/ou hipercaliémias (Vítor, 2018).

Saliento uma situação de uma pessoa em situação crítica que sofreu uma queda de aproximadamente quatro metros tendo sido diagnosticada fratura da bacia, apresentando sinais de choque hemorrágico, particularmente: palidez, sudorese facial, pele fria e cianosada, hipotensão, taquicardia e oligúria. Este doente foi submetido a diversos procedimentos invasivos como cateter venoso central (CVC), cateter arterial periférico (linha arterial), cateter vesical, VMI para a sua recuperação e estabilização hemodinâmica. Considero que esta situação permitiu-me colaborar nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, e, interpretar os sinais e sintomas de falência orgânica, identificar os focos de instabilidade, atuando de forma pronta e antecipatória, executando técnicas de alta complexidade dirigidos ao doente, contribuindo deste modo para a manutenção da vida.

Relativamente aos doentes do foro cardiovascular, para Ponce e Mendes (2016), “a finalidade da monitorização hemodinâmica é caracterizar o estado cardiovascular do doente, identificando as causas da insuficiência cardiovascular e monitorizar a resposta a terapêuticas específicas que pretendem restaurar a suficiência cardiovascular” (p. 175).

Todos os doentes admitidos na UCIP apresentam monitorização eletrocardiográfica e os registos devem incluir as características do traçado cardíaco e registo da frequência cardíaca consoante a situação clínica do doente. Identifiquei alterações do ritmo cardíaco, como a bradicardia sinusal, fibrilhação auricular e taquicardia sinusal, sendo necessário informar o médico de modo a ajustar ou prescrever terapêutica, mantendo a monitorização e vigilância. Neste percurso não foi possível assistir à pessoa em situação crítica que necessitasse de cateter de *Pulse index Contour Continuous Cardiac Output (PiCCO)*, tendo complementado os conhecimentos sobre este tipo de monitorização invasiva através da pesquisa bibliográfica.

Durante o percurso foi possível colaborar na colocação do cateter arterial realizado pelo médico. A colocação de uma linha arterial está indicada quando se pretende obter uma monitorização contínua da pressão arterial, permitindo ainda a recolha de amostras de sangue para gasometrias e/ou amostras laboratoriais. Para avaliação da pressão arterial de modo invasivo é necessário a punção de uma artéria, sendo a mais frequente a artéria radial ou femural, a qual fica ligada a um sistema de fluxo de alta pressão, com soro heparinizado (Azeredo & Oliveira, 2013). Os autores referem também que a conexão da linha arterial ao transdutor de pressão permite fazer a leitura convertendo em valores numéricos de pressão sistólica, diastólica e média. Estes valores de pressão arterial quando interpretados fornecem dados sobre a estabilidade hemodinâmica do doente, designadamente sobre o fluxo sanguíneo.

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro a responsabilidade por garantir a fidedignidade dos dados mostrados no monitor, devendo ser conhecedor, não só das técnicas necessárias a uma adequada monitorização invasiva, como também deter um conhecimento teórico-científico para avaliar com base numa análise crítico-reflexiva o doente (Azeredo & Oliveira, 2013).

Deste modo, pude refletir sobre a monitorização arterial invasiva da pessoa em situação crítica de forma a adquirir os conhecimentos necessários para a elaboração de um plano de cuidados organizado. Durante a aprendizagem clínica, identifiquei focos de instabilidade relativamente ao estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica mediante a compreensão e interpretação dos dados de monitorização obtidos, nomeadamente, quando a tensão arterial média apresentava valores superiores ultrapassando o determinado objetivo terapêutico ou vice-versa quando apresentava valores inferiores podendo pôr em causa a situação clínica do doente, sendo necessário gerir de modo eficaz de acordo com a terapêutica instituída como a perfusão de suporte vasopressor (noradrenalina) segundo

protocolo do serviço. Destaco que apliquei pela primeira vez o protocolo da noradrenalina. A gestão da administração de noradrenalina segundo o protocolo do serviço impõe a necessidade de garantir uma resposta em tempo útil e adequada com vista à prevenção de complicações e à otimização do foco no resultado esperado. Nestas situações implementei intervenções de enfermagem adaptadas com a avaliação e a monitorização através de uma vigilância contínua com a monitorização da pressão arterial invasiva, FC, traçado cardíaco, FR e dos restantes sinais de modo a estabilizar a TA do doente. Considero que foi uma prática favorecedora neste percurso geradora de sentimentos de segurança e habilidade técnica.

Neste percurso, também surgiu a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de nutrição entérica, segundo protocolo da UCIP, com o objetivo de melhorar o prognóstico, diminuindo assim, a mortalidade associada às complicações da desnutrição. Marinho (2015) menciona que “todos os doentes que se encontrem estáveis hemodinamicamente e com tubo digestivo funcionando devem iniciar o suporte nutricional precocemente (< 24 horas)” (p. 312). Complementando, Cardoso (2016) refere ainda que a alimentação permite manter a integridade da mucosa intestinal, previne a sua atrofia, o aumento da permeabilidade e a translocação bacteriana.

Deste modo, segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, desenvolvi a unidade de competência específica, ***garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.***

Nesta perspetiva, a monitorização é fundamental para a identificação precoce de alterações hemodinâmicas e focos de instabilidade, atuando e / ou informando à equipa médica. Além disso, é essencial ter em atenção a especificidade da pessoa em situação crítica e riscos associados, como a presença de feridas cirúrgicas (risco de infeção, deiscência, hemorragia), a presença de drenos (risco de hemorragia e infeção), dispositivos invasivos como a sonda nasogástrica, o cateter venoso central, linha arterial e cateter vesical (risco de exteriorização, infeção, hipoperfusão) e complicações devido à imobilidade (trombose venosa profunda).

A passagem de turno entre a equipa de enfermagem é fundamental para a transmissão de informação acerca de cada doente, contribuindo para uma reflexão e análise para o desempenho na prestação de cuidados. Deste modo, após escutar a passagem de turno, consultava o processo clínico do doente que estava à minha responsabilidade, verificando exames complementares de diagnóstico, registos de enfermagem e médico, plano de cuidados, a terapêutica atual (certificando toda a medicação ao longo do turno), bem como,

verificava o documento próprio de monitorização. Posteriormente, fazia uma avaliação junto do doente que reunia o estado de consciência ou grau de sedação, presença de dor, sistema respiratório e cardíaco (conexão ao ventilador, características da respiração, auscultação pulmonar, saturação de oxigénio, traçado cardíaco, pressão arterial, pressão arterial invasiva), perfusões e cateteres central e arterial, nutrição (presença de ruídos peristálticos), feridas cirúrgicas caso fosse o caso, drenagens e características, eliminação vesical/intestinal, balanço hídrico, estado da pele. Ou seja, de acordo com cada situação clínica, é necessário fazer uma avaliação pormenorizada ao doente, atendendo às suas especificidades. Deste modo, planeei os cuidados de enfermagem individualizados de modo a dar resposta às suas necessidades, assegurando uma intervenção visando a prevenção de complicações e readaptação funcional, bem como, assegurar a continuidade de cuidados.

#### Segundo o Regulamento nº 429/2018

os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (p.19363).

Assim, pude desenvolver as diferentes habilidades técnicas e científicas, beneficiando de todas as oportunidades que surgiam que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas respostas humanas aos processos fisiológicos e fisiopatológicos, no bem-estar, na monitorização e vigilância, bem como, no respeito pela sua individualidade e direitos humanos. Assim, de acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, desenvolvi a unidade de competência específica ***presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica***.

Nesta realidade da UCIP do HNM, na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica com alterações do nível de consciência, com terapêutica sedativa e submetida a ventilação mecânica invasiva, considera-se a dor um desafio para os profissionais de saúde. Deste modo, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica deve também desenvolver competências na área da comunicação interpessoal com o doente e família/cuidador, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, de forma a prestar cuidados de forma holística e de qualidade.

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica e a sua manifestação está relacionada quer com a patologia de base que motivou o seu internamento, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é submetida (Durão & Teixeira, 2016).

Na UCIP, a pessoa em situação crítica, geralmente, apresenta medicação analgésica contínua e outros analgésicos prescritos caso seja necessário. Durante o meu percurso de aprendizagem clínica, os doentes a quem prestei cuidados encontravam-se sob VMI, incapacitados de comunicar, e, a avaliação da dor foi realizada através da *Behavioral Pain Scale* (BPS), a qual tive oportunidade de conhecer e aplicar, bem como, gerir a medicação para a dor de acordo com os sinais de dor manifestados pelo doente.

Durão e Teixeira (2016) referem que a *Behavioral Pain Scale* é a mais adequada para avaliação da dor nos doentes de cuidados intensivos e tendo em consideração que a dor é um sinal vital sempre presente nos doentes em UCI, o conhecimento das escalas e indicadores de dor mais adequados contribuem para uma prática de melhor qualidade e baseada em evidência.

Já em 2014, Ferreira et al. citam que

o tratamento da dor em doentes críticos depende não só da capacidade clínica de uma avaliação reprodutível, mas também da capacidade de monitorizar o doente para determinar a eficácia das terapêuticas instituídas. A implementação de escalas de dor em UCI melhoram os outcomes clínicos, incluindo menor recurso a agentes analgésicos e sedativos bem como menor duração de ventilação mecânica e duração de internamento em UCI. As consequências físicas e psicológicas deletérias da experiência de dor não tratada são significativas e duradouras. Quando comparados com controlos saudáveis, os doentes críticos que relatam experiências dolorosas no internamento em UCI, apresentavam maior incidência de dor crónica, perturbação de stress pós-traumático e menor qualidade de vida (p.17).

A existência de protocolos terapêuticos na UCIP permite ao enfermeiro monitorizar e adequar a analgesia ao doente de forma pronta, contribuindo para o alívio da dor e bem-estar. O enfermeiro deverá também basear-se nos indicadores fisiológicos como frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, bem como, nos indicadores comportamentais de acordo com a escala BPS como: expressão facial (relaxada, parcialmente contraída, completamente contraída e careta); movimento dos membros superiores (sem movimento, parcialmente fletidos, muito fletidos com flexão dos dedos e retraído, resistência aos cuidados) e adaptação ao ventilador (tolera a ventilação, tosse mas tolera a ventilação e maior parte do tempo, luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes e incapaz de controlar a ventilação) e ainda no apoio da família/cuidador. Relativamente à avaliação da dor segundo a escala BPS, para cada comportamento observado em cada item, é atribuído uma pontuação, sendo a pontuação mais alta (12) associada à máxima dor e a pontuação mais baixa (3) à ausência de dor.

Durante a aprendizagem clínica, no cuidar da pessoa em situação crítica, fui capaz de identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, sobretudo durante o posicionamento, o doente manifestou fácies de dor, sudorese intensa, hipertensão e taquicardia. Perante esta situação tive o cuidado de antecipar a administração de analgesia prescrita antes do posicionamento ao doente, bem como, na colocação ou retirada de drenos torácicos e/ ou no tratamento de feridas, contribuindo assim para o controlo e alívio da dor e proporcionando cuidados de qualidade. López-López et al. (2018) através de um estudo realizado evidenciam que os procedimentos de enfermagem, nomeadamente a aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal (TOT) e o posicionamento dos clientes politraumatizados graves, não comunicativos e sob VMI, são dolorosos, devendo ser administrada analgesia preventiva.

Também tive em conta a implementação de medidas não farmacológicas para o alívio e controlo da dor face às necessidades da pessoa em situação crítica, contribuindo para o seu bem-estar físico, psicossocial e espiritual, tais como: posicionamento adequado, massagem, verificação da posição do tubo orotraqueal, imobilização de fraturas, informando os procedimentos que irão ser efetuados, utilizando um tom de voz baixo, proporcionando um ambiente tranquilo, tocando na pessoa de forma calma e para que não sintam que estão só, analisando a natureza pluridimensional da dor, avaliando a dor e reformulando o plano de cuidados.

Assim, segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, desenvolvi a unidade de competência específica ***faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.***

Neste percurso, como aluna de especialidade perante o cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, surgiu a inevitabilidade de lidar com a morte e transmissão de más notícias.

De acordo com Buckman (1992) a transmissão de más notícias é uma realidade constante no quotidiano do enfermeiro e constitui uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais que origina, os quais podem afetar a qualidade de desempenho neste domínio. É uma situação que exige da parte do enfermeiro uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e experiência. Causa muitas vezes desconforto e angústia tanto na pessoa que recebe a notícia, pois há uma quebra entre as suas expectativas e a realidade em si, como ao profissional de saúde que a comunica, pois este tem a noção de que induz sofrimento acrescido.

A este propósito, Amaral (2013) refere que adotar estratégias, com base num modelo de transmissão de más notícias, favorece o desenvolvimento da empatia, da credibilidade e da confiança.

O acompanhamento à família/cuidador deve ser realizado desde a admissão da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Nos momentos que precedem a morte, torna-se essencial o apoio no planeamento de cuidados, particularmente, na despedida presencial da família/cuidador, bem como, o apoio emocional. Durante a minha vida profissional vivenciei algumas vezes “processos de luto”, e a minha conduta neste percurso formativo foi semelhante, no sentido de preparar a família/cuidador para o estado em que o doente se encontra, atendendo à sua privacidade, garantindo um ambiente tranquilo, utilizando um tom de voz calmo, dando todo o apoio emocional através do recurso à comunicação verbal e não-verbal, demonstrando disponibilidade, empatia, promovendo uma escuta ativa, permitindo também o apoio espiritual desde que solicitado e/ou aceite pela família/cuidador.

Nesta linha, perante uma situação de transmissão de más notícias foi possível aplicar o protocolo de Buckman, segundo a metodologia de SPIKES (*Setting Up The Interview; Perception, Inventation; Knowledge; Emotions; Strategy and Summary*), abordado nas aulas teóricas do CMEMC, e deste modo, auxiliando e promovendo a consciencialização no momento, contribuindo para a “dignificação da morte” e do processo de luto. De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), no artigo 84.º, o enfermeiro assume o dever de informar a família, e no artigo 87.º na alínea c) está explícito que o enfermeiro assume o dever de respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte, o que se relaciona com a qualidade humana dos procedimentos *post mortem*, tanto imediatos (ao corpo) como posteriores (por exemplo, no transporte para a casa mortuária).

Assim, de acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, desenvolvi a unidade de competência, ***assiste a pessoa/família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.***

Neste percurso, pude relacionar os conhecimentos com base nas temáticas abordadas nas aulas teóricas, como o acolhimento, o luto, a conferência familiar, a transmissão de más notícias e considero que o processo do cuidar da pessoa em situação crítica envolve a sua família/cuidador, pelo que o seu acolhimento se torna crucial. Pude verificar que a admissão do doente na UCIP é geralmente, um evento súbito na vida pessoa e família/cuidador. Meleis (2010) descreve este período como um momento de rutura e crise

em que a família vivencia uma situação de transição e em que é necessária a adaptação a esta nova realidade. Neste contexto, atendendo aos cuidados humanizados e de qualidade, a UCIP dispõe de um guia de acolhimento para a família/cuidador, que pretende facilitar o acompanhamento da família/cuidador com a finalidade de acolher e minimizar o sofrimento, o medo e angústia causada pelas dúvidas e pelo ambiente associado à situação crítica. A família/cuidador face a um ambiente estranho, à ansiedade sentida pelo diagnóstico inicialmente desconhecido, à alteração de papéis familiares, evidencia sentimentos de desespero e *stress*. Nesse sentido, o enfermeiro deve avaliar a estrutura, o desenvolvimento familiar e identificar necessidades de apoio, quer a nível do desempenho de novos papéis, quer a nível dos recursos familiares para a manutenção do funcionamento familiar.

Para Botelho et al. (2011), o ambiente dos cuidados intensivos divide-se em dois temas distintos: o ambiente tecnológico, que é descrito como desagradável em que o “ouvir o alarme do monitor cardíaco” o “ouvir os ruídos e alarmes” é fonte de *stress* e o comportamento no cuidar em enfermagem, gerador de sentimentos positivos, nomeadamente de segurança, confiança e tranquilidade, associados à perceção da empatia e do profissionalismo da equipa no domínio das suas competências.

Corroborando, Silva e Fernandes (2016) referem que

o período da visita é considerado uma oportunidade de aproximação do familiar para reforçar vínculos e demonstrar que, naquele momento de angústia e ansiedade, ele não está sozinho. Existe alguém que reconhece as suas inquietações, o seu sofrimento e que assume o compromisso de o apoiar, de o proteger e de o ajudar (p.27).

Tive oportunidade de assistir e participar com a enfermeira tutora no acolhimento e acompanhamento à família/cuidador estabelecendo uma relação terapêutica, explicando como irão encontrar o seu familiar e a gravidade da sua situação, identificando as suas necessidades de informação como: informando sobre o ambiente da UCIP, os monitores e alarmes no sentido de não inquietar a família/cuidador, adotando uma postura de disponibilidade e esclarecimento, do respeito e da responsabilidade pelo doente e família em situação crítica e na valorização do seu papel de forma a garantir o seu envolvimento e o processo de transição saudável. Considero que atitudes como o diálogo, a escuta, mostrar disponibilidade, a empatia, o partilhar cuidados são fundamentais para promover uma relação terapêutica, contribuindo assim para aumentar a satisfação e bem-estar da pessoa e família/cuidador. Segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, desenvolvi as unidades de competências específicas, ***gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*** e



***gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.***

No que concerne à competência específica ***maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*** do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, igualmente neste contexto, norteei a minha prática pelas normas emanadas pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CGL-PPCIRA), que visa reduzir a taxa de IACS, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos preconizadas no Despacho nº 15423/2013, considerando o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Norma nº 019/2015, de Prevenção de Infeção relacionada com Cateter Venoso Central na Norma nº 022/2015 e de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação na Norma nº 021/2015 da DGS. Como já referido no ensino clínico anterior, a minha prática é pautada pela prevenção e controlo da infeção, de acordo com as Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), nomeadamente: a higienização das mãos, a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) na prestação de cuidados diretos ao doente, os princípios de assepsia, a desinfeção prévia das conexões do CVC e CA (cateter arterial) para a sua manipulação, a correta seleção e encaminhamento dos lixos, através de circuitos próprios e definidos, bem como, a utilização correta do isolamento. Verifiquei também que a equipa multidisciplinar cumpre com as PBCI, desde a utilização de material de uso único descartável, a correta higiene das mãos e técnica asséptica nos procedimentos. Averigui que na UCIP existem condições que beneficiam a manutenção das normas de prevenção da higiene hospitalar, encontrando-se equipada com lavatórios para lavagem das mãos e com dispensadores de água e sabão automáticos, assim como, as unidades dos doentes estão separadas estruturalmente e todas contêm dispensador de SABA. Todo o material utilizado na unidade do doente é individualizado, desde o destinado à infusão, à monitorização, à alimentação, à higiene e conforto e à ventilação. Após a alta do doente é realizada uma limpeza e desinfeção cuidadosa e pormenorizada da unidade do doente pela assistente operacional e sob supervisão do enfermeiro.

Para File (2016) o grande índice de infeção da pessoa em situação crítica prende-se ao conjunto de procedimentos invasivos a que estão sujeitos, designadamente, intubação

oro-traqueal, VMI, circulação extracorpórea, presença de drenos e dispositivos de monitorização, conforme já mencionado anteriormente.

Nesta perspetiva, a infeção é foco de atenção para todos os profissionais de saúde e na UCIP cumprem-se também as recomendações normativas para a prevenção e controlo de colonização e infeção por *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) (DGS, 2015). Todos os doentes internados cumprem com o protocolo instituído na UCIP com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes, aplicados nos cuidados de higiene diário durante os primeiros cinco dias após a admissão. Quando existem fatores de risco e suspeita de infeção por MRSA é realizada uma zaragatoa nasal e implementadas medidas de isolamento. De acordo com o Relatório Anual do Programa Prioritário da DGS (2018) entre 2014 e 2017 a percentagem de isolados de MRSA sofreu uma diminuição significativa de 8,2%, o que significa que é fundamental a implementação de medidas para a prevenção da infeção por este microrganismo.

Os procedimentos que se referem à prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI) são também considerados na UCIP e visam prestar cuidados adequados e baseados em evidência, de acordo com o divulgado no projeto “STOP Infeção Hospitalar” implementado no HNM em 2015. De acordo com a Norma nº 021/2015 a PAI “é a pneumonia que surge em pessoa com tubo oro-traqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas” (p. 5). Segundo a Norma “a pneumonia associada à intubação é a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade” (p. 6). De acordo com os valores de 2017 sobre a pneumonia associada à ventilação, verificou-se uma densidade de incidência de PAV por 1000 dias de entubação de 6,6 (DGS, 2018).

Atendendo a esta problemática, apliquei o “Feixe de Intervenções” de prevenção da PAI, executando a avaliação como: rever, diminuir e/se possível parar a sedação; analisei e avaliei diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; mantive a cabeceira do leito num ângulo  $\geq 30^\circ$ , realizei a higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2% de 4/4 horas; verifiquei a posição do tubo endotraqueal, certifiquei a pressão do *cuff* (deve estar entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O); assegurei que os circuitos ventilatórios encontravam-se limpos, mantendo o circuito de ventilação fechado. Além disso, também auscultei o tórax, aspirei as secreções subglóticas e brônquicas, observei as características da expetoração e avaliei sinais e sintomas de infeção.

Realço que a UCIP do HNM dispõe de todos os materiais necessários para a realização de procedimentos técnicos e invasivos de forma segura. É fundamental ter sempre em conta que o risco de IACS existe, particularmente, na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; nesse sentido, a aprendizagem clínica surgiu como uma oportunidade para desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para dar resposta às necessidades de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, baseadas na evidência, visando cuidados de máxima qualidade.

No próximo subcapítulo irei descrever a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, no ensino clínico III - Opção, realizado na Unidade de Neutropénia do HNM.

#### **1.4. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de neutropénia**

A Unidade Curricular de Estágio III – Unidade de Neutropénia do HNM foi o último local de estágio preconizado pelo plano de estudos do CMEMC, o qual decorreu no período de 18 de Março a 23 de Abril de 2019 e contemplou um total de 375 horas, sendo que 198 horas foram dedicadas à prática clínica, 12 horas de orientação tutorial e 165 horas de trabalho autónomo, correspondendo a 15 ECTS. Para a concretização deste estágio foi elaborado um Projeto de Autoformação.

De acordo com a *World Health Organization* (2018) no que concerne às doenças oncológicas, registaram-se, em todo o mundo 18,1 milhões de novos casos, sendo 23,4% na Europa. Morreram 10 milhões de pessoas no planeta, vítimas desta patologia. Em Portugal, é a segunda causa de morte (25%) e a sua incidência aumenta, em média, cerca de 3% por ano. Um quarto da população em Portugal corre o risco de desenvolver cancro até aos 75anos e 10% poderão morrer desta doença. Perante esta realidade, dos números que os estudos científicos sobre o cancro nos revelam, concluímos que representa um enorme problema de saúde pública.

A Lei nº 53/2017, que cria e regula o Registo Oncológico Nacional, entrou em vigor no dia 1 de janeiro de 2018, sendo este “um registo centralizado assente numa plataforma única eletrónica que tem por finalidade a recolha e a análise de dados de todos os doentes oncológicos diagnosticados e/ou tratados em Portugal Continental e nas regiões autónomas” (p.3739). Segundo o Registo Oncológico da RAM foram identificados 1410 novos casos de

doenças oncológicas. Neste contexto, importa identificar os casos de tumores malignos que geralmente são tratados na Unidade de Neutropénia do HNM: o Linfoma Não Hodgkin - total de 52 casos (23 do sexo masculino e 29 do sexo feminino); o Linfoma Hodgkin – total de 10 casos (7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino); o Mieloma Múltiplo – total de 16 casos (6 do sexo masculino e 10 do sexo feminino); as Leucemias Mielóides – total de 14 casos (7 do sexo masculino e 7 do sexo feminino) e as Leucemias Linfóides – total de 14 casos (8 do sexo masculino e 6 do sexo feminino), incluindo uma faixa etária entre 0 a 85+ (Camacho et al., 2018).

Relativamente aos dados estatísticos destes casos supracitados, em Portugal no ano 2020, registou-se: para o Linfoma Não-Hodgkin 2098 novos casos; para o Linfoma Hodgkin 233 novos casos; para o Múltiplo Mieloma 886 num total de novos casos e ainda, para a Leucemia num total de 2098 novos casos (*World Health Organization*, 2021).

A Unidade de Neutropénia do HNM situa-se no oitavo andar – ala nascente, tendo sido inaugurada em janeiro de 2013, e conta com uma lotação de cinco camas, permitindo a prestação de cuidados aos doentes com leucemias agudas e linfomas e a todos os doentes que passem por períodos de neutropénia. Tem como missão vigiar, tratar doentes neutropénicos ou com alto risco de neutropénia, que necessitam de isolamento de proteção, de contenção, de tratamento e vigilância médica contínua (SESARAM, 2019). Entre 2016 e 2017 foram admitidas nesta unidade 335 pessoas com doença hematológica (Direção Regional de Estatística da Madeira, 2018).

A Unidade encontra-se dividida em duas áreas, a antecâmara que dá acesso à unidade, sendo a antecâmara o local de preparação para entrar/sair da Unidade de Neutropénia, particularmente para a realização da higienização das mãos e adequação de barreiras protetoras destinadas a todos que lá entram (profissionais de saúde e visitas). Na Unidade de Neutropénia existe também um sistema de ar por pressão positiva e filtros *High Efficiency Particulate Arrestance* (HEPA) - e ar condicionado. De acordo com o Manual do Grupo de Coordenação da Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2016), no que concerne o isolamento de proteção, os microrganismos transmitidos por contacto, gotículas, ar, água podem ser perigosos para o doente. Todos os doentes imunossuprimidos estão em risco de ficar colonizados ou infetados por microrganismos, ainda que sejam pouco patogénicos e referem como recomendações: as precauções básicas; o isolamento do doente; as barreiras protetoras; a deslocação do doente; os dispositivos médicos e a educação dos doentes e visitas.

A Unidade de Neutropénia do HNM encontra-se estruturada de forma a proporcionar uma visão global de todos os doentes admitidos, em *open space*. Deste modo, a sua distribuição e existência de equipamentos de monitorização, conduz à atuação imediata do enfermeiro quando surge alguma complicação. A monitorização é uma mais-valia para a deteção antecipada de alterações hemodinâmicas e/ou focos de instabilidade, permitindo atuar e/ou comunicar à equipa multidisciplinar, nomeadamente, à equipa médica. Pode também contar com o apoio de outras especialidades médicas quando necessário e/ou com a colaboração da nutricionista, psicóloga, equipa da unidade de dor crónica, assistente social, farmacêutica, técnicos de radiologia, técnicos de eletrocardiograma e capelão.

A equipa multidisciplinar da Unidade de Neutropénia é constituída por médicos hematologistas, enfermeiros generalistas, especialistas e assistentes operacionais. Existem quatro enfermeiros especialistas em EMC e os restantes são enfermeiros generalistas com experiência em Hemato-Oncologia superior a um ano, que asseguram cuidados nas 24 horas. O método de trabalho é por enfermeiro responsável.

De facto, o doente do foro hematológico quando submetido a quimioterapia, desde a sua entrada no hospital até à alta clínica experiencia um processo longo e complexo em que vários aspetos têm de se alinhar para que se obtenham os melhores *outcomes*. Geralmente, os doentes que dão entrada na Unidade de Neutropénia são provenientes do Hospital de Dia de Hemato-Oncologia, propriamente da consulta médica, ou diretamente do Serviço de Urgência ou ainda transferidos de outros serviços de internamento como por exemplo o serviço de Otorrino/Hemato-Oncologia e que requerem maior vigilância. A admissão do doente nesta unidade é deste modo da responsabilidade do médico de serviço e do diretor do serviço, que deverão transmitir a informação à equipa de enfermagem. Cabe ao enfermeiro que irá ficar responsável pelo doente preparar e verificar a unidade, supervisionar o seu bom funcionamento e acolher o doente e sua família/cuidador.

A alta ou a transferência é da responsabilidade do médico. Quando o doente é transferido, são os enfermeiros do serviço recetor que vêm buscá-lo, exceto na situação de agravamento clínico em que é o enfermeiro responsável do doente da Unidade de Neutropénia a acompanhá-lo até ao serviço destinado, e, também para a realização de exames complementares de diagnóstico, sendo que o tempo de exposição do doente imunodeprimido fora da unidade deve ser mínimo. O doente só se desloca perante a necessidade de outros exames que não possam ser realizados na Unidade; neste caso, se o doente se encontrar neutropénico deverá ser colocada máscara cirúrgica e a equipa de saúde deverá avaliar a necessidade de acompanhamento do doente pelo enfermeiro, e sempre com

recurso à mala de transporte intra-hospitalar conforme preconizado. O Serviço de Radiologia dá apoio à Unidade de Neutropénia nas 24 horas.

Quando o doente tem alta, é encaminhado para a consulta em Hospital de Dia de Hemato-Oncologia. A equipa médica é a mesma do internamento. O enfermeiro responsável do doente com alta informa o Hospital de Dia que o doente tem alta e confirma a marcação da consulta de seguimento, caso esteja agendada.

De acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, em relação à competência específica *cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica* foi meu objetivo demonstrar um nível de conhecimentos aprofundado, ao prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente hematológico com neutropénia.

Para Garrigues (2010), a maior consequência da neutropénia é o aumento do risco de infeção ou o agravamento de um processo infeccioso pré-existente. Pode ocorrer como perturbação hematológica primária, mas está frequentemente associada a outras perturbações, como sejam doenças malignas da medula óssea, anemia aplásica, anemia megaloblástica, uso de citostáticos e hiperesplenismo. O estado de imunocomprometimento refere-se a uma alteração do sistema de defesa do hospedeiro que leva o aumento da suscetibilidade às infeções.

A elaboração e implementação do Projeto de Autoformação foi um grande desafio, no qual pretendi dar maior ênfase a esta complicação, demonstrando o papel e a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica junto da pessoa e da família/cuidador neste âmbito. Portanto, este ensino clínico permitiu-me o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas no cuidado à pessoa e família/cuidador. Nesse sentido, o objetivo geral foi desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, nomeadamente, ao doente hematológico com neutropénia.

A metodologia do trabalho de projeto foi utilizada atendendo ao seu alto potencial formativo. Alves (2004) refere-se ao projeto como “...um trabalho sistemático e organizado, que deve concretizar-se num conjunto ordenado de atividades” (p.30). Este conduz à mudança, pois permite alterar um contexto, situações e resolver problemas, através da aprendizagem, aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências.

Deste modo, os objetivos específicos delineados no projeto de autoformação foram: cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença hematológica; avaliar e adequar metodologias de avaliação e análise de situações complexas

do doente; garantir a administração segura de protocolos terapêuticos complexos; assistir a pessoa e família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença hematológica com neutropénia; gerir a comunicação interpessoal no intuito de atingir a relação terapêutica com a pessoa/família neste contexto e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A possibilidade de experimentar situações desta natureza ao fim de dez anos de experiência profissional no Serviço de Medicina Interna e no contexto da realização da especialidade em EMC foi desafiante e veio, de certa forma, confirmar a escolha da área de Opção. Sendo a Hematologia uma área do cuidado que impõe rigor e responsabilidade em todo o cuidado que é prestado, é exigido ao enfermeiro uma prática especializada pois requer o conhecimento científico, específico e competências diferenciadas para uma prática de cuidados de qualidade máxima.

No início do ensino clínico procurei conhecer a dinâmica organizacional e funcional da Unidade de Neutropénia, integrar-me na equipa multidisciplinar, cooperando e interagindo com a mesma. Através da observação e acompanhamento da equipa de enfermagem, fui apreendendo os cuidados prestados ao doente hematológico com neutropénia, de forma a operacionalizar os conhecimentos e poder prestar cuidados de enfermagem especializados.

Durante a prática clínica pude colaborar no acolhimento e acompanhamento de vários doentes na Unidade de Neutropénia, com uma diversidade de patologias, tais como: Leucemia Mielóide Aguda; Linfoma Hodgkin; Linfoma Não-Hodgkin; Síndrome Mieloproliferativo; Síndrome Mielodisplásico e Púrpura Trombocitopénica Idiopática, o que exigiu a mobilização e o aprofundamento de conhecimentos sobre a fisiopatologia, sinais e sintomas e tratamento adequado como a quimioterapia, de modo a identificar os focos de atenção requeridos pelos doentes. Desta forma, pretendi conhecer todo o percurso destes doentes, com o intuito de prestar cuidados de enfermagem especializados, dando resposta às suas necessidades, prevenindo complicações através de monitorização não invasiva, vigilância contínua e uma intervenção precoce, tendo em vista o seu bem-estar, conforto e a melhoria da qualidade de vida.

Neste âmbito, o acolhimento e o acompanhamento da pessoa e família/cuidador na Unidade de Neutropénia constituíram oportunidades de vivenciar situações não familiares, bem como, estabelecer prioridades nas intervenções executadas de modo a dar resposta de

forma pronta e antecipatória aos focos de instabilidade e deste modo, procurando minimizar e aliviar sinais e sintomas decorrentes do tratamento, assegurando a prevenção de complicações, bem como, estabelecendo uma relação terapêutica com base na comunicação interpessoal, promovendo o bem-estar e conforto da pessoa e família/cuidador, a sua autonomia e com respeito à sua individualidade, visando a máxima qualidade de cuidados. Isto permitiu-me planear intervenções para minimizar os riscos e garantir cuidados seguros, cumprindo deste modo, o plano de cuidados de enfermagem individualizado (apreciação inicial, diagnósticos, intervenções e resultados).

O desenvolvimento de competências nesta área fez-se particularmente pela necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos, bem como, através da reflexão crítica sobre a prática, sendo esta componente reflexiva fundamental para a tomada de decisão adequada, face à complexidade das complicações associadas à doença e tratamento que poderiam surgir.

Para Andrade (2012)

é responsabilidade do enfermeiro o planeamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento. Cabe ainda aos enfermeiros oferecer cuidados específicos aos utentes submetidos a quimioterapia e assisti-los nos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento (p.29).

Nesse sentido, de modo a cumprir na íntegra o cuidar do doente do foro hematológico, propus-me à realização da pesquisa bibliográfica e consulta dos protocolos existentes da unidade inerentes à intervenção do enfermeiro na deteção e prevenção das complicações relacionadas com a quimioterapia com a finalidade de estar alerta sobre os seus efeitos secundários e das intervenções a ter em conta para evitá-las. Verifiquei, no decorrer da aprendizagem clínica, a precisão da equipa de enfermagem na identificação das complicações decorrentes da quimioterapia. Deste modo, procurei sempre conhecer o tratamento instituído de forma a realizar a sua correta administração e informar ao doente os prováveis efeitos secundários, uma vez que, o doente, ao estar informado, pode evidenciar os sinais e sintomas atempadamente e evitar outras complicações mais graves, que podem colocar em risco a sua vida. De acordo com Silva e Dias (2007), a consciencialização do doente e família em relação aos sinais e sintomas provocados por este tipo de toxicidades contribui para uma deteção e atuação mais precoce no processo de tratamento.

Nesta linha, a decisão por um regime quimioterápico específico é um processo complexo que deve ser personalizado para cada doente, levando em consideração os diversos fatores do hospedeiro (disfunção orgânica, genótipo, interações medicamentosas, idade,



doenças concomitantes e performance clínica) e do tumor (características patológicas, moleculares e algoritmos para estratificação de risco) (Bardia & Chabner, 2015). A quimioterapia tem por finalidade destruir as células em divisão, como por exemplo as células neoplásicas, mas também afecta as células normais dos tecidos com capacidade de divisão rápida, como é o caso das células da pele, mucosas e sanguíneas (Silva & Dias, 2007).

De acordo com Fathi (2015) o tratamento da Leucemia Mielóide Aguda envolve quimioterapia de indução a remissão, seguida de tratamento pós-remissão (consolidação). A forma mais comumente usada de quimioterapia de indução é o denominado esquema “7 + 3”, que consiste em 3 dias de administração de uma antraciclina, como idarrubicina e 7 dias de citarabina por infusão, tal como verifiquei na Unidade de Neutropénia. Segue-se a administração de quimioterapia de consolidação por 2 a 4 meses após a obtenção de remissão, habitualmente com citarabina em altas doses, duas vezes ao dia, nos dias 1, 3 e 5 do tratamento por 3 a 4 ciclos.

Durante o percurso de aprendizagem clínica pude consultar protocolos de quimioterapia como tratamento específico, tendo tido a possibilidade de colaborar na aplicação de alguns desses protocolos prescritos pela equipa médica.

Os protocolos de quimioterapia são identificados por siglas, conforme os medicamentos utilizados. Durante esta prática de ensino clínico decorreram os seguintes tratamentos:

- IDAC (Idarrubicina + Citarabina (ARA-C)) utilizado no tratamento de 1ª consolidação (2ºCiclo) num doente com Leucemia Mielóide Aguda;
- ARA-C (Citarabina) utilizado no tratamento de 2ª consolidação (3ºCiclo) num doente com Leucemia Mielóide Aguda;
- FLAG (Fludarabina + Citarabina (ARA-C)) utilizado no tratamento de indução (1ºCiclo) num doente com Leucemia Mielóide Aguda pós-Síndrome Mielodisplásico;
- ESHAP (Etoposido + Cisplatina + Citarabina (ARA-C) + Manitol + Metilprednisolona) utilizado no tratamento de 2ª linha (1ª linha fez 6 ciclos de R-CHOP com remissão completa) num doente com recidiva de doença Linfoma Não-Hodgkin;
- CHOP (Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Vincristina + Prednisolona) utilizado no tratamento de indução (1ºCiclo) num doente com Linfoma Não-Hodgkin;

- R - CHOP (Rituximab + Ciclofosfamida + Doxorubicina + Vincristina + Prednisolona) utilizado no tratamento na 2ª consolidação (3º Ciclo) num doente com Linfoma Não-Hodgkin (21 em 21 dias).

É de salientar que analisei através de pesquisa de estudos científicos que a taxa de cura para o Linfoma Não-Hodgkin difuso de grandes Células B (subtipo mais comum) melhorou desde a introdução do anticorpo monoclonal anti CD20 (rituximab) para doentes com expressão CD20 combinado com o esquema CHOP.

Durante a aprendizagem clínica verifiquei que é protocolo antes da administração de quimioterapia, colocar-se um balão de soro fisiológico com um prolongamento e preenchido com soro e este é adaptado às conexões dos sistemas de quimioterapia que já vem preparada do Hospital de Dia de Hemato-Oncologia e dentro de uma caixa, sendo esta devidamente entregue à Unidade de Neutropénia por um assistente operacional. O enfermeiro responsável confirma os dados da quimioterapia (citostáticos) com o protocolo prescrito pelo médico, incluindo o nome do doente, a dose, a hora, os citostáticos e assina o documento correspondente. Quando a quimioterapia termina é realizada uma “lavagem” com soro fisiológico, o balão de soro previamente adaptado serve para evitar o ar do sistema, evitando também o risco de extravasamento de quimioterapia ao retirar o sistema e diminuindo o risco de salpicos de citostáticos ao adaptar os balões. Todas as intervenções supracitadas estão preconizadas no Manual do Serviço, no que concerne à administração de quimioterapia no internamento pelo enfermeiro da Unidade segundo o Procedimento nº 012.

Relativamente ao manuseamento e administração de quimioterapia tive sempre o cuidado de usar as medidas de proteção individual necessárias, como, a colocação de máscara, óculos de proteção, luvas e bata de proteção, de acordo com o protocolo supracitado. Presenciei de igual modo a implementação destas medidas pela equipa de enfermagem aquando do manuseamento de quimioterapia.

Ao lado da sala de trabalho encontram-se três grupos para triagem de lixo hospitalar: saco preto - grupo II; saco vermelho - grupo III e saco branco - grupo IV. No entanto, todo o material que envolve uso de citostáticos na sua manipulação e administração é devidamente triado e selado fora da área de circulação da Unidade de Neutropénia, correspondendo ao grupo IV.

Quando o doente faz quimioterapia, até 72 horas após a sua execução, há que ter especial atenção aquando da manipulação de urina, pois a quimioterapia geralmente é eliminada na urina sob forma de metabolitos até 48h-72h após o término do tratamento citostático (Costa et al., 2005). Nesse sentido é necessário orientar o doente para puxar o

autoclismo antes de usar a sanita e duas vezes após o uso. No caso de ser necessário realizar a medição de urina por turno é orientado para o doente utilizar o urinol/arrastadeira. Deste modo, verifiquei que as assistentes operacionais cumprem os procedimentos de acordo com o preconizado pela DGS através do uso de máscara, avental ou bata, luvas e óculos de proteção quando eliminam a urina e lavam o dispositivo de recolha e que esta não é eliminada após a primeira micção, mas sim no fim de cada turno ou quando a arrastadeira/urinol se encontra cheio, tendo sempre o cuidado de tapar o urinol e a arrastadeira.

Segundo Santos (2010), em todas as áreas de manuseamento de citotóxicos deve existir um *kit* de derramamento, estando num sítio alcançável e pronto a utilizar. Este tem como objetivo garantir a recolha, limpeza e eliminação adequada de medicamentos citotóxicos, por forma a evitar a contaminação do meio ambiente envolvente e dos operadores envolvidos. Num *kit* de derramamento deve existir uma bata de proteção de baixa permeabilidade, dois pares de luvas (um deles de manipulação de quimioterapia), máscara respiratória de auto-filtração P3, um par de óculos de proteção, um par de protetores de sapatos, manual de instruções para utilização, folheto de informações de manuseamento, dois sinais de emergência, um saco próprio para colocação de resíduos, panos absorventes, detergente alcalino, uma embalagem para resíduos corto-perfurantes, um fio para selar, um pano, pó Green Z, uma pinça, um pano de algodão, uma pá e uma fita para sinalizar a área contaminada (Santos, 2010). Na Unidade de Neutropénia do HNM verifiquei que o hospital não adquire *kits* já constituídos, mas existe um *kit* preparado pela equipa de enfermagem, semelhante ao supracitado, no caso de haver derramamento de citostáticos. No decorrer da prática clínica não verifiquei esta ocorrência.

Existe também um protocolo de atuação em caso de extravasamento dos citostáticos, uma vez que a forma de atuar não é a mesma para todos os fármacos, dependendo do fármaco administrado ser vesicante ou irritante. Lewis et al. (2011) abordam o extravasamento da quimioterapia como uma emergência quimioterápica, em que extravasamento é caracterizado como a saída acidental do citostático para o espaço extravascular. São vesicantes os agentes que têm a capacidade de induzir a necrose dos tecidos, originando em dano funcional e desfiguração. Os agentes irritantes provocam uma reação inflamatória, mas não necrose do tecido. E, os agentes não agressivos são drogas que raramente causam qualquer reação quando ocorre extravasamento. A atuação perante o extravasamento do citostático depende do tipo de agente. Durante o decorrer da prática não houve nenhuma situação em que presenciasse este evento. Saliento o cuidado prévio em certificar a permeabilidade do cateter venoso antes da administração do tratamento, assim

como, a sua vigilância durante a administração. Também tive o cuidado de informar o doente sobre esta possível ocorrência e que deve avisar imediatamente, bem como, sobre os sinais como: a dor, edema, rubor no local da administração IV.

Nesta perspetiva, o enfermeiro deve estar desperto para estas e outras complicações, e deste modo, desempenhar um papel importante quer na prevenção, quer na deteção e ação das complicações que podem acontecer.

Entre os efeitos adversos da quimioterapia temos: as toxicidades hematológicas e as toxidades não hematológicas que incluem: as toxicidades gastrointestinais; pulmonares; cardíacas; hepáticas; neurológicas; renais; vesicais; dermatológicas; disfunções reprodutivas; alterações metabólicas; reações alérgicas e a fadiga; e as toxicidades hematológicas que compreendem: a leucopenia; a anemia; a trombocitopenia e a neutropenia febril (Andrade et al., 2013).

Assim, o enfermeiro especialista em EMC no cuidado do doente hematológico deve diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações e monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados. Nesse sentido, pretendi conhecer a ação dos citostáticos no organismo e os cuidados a serem tomados durante e após a sua administração. Por exemplo, os doentes que fazem citarabina (ARA-C) iniciam como medida profilática o colírio (dexaval) com corticóide para prevenção da conjuntivite hemorrágica, da toxicidade da córnea e fotofobia. De acordo com o Infarmed (2017), a citarabina pode provocar como efeitos secundários frequentes: a anorexia (perda de apetite); hiperuricemia; deterioração do estado de consciência; disartria; nistagmo; conjuntivite hemorrágica reversível (fotofobia, queimadura, alterações da visão, lacrimejo aumentado); queratite; aumento das enzimas do fígado; eritema; dermatite bulhosa; urticária; vasculite; alopecia; compromisso renal; retenção urinária; pneumonia; dispneia; pericardite; dor de cabeça; neuropatia periférica e paraplegia na administração intratecal, entre outros.

A toxicidade cardíaca pode ser causada principalmente por uso da doxorubicina, daunorubicina, epirubicina e idarrubicina, altas doses de mitoxantrona e ciclofosfamida (Bonassa & Gato, citados por Lourenzo, 2013). Segundo Costa et al. (2005) manifesta-se através de alterações no eletrocardiograma, como taquicardia sinusal, contração ventricular prematura e modificações nas ondas T e ST. Nestes casos o médico prescreve ecografia cardíaca para avaliar a função cardíaca do doente e consoante os resultados o médico prescreve ou não estes citostáticos.

A toxicidade vesical e renal envolve particularmente o uso da cisplatina e do metotrexato, que são os citostáticos com maior poder nefrotóxico. A ifosfamida e a ciclofosfamida podem expressar toxicidade vesical evidenciada pela hematúria por cistite hemorrágica (Brasil, 2008; Bonassa & Gato, citados por Lourenzo, 2013). Neste caso, quando o tratamento inclui citostáticos como a ciclofosfamida e ifosfamida é necessária a avaliação da análise sumária de urina para detetar a presença de sangue. Se for detetado hematúria, a hidratação deve ser aumentada. Tal como referiram em 2005, Costa et al., a prevenção da toxicidade é essencial, sendo feita através da hidratação e de administração de citoprotectores. Quando administrado metotrexato de alta dose, a alcalinização da urina deve ser realizada através da administração de bicarbonato de sódio, por forma a manter o pH urinário entre 7,0 e 8,0 como prevenção da lesão nos túbulos renais (Brasil, 2008; Bonassa & Gato, citados por Lourenzo, 2013).

No que concerne à toxicidade gastrointestinal decorrente da quimioterapia as manifestações mais frequentes que ocorreram durante o ensino clínico foram as náuseas e os vómitos indo ao encontro do estudo realizado por Simino et al. (2020) sobre os fatores de risco associados a náuseas e vómitos induzidos por quimioterapia antineoplásica. Os autores referem também os fatores de risco para as náuseas e vómitos induzidos por quimioterapia, destacando-se o potencial emético da quimioterapia, que pode ser classificado em alto potencial emético, moderado potencial emético, baixo potencial emético ou mínimo potencial emético e há ainda tipos de quimioterapia de potencial emético não classificado. O risco para doentes submetidos à quimioterapia com alto potencial emético e moderado potencial emético é estimado em 90% e 30-90% respetivamente. Outros fatores de risco associados a náuseas e vómitos são: ser do sexo feminino; já ter recebido quimioterapia em tratamentos anteriores; ter idade inferior a 50 anos; usar alguns fármacos; estado emocional prejudicado; metástases cerebrais; uso de tabaco e não consumo de álcool (Simino et al., 2020).

De acordo com a evidência, é prioritário conceber protocolos de intervenção de enfermagem no âmbito da avaliação, prevenção e gestão de náuseas e vómitos induzidos por quimioterapia antineoplásica, baseados nas recomendações internacionais, levando à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao responder à necessidade de reduzir a incidência de náuseas e vómitos e aumentar a qualidade de vida das pessoas (Krishnasamy et al., 2014; Kameli et al., 2015).

Verifiquei durante o ensino clínico que a prevenção destes sintomas é protocolada e combinada com o protocolo da quimioterapia prescrita, assim como, geralmente é

necessário a administração de antieméticos (metoclopramida ou ondansetron) prescritos em SOS, sempre que o doente refere náuseas ou vômitos.

A diarreia surge, também, por efeito da quimioterapia, ou também por mucosite extensa ao sistema intestinal, podendo levar à desidratação e ao desequilíbrio hidroeletrólítico. É necessário a avaliação das fezes por forma a determinar se o doente apresentou dejeções normais ou específicas de obstipação ou diarreia (Costa et al., 2005).

Os doentes devem ser informados sobre a vigilância das características das fezes e que cuidados devem adotar. Quando o doente apresenta obstipação com três ou mais dias de evolução realiza-se enema de limpeza segundo prescrição médica, normalmente, com resultado eficaz. Deve ser providenciado uma dieta polifracionada, rica em fibras, reforço hídrico e se necessário laxantes e enemas de limpeza para evitar a obstipação (Costa et al., 2005). No caso de o doente apresentar hemorroidas é realizado tratamento segundo prescrição médica.

Outra complicação que pode surgir refere-se ao epitélio de revestimento da mucosa oral e gastrointestinal que é formado por células de rápida divisão, sensíveis à ação dos citostáticos. Estes atrofiam o epitélio, destroem a camada basal da mucosa e inibem a reposição celular, ocasionando ulcerações que se manifestam geralmente dois a dez dias após a administração de quimioterapia. A mucosite que envolve a cavidade oral, estendendo-se à língua e lábios, é mais usualmente designada por estomatite (Garrigues, 2010).

Sendo assim, é essencial a observação diária da cavidade oral principalmente nos doentes submetidos a quimioterapia com protocolos citostáticos mais estomatóxicos. Durante o estágio tive o cuidado de vigiar e monitorizar este aspeto, informando ao doente sobre os sinais que podem ocorrer mais frequentemente, de modo a alertar a equipa médica para iniciar o tratamento. Nesse sentido, informei sobre a importância da realização da higiene oral antes e durante os tratamentos de quimioterapia de modo a prevenir a mucosite oral, orientando o doente para realizar a higiene oral com o *kit* de esponjas fornecida pelo hospital e realizar bochechos com elixir de clorhexidina e bochechos com solução de nistatina + lidocaína 2% + bicarbonato de sódio 1,4% (já preparados pela farmácia hospitalar) depois das refeições e de manhã antes do pequeno-almoço, bem como, tive sempre o cuidado de supervisionar este cuidado realizado pelo doente. Este cuidado vai ao encontro de Garrigues (2010) que refere que o doente deverá realizar bochechos profiláticos com solução de bicarbonato de sódio + nistatina + lidocaína depois das refeições para manter a integridade da boca.

Destaco também a situação de um doente que tinha uma cárie, apresentando dor e secreção de aspeto purulento, tendo sido alertada a equipa médica que observou e avaliou a situação, tendo encaminhado o doente para tratar a cárie com o médico dentista. O doente já estava a realizar antibiótico, que se revelou eficaz diminuindo a dor e sem presença de pus. É relevante a deteção de cáries e outras alterações pois, a porta de entrada para uma infeção generalizada pode ser por uma cárie não observada; desde modo, a observação da boca e do estado dos dentes e suas correções são necessárias antes do início do tratamento (Costa et al., 2005).

Em relação à toxicidade dermatológica, Costa et al. (2005) mencionam que podem aparecer eritema, dor, necrose tecidual na área em que ocorreu o extravasamento, urticária, hiperpigmentação, fotossensibilidade e alopecia. Durante a aprendizagem clínica ocorreu uma situação de uma doente que manifestou preocupação referindo que o seu “cabelo estava a cair” e que iria ficar “diferente, sem cabelo”. Para Costa et al. (2005), a alopecia é um dos efeitos que mais preocupam os doentes, podendo provocar problemas psicológicos devido à alteração que provoca na imagem corporal. Segundo a CIPE (2015) a imagem corporal é definida como “auto-imagem: imagem mental do próprio corpo no seu todo ou em parte; ou da aparência física do próprio” (p.62). Nesta situação, o enfermeiro, durante o internamento, é a primeira pessoa que se depara com esta preocupação manifestada pelo doente, independentemente de ser do sexo masculino ou feminino. Nesse sentido, é fundamental a sensibilidade e o apoio do enfermeiro nestas situações e implementar estratégias baseadas no Documento de apoio nº 0007, Versão nº 002 do serviço (SESARAM, 2013) com o doente de modo a minimizar a sua ansiedade, por exemplo: ponderar sobre a melhor alternativa como uso de perucas, lenços, gorros, chapéus; evitar pintar o cabelo com produtos químicos e usar champô suave e escovas macias para pentear o cabelo. A hidratação da pele também é muito importante, sendo fornecido aos doentes creme hidratante e destacada a importância de hidratar a pele, uma vez que, a pele seca é mais suscetível à formação de fissuras, sendo estas uma porta de entrada para infeções.

Já em 2000, Carvalho et al. referiram que as náuseas e vómitos, mucosite, anorexia, perda de peso, alteração da pele e tegumentos, alopecia, ocorrência de hemorragias, risco aumentado de infeções e fadiga são os problemas mais significativos para os doentes e que são consequência do tratamento com quimioterapia, repercutindo-se negativamente no autoconceito, na imagem corporal e na autoestima.

Alguns citotóxicos também podem originar alterações metabólicas tais como: hiponatremia, hipercalcemia, hipomagnesémia e hiperuricemia levando a uma diversidade

de sintomatologia diferente. A atuação incide na prevenção e vigilância laboratorial e posterior correção (Costa et al., 2005). Verifiquei que as alterações metabólicas mais frequentes foram as hiponatremias e as hipomagnesemias, passando o seu tratamento pela reposição dos iões.

Durante a prática clínica não ocorreu situações de emergência por agravamentos de situações clínicas. Deste modo, tive a oportunidade discutir com a equipa de enfermagem sobre situações de instabilidade hemodinâmica que decorreram na Unidade de Neutropénia, a qual referiu que é mais frequente surgir disfunção respiratória ou renal e nestas situações é necessário o apoio da especialidade específica, bem como, a Unidade de Cuidados Intensivos.

Neste contexto, considero que as situações que ocorreram permitiram-me refletir sobre a minha ação, atuei visando a identificação de focos de atenção e atuar no sentido de prevenir complicações. Sendo assim, diagnostiquei precocemente as complicações resultantes visando a prevenção e/ou minimização da implementação do tratamento, implementei respostas de enfermagem apropriadas às complicações e monitorizei e avaliei a adequação das respostas aos problemas identificados. Estas estão intrinsecamente relacionadas com os efeitos secundários do tratamento com quimioterapia, mucosite, cuidados de higiene (oral e corporal) alimentação, entre outros. Nesse sentido, informei os doentes sobre os cuidados que devem adotar desde a sua admissão, antes, durante e após a quimioterapia, bem como, sobre os efeitos secundários que podem surgir e que podem ser observados pelo próprio doente de modo a comunicar ao enfermeiro.

No tratamento de neoplasias hematológicas, como as Leucemias ou os Linfomas, em que as células tumorais poder-se-ão infiltrar na medula óssea ou as células malignas terem origem na medula óssea, a mielosupressão é um efeito esperado e desejado no tratamento (Costa et al., 2005). Portanto as drogas com capacidade para afetar a função da medula óssea são chamadas mielossupressoras ou mielőtóxicas. Os citostáticos exercem a sua atividade ao nível das células da medula óssea, onde decorre a hematopoiese, e neste sentido, as toxicidades hematológicas constituem o efeito colateral mais comum e mais frequente relacionado com a administração da quimioterapia. As reduções mais significativas envolvem os eritrócitos, os neutrófilos e as plaquetas. A este decréscimo de células no sangue denomina-se mielosupressão (Silva & Dias, 2007).

Durante a prática clínica também surgiu a oportunidade de assistir doentes com discrasias sanguíneas (neutropenia, trombocitopenia, anemia) decorrentes da própria doença e/ou tratamento. Estes doentes evidenciam-se pela necessidade de cuidados de enfermagem



especializados, prestados de forma contínua, baseados na identificação de focos de instabilidade e atuação de forma pronta e antecipatória, visando a prevenção de complicações, sendo deste modo implícita a necessidade de um enfermeiro especialista em EMC que garanta a correta aplicação de protocolos complexos traçados nesta unidade, privilegiando assim a máxima qualidade de cuidados.

A trombocitopenia ocasionada pela quimioterapia ou pela própria doença é um aspeto essencial a ter em conta devido ao risco de hemorragia. De acordo com Garrigues (2010) no adulto, os valores laboratoriais normais do número de plaquetas situam-se entre 150.000 e 400.000/mm<sup>3</sup>. Abaixo de 50.000/mm<sup>3</sup> há risco de hemorragia, que se agrava quando o valor é mais baixo. Com valores abaixo de 10.000/mm<sup>3</sup> o risco de hemorragia do sistema nervoso central, a nível pulmonar e gastrointestinal pode ser fatal (Costa et al., 2005). Os principais sinais da trombocitopenia visíveis na observação física são petéquias, equimoses e púrpura (Garrigues, 2010). Na Unidade de Neutropénia os doentes desde que apresentem uma contagem de plaquetas <10.000 mm<sup>3</sup>, não devem fazer levante, pois o esforço ou uma queda nesta fase devem ser evitados, devido ao elevado risco de hemorragia. Para os homens a barba só pode ser desfeita com máquina elétrica, devido ao risco de hemorragia pelo corte e ao risco de infeção. Nestas situações os doentes necessitam de transfusões de concentrado plaquetário segundo prescrição médica e laboratorial conforme os valores de contagem de plaquetas. Durante a prática não surgiu a oportunidade de administrar este componente hemoderivado.

Outra complicação decorrente da toxicidade hematológica, é a anemia.

Para Tothova e Bradner (2015) a anemia é definida como

uma diminuição da massa eritrocitária circulante no sangue periférico e resulta de um desequilíbrio na produção e da perda de eritrócitos. Os sinais e sintomas associados à anemia são produzidos pelo aporte de oxigénio reduzido aos tecidos. Os sintomas comuns consistem em fadiga, mal-estar, fraqueza, dispneia aos esforços, palpitações e pressão torácica. Os pacientes podem exibir outros sinais francos, como palidez, taquicardia, comprometimento do estado mental, insuficiência cardíaca congestiva de alto débito, choque e morte. Os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) definem a anemia como uma concentração de hemoglobina inferior a 12 g/dl nas mulheres e inferior a 13 g/dl nos homens (p. 207).

De modo a corrigir estes valores os doentes necessitam de transfusões sanguíneas. No decorrer do ensino clínico tive a oportunidade de realizar a administração de concentrado de eritrócitos com o consentimento informado obtido do doente, tendo em atenção o tipo de componente, o grupo sanguíneo, o nome do doente, número de processo e confirmando estes dados com outro colega, bem como o tempo total para a administração do mesmo, desde a saída do Banco de Sangue até ao fim da sua administração de acordo com o Manual de

Administração de Componentes Sanguíneos do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira. Antes de colocar em curso, validei o nome do doente e grupo sanguíneo, realizei a vigilância de complicações, monitorizando e registando os sinais vitais respeitando os intervalos determinados e, de igual modo, cumpri os registos de enfermagem em documento específico para administração de transfusão sanguínea.

Uma das complicações aliadas à quimioterapia, talvez a mais desafiadora, é a neutropénia. De acordo com Costa et al. (2005), a neutropénia é a contagem de glóbulos brancos inferior a 4.000/mm<sup>3</sup>. A principal função dos glóbulos brancos é a defesa do organismo contra infeções; desta forma, a sua maior consequência é a infeção severa ou grave. Assim, o risco de infeção está diretamente relacionado com o grau e duração da neutropénia, risco esse que se encontra aumentado durante o período de Nadir. O período de Nadir corresponde ao tempo, expresso em dias, que ocorre entre a administração do fármaco e a ocorrência do menor valor da contagem hematológica. Normalmente ocorre num período de sete a 10 dias após a quimioterapia, dependendo do citostático administrado, da dose e da via de administração. A contagem aumentará e voltará ao normal cerca de três semanas após a quimioterapia (Silva & Dias, 2007).

Para além dos riscos que acarreta na vida do doente, da importância que tem nas alterações que confere ao estilo e qualidade de vida, a neutropénia é importante na medida em que, frequentemente interfere com os tempos normais dos ciclos de quimioterapia e pode determinar a redução de dose em ciclos subsequentes (Costa et al., 2005).

Já em 2005, os autores mencionam algumas medidas gerais que integram o cuidado ao doente neutropénico como manter uma boa higiene corporal (boca e períneo), evitar o contacto com pessoas infetadas, evitar locais públicos com grande aglomerado de pessoas, evitar locais fechados, evitar o contacto com animais, evitar a ingestão de alimentos crus, avaliar sinais vitais, dando especial atenção à temperatura corporal, vigiar locais de punção ou outras técnicas invasivas, hemograma completo, evitar receber imunizações (para além de não haver resposta antigénica pode desenvolver-se infeção), vigiar o aparecimento de sintomas como dor de garganta, congestão nasal, recorrer ao uso de fatores de crescimento de granulócitos (G-CSF) e instituição de protocolo antibioterapêutico ao menor sinal de infeção/febre.

Assim, entende-se que a neutropénia, associada a diversos fatores predisponentes de infeções como a mucosite, os acessos venosos e as múltiplas hospitalizações, predispõe os doentes hemato-oncológicos neutropénicos a elevado risco de contrair uma infeção grave. Quanto menor a contagem absoluta de neutrófilos e maior a duração da neutropénia, maior

a suscetibilidade de ocorrer uma infecção. Um doente com uma contagem inferior a 500 células/mm<sup>3</sup> é considerado de risco elevado (Delicado, 2013 citando Robert et al.).

Os fatores de risco para infecção associada à neutropenia incluem idade avançada, performance clínica ou nutricional precária, contagens hematológicas baixas em condições basais e mínimas depois do primeiro ciclo e quimioterapia em altas doses (Carpenter et al., 2015). Os mesmos autores referem que a febre no doente neutropénico é habitualmente definida como uma temperatura isolada de >38,3°C ou como uma temperatura sustentada de > 38°C por mais de 1 hora. Entre os doentes neutropénicos, dois fatores estão associados a um risco aumentado de infecção: a contagem de neutrófilos e a duração da neutropenia. Uma duração da neutropenia de mais de cinco semanas está associada a uma incidência de infecção de quase 100% (Carpenter et al., 2015).

A maioria das infeções nos doentes neutropénicos é devida aos microrganismos que colonizam o epitélio da pele e mucosas do trato gastrointestinal e respiratório, sendo por isso, estes os locais mais comuns de infecção. As lesões da mucosa associada à diminuição das defesas permitem a rápida progressão da infecção para a corrente sanguínea, provocando sepsis (Costa et al., 2005).

Para Bellesso (2010) durante o período de hospitalização, deve-se ter uma atenção maior para estes doentes, devido à sua imunidade ser muito baixa e a própria microbiota ser favorável para desenvolver essa condição. Segundo o mesmo autor, a orientação do doente e da família é fundamental para minimizar complicações e permitir uma atuação precoce da equipa multidisciplinar de saúde.

Nesta linha, Rubin e Ferraro citados por Carpenter et al. (2015) referem que a febre no doente neutropénico deve ser vista como uma emergência médica, sendo que o atraso na instituição do tratamento adequado está associado a uma taxa de mortalidade de até 70%.

Destaco uma situação de um doente que iniciou febre, da qual informei de imediato o médico assistente e por sua prescrição foi colhido sangue para hemograma, realizadas duas hemoculturas aeróbias e anaeróbias por acesso periférico, urocultura, coprocultura e cultura de expetoração para despiste do foco infeccioso e tipo de microrganismo. Foi realizada a prescrição médica de antibioterapia de modo empírico, e, posteriormente, o doente deixou de apresentar febre. De acordo com Zuckermann et al. citados por Carpenter et al. (2015) os antibióticos são sempre administrados de modo empírico, de preferência dentro de duas horas após o reconhecimento e devem incluir uma cobertura adequada para infeções suspeitas ou reconhecidas.

Já em 2005, Costa et al. referem que, pelo facto da resposta inflamatória estar diminuída, o primeiro, e muitas vezes o único sinal de infeção no doente neutropénico é a febre, que deve ser sempre atribuída a infeção, até prova em contrário. No entanto, também podem estar presentes outros sinais como: a dor, rubor, edema, fadiga e mal-estar, taquicardia e taquipneia.

Nesta perspetiva, o controlo da temperatura corporal no doente hematológico com neutropénia permitiu o diagnóstico e consequentemente a implementação do antibiótico precocemente, de forma pronta e antecipatória, resultando em cuidados de qualidade. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, através da identificação precoce dos problemas potenciais e referenciando-os para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica. Perante a análise das situações supracitadas, e de acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, desenvolvi as unidades de competências específicas, ***garante a administração de protocolos terapêuticos complexos e presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.***

Também é fundamental consultar o resultado de análises sanguíneas, pois, a contagem dos neutrófilos indica o nível de neutropénia e o risco potencial de infeção que o doente corre. Durante a prática clínica observei que, quando existe uma diminuição do valor absoluto dos neutrófilos ou risco de diminuição, é prescrito pelo médico o fator estimulador de colónias de granulócitos (G-CSF), o Filgrastim, à exceção da Leucemia Mielóide aguda, pelo facto de estar associado à estimulação de células anormais. De acordo com o Infarmed (2015) o Filgrastim pertence ao grupo das citocinas, e os fatores de crescimento são proteínas que são produzidas no organismo mas também podem ser produzidas por biotecnologia. O Filgrastim estimula a medula óssea a produzir mais glóbulos brancos e é usado para aumentar o número de glóbulos brancos após o tratamento com quimioterapia para ajudar a prevenir a infeção.

O tratamento para doentes com neutropenia febril inclui agentes antimicrobianos e fator estimulador de colónias de granulócitos (G-CSF), e este diminui a duração da neutropenia, febre e hospitalização, porém sem impacto significativo sobre a taxa de mortalidade (Carpenter et al., 2015).

Outro aspeto fundamental no doente neutropénico é a sua alimentação. Na Unidade de Neutropénia o doente neutropénico realiza uma dieta específica, designada de “dieta neutropénica” (Anexo I). Garrigues (2010) já referia que a alimentação do doente com neutropenia assume também um papel relevante no controlo de infeção e prevenção de complicações, uma vez que a dieta “neutropénica” pretende reduzir a ingestão de contaminantes bacterianos e fúngicos pela exclusão de alimentos como frutos e vegetais crus (fonte de bactérias gram negativas). O mesmo autor refere ainda que os alimentos bem cozinhados diminuem a probabilidade de transmissão porque os microrganismos são destruídos. A fruta deverá ser cozida, enlatada ou de casca grossa. É também necessária a utilização de água engarrafada uma vez que os sistemas de água podem ser potenciais fontes de fungos oportunistas (Garrigues, 2010).

Neste âmbito, verifiquei que a comida é confeccionada na cozinha hospitalar do HNM, colocada em tabuleiros fechados e que só são distribuídos para a Unidade de Neutropénia. Também não é permitida a entrada de comida confeccionada de fora do hospital, à exceção de sumos individuais, gelados individuais, compotas, bolachas sem creme, gelatinas e água engarrafada, procedendo-se à sua desinfeção prévia antes de entrarem na Unidade.

Relativamente à competência específica do enfermeiro especialista em EMC *maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas* considero que a Unidade de Neutropénia foi um local privilegiado para o desenvolvimento desta competência específica, devido ao rigor instituído por todos os profissionais de saúde.

Como já referido, atendendo à ocorrência das IACS, Cardoso (2015) refere que, se por um lado existem fatores determinantes que influenciam este tipo de eventos adversos no doente como a existência de dispositivos médicos invasivos, alterações imunitárias, entre outros, podendo também os profissionais de saúde ser um alvo quando determinados procedimentos de segurança não são devidamente cumpridos. Nesta linha, de acordo com o autor supracitado é importante adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, muitas delas medidas simples, de baixo custo e efetivas, como a lavagem das mãos, que exigem apenas a responsabilização e a mudança de comportamentos dos profissionais.

Segundo a DGS (2017) é fundamental conhecer os riscos de infeção a que o doente está sujeito e implementar medidas adequadas como: isolamento adequado; higiene das mãos; etiqueta respiratória (ensinar os doentes); utilização de equipamentos de proteção

individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro de roupas; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

De acordo com a Norma nº 007/2019, os profissionais de saúde têm o dever ético e deontológico de higienizar as mãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Assim como, a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da IACS, e associada às restantes medidas que compõem as Precauções Básicas no Controlo da Infecção (PBCI). Portanto, a lavagem das mãos deve ser realizada em “Cinco Momentos” preconizados pela OMS, e, referidos pela Norma nº 007/2019, tais como: antes do contacto com o doente; antes de procedimentos limpos ou assépticos; após o risco de exposição a fluidos orgânicos; após o contacto com o doente e após o contacto com o meio envolvente do doente.

Nesse sentido, o controlo de infeção passa em primeira exigência pela higienização das mãos dos profissionais de saúde e visitas. Como já referido, é indispensável o ensino à família e ao doente sobre a higienização das mãos e quando não é possível, realizar a desinfeção com SABA. Existem distribuidores de SABA na sala de trabalho, no carro de apoio às práticas de intervenção e na mesa-de-cabeceira de cada unidade para o doente poder também realizar a desinfeção das mãos antes e após as refeições, após a eliminação e/ou sempre que necessário.

Assim, e tal como nos contextos de ensino clínicos já referidos, também cumpro com as medidas de prevenção e controlo de infeção como: a higienização das mãos e/ou desinfeção das mãos com SABA, a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) na prestação de cuidados diretos ao doente, os princípios da assepsia, a desinfeção prévia das conexões do CVP e/ou CVC para a administração da medicação, a correta seleção e encaminhamento dos lixos, através de circuitos próprios e definidos.

Nesta Unidade também se cumprem as recomendações normativas para a prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA. Deste modo, apliquei o Feixe de Intervenções na prevenção da infeção por MRSA (DGS, 2015), com a utilização de toalhetes de gluconato de clorohexidina a 2% nos cuidados de higiene diário durante os primeiros cinco dias após a admissão. Nos doentes com capacidade de realizar o banho sozinho, realizei o ensino desta prática e supervisão. Só existe uma casa de banho na Unidade e a sua desinfeção é sempre realizada de cada vez que o doente faça uso. Do mesmo modo realizei

ensinos ao doente em cumprir a higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2% de 4/4 horas.

Outro aspeto fundamental é o facto de os doentes nesta Unidade também necessitarem de colocação do cateter venoso central, um procedimento invasivo que constitui uma porta de entrada para a infeção nosocomial da corrente sanguínea. Estas infeções são as que mais contribuem para a mortalidade e morbilidade hospitalar, bem como para o aumento de custos na prestação de cuidados (SESARAM, 2019). Nesse sentido, a sua prevenção é crucial, e, verifiquei que a equipa evidencia cuidados de assepsia na manipulação e realização do penso que é planeado de cinco em cinco dias se protegido com penso transparente (*Opsite*®) sem compressa e caso se mantenha íntegro, sem sinais de repasse e se o doente também não apresentar reação. Yokoe et al. (2014) mencionam que o penso transparente deve ser substituído e realizados cuidados ao local de inserção do cateter venoso central com um antisséptico à base de clorohexidina a cada cinco a sete dias ou imediatamente se o penso estiver repassado, solto ou húmido. A desinfecção das torneiras e dos obturadores pode ser realizada com clorohexidina a 2 % ou álcool a 70 % antes de cada utilização (Alves et al., 2015). Assim, tive em conta o “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com CVC, conforme a Norma nº 022/2015 da DGS.

Os doentes hematológicos necessitam de um acesso venoso adequado e seguro para administrar a quimioterapia com segurança e devido à imunossupressão estão mais sujeitos às infeções. Deste modo, é importante a utilização de protocolos pelos profissionais pois há evidência na efetividade e na diminuição dos índices de infeções (Grupo de Coordenação do PPCIRA, 2017).

Quanto à manutenção e substituição dos filtros *High Efficiency Particulate Arrestance* (HEPA) na Unidade são realizadas de três em três meses ou sempre que necessário, de acordo com as diretivas das Comissões de Controlo da Infeção. O pó, as gotículas respiratórias e de água podem ser também causadores de infeção ao transmitirem microrganismos. Uma ligeira constipação, ou infeção das vias respiratórias, constituem um grave risco para o doente com número de leucócitos diminuído. O ambiente deve ser limpo e isento de poeiras, desinfetado com frequência, diminuindo assim a probabilidade de contaminação (Garrigues, 2010).

Neste percurso formativo considero ter aprofundado conhecimentos neste âmbito e consigo estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão, o que deste modo contribuiu para a aquisição da competência específica supracitada.

Relativamente ao controle da dor, Jacobsen e Jackson (2015) referem que o cancro causa dor, fazendo referência a estudos que relatam que no mínimo 20% dos doentes apresentam dor no momento do diagnóstico ou nos estágios avançados da doença. Os autores referem também que a dor geralmente é causada por quimioterapia, radioterapia ou recorrência do tumor, sendo que a primeira etapa para o planeamento da estratégia de controle da dor é solicitar ao doente que a caracterize e, posteriormente avaliar o nível basal de dor usando alguns métodos simples validados, como a escala visual analógica, escala numérica ou escala de faces (Jacobsen & Jackson, 2015).

Tal como previamente referido, a dor é também um foco importante da intervenção do enfermeiro especialista. De acordo com a DGS (2018), a abordagem da pessoa com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, com a finalidade de prevenir e controlar a dor, melhorar a qualidade de vida e capacidade funcional. Atender a pessoa implica atender e compreender a dor que esta experimenta durante um processo de transição saúde/doença.

Jacobsen e Jackson (2015), referem que

a experiência individual da dor em um paciente não se limita à sensação física. Depressão, ansiedade e angústia existencial podem agravar a percepção da dor e a capacidade de lidar com ela. Como os fatores psicossociais e espirituais têm papel importante no tratamento da dor, é essencial que a avaliação desses fatores seja incluída no momento da elaboração de uma estratégia abrangente para o controle da dor (p.265).

Segundo os mesmos autores, na avaliação clínica devem ser incluídos fatores tais como: fontes psicológicas, sociais, financeiras e espirituais de aflição e de enfrentamento; avaliação de transtornos de humor (rastreamento e tratamento de depressão e ansiedade) e investigação sobre como o doente e sua família estão enfrentando a doença.

Igualmente nesta prática clínica avaliei a dor desde a primeira abordagem ao doente utilizando regularmente a escala verbal (adequado ao doente) e geri medidas farmacológicas e não farmacológicas sempre que necessário de modo a minimizar a dor manifestada pelo doente. Neste contexto, a maioria dos doentes, além da medicação prescrita em SOS, tinham medicação analgésica prescrita a horas. Identicamente realizava o devido registo da dor, atendendo à intensidade referida pelo doente, bem como, a sua reavaliação, sendo geralmente a intervenção eficaz no alívio da dor.

De acordo com os autores supracitados

“a condução efetiva de doentes com dor causada por cancro exige abordagem sistemática que inclui avaliação dos sintomas, abordagem precisa dos meios farmacológicos e não farmacológicos (exercícios de relaxamento, massagens, terapia cognitivo-comportamental e atividades físicas) e a educação para o doente e sua família sobre como obter controlo ideal da dor” (p.270).



Caso o doente não estiver respondendo aos tratamentos padronizados, há indicação de encaminhamento a serviços especializados, como a Terapia da Dor. Sendo assim, segundo o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, desenvolvi assim a unidade de competência ***faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.***

A complexidade da intervenção à família/cuidador também é patente na Unidade de Neutropénia, tendo em conta que o diagnóstico de cancro pode desencadear diversas emoções, incluindo tristeza, ansiedade, raiva e medo (Fernandez-Robles & Pirl, 2015). Os mesmos autores referem ainda que as pessoas podem apresentar dificuldade para dormir, perda de apetite, pensamentos ansiosos sobre sua doença, dificuldade de concentração e queda do humor. Já em 2007, Silva e Dias mencionaram que, para muitas pessoas, a doença oncológica continua a ser encarada como uma ameaça à vida, algo que provoca medo, angústia e desespero, contra a qual “não há muito a fazer”, sendo também considerada como uma das doenças que mais interfere com a integridade física e psicológica do ser humano.

De acordo com o estudo sobre “Os Cuidados de Enfermagem Espirituais no Alívio do Sofrimento em Pessoas com Doença Hemato-Oncológica” realizado por Silva et al. (2012), os autores relatam que o tempo de doença é passado com internamentos prolongados e sucessivos, com múltiplos ciclos de quimioterapia cujos efeitos secundários são extremamente agressivos e também responsáveis pela maioria dos internamentos sucessivos. Após o diagnóstico de uma doença hemato-oncológica, a pessoa vê-se confrontada com uma profunda alteração da sua vida, não tão só a alteração do quotidiano, papéis familiares e sociais, mas também a própria incerteza da cura e possibilidade de morte. A experiência de sofrer uma doença hemato-oncológica inclui componentes físicos, sociais e emocionais de intensidade variada. Os efeitos da doença, das repetidas hospitalizações e dos tratamentos sobre o estado funcional, a alteração das atividades de vida diária, da auto-estima e da auto-realização da pessoa doente provocam diversas respostas ao longo de todo o processo, desde o momento do diagnóstico até à cura ou morte. As autoras deste estudo referem ainda que a qualidade de vida e bem-estar encontra-se limitado ou comprometido nas pessoas com este tipo de doença e que esse viver na incerteza e na limitação coloca as pessoas em confronto com dúvidas existenciais e com sofrimento, revelando mais do que necessidades físicas ou psico-sociais, como também necessidades espirituais. A espiritualidade ajuda-as a lidar melhor com a crise e o sofrimento, conferindo-lhes uma compreensão libertadora que lhes permite olhar a vida com esperança e confiança. Deste modo, a avaliação das necessidades espirituais implica, por parte do enfermeiro, um conhecimento profundo da pessoa doente e

da sua situação, implicando necessariamente o estabelecimento de uma relação de confiança entre os dois (Silva et al., 2012). Neste estudo as autoras concluíram através dos dados obtidos, que os Cuidados de Enfermagem Espirituais aliviam o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica, sendo que os participantes referiram como intervenções mais importantes: a escuta ativa; a facilitação de crescimento espiritual; o apoio espiritual; as conversas (suporte emocional, promoção da esperança); as massagens; o relaxamento; a terapia das reminiscências e a imaginação guiada.

Nesta linha, a família/cuidador acaba por ser afetada por esta transição de saúde/doença tendo de se readaptar a esta nova condição. A família torna-se assim, um cliente de enfermagem devido à experiência de um processo de transição saúde/doença do seu familiar (Mendes, 2015). Sendo assim, o enfermeiro tem um papel essencial no processo de cuidar, atendendo a pessoa no seu todo e não descurando o meio social onde está inserida, particularmente a família/cuidador. Para tal, é fundamental que os enfermeiros adotem uma verdadeira relação de ajuda, reconheçam o seu papel no controlo do *stress* e implementem estratégias que potenciem o  *coping* familiar (Gonçalves, 2015).

A abordagem de enfermagem na prática diária em Unidade de Neutropénia visa assim, o cuidar da pessoa e família/cuidador em todas as suas dimensões, seja física, mental, psicológica e espiritual. De facto, a pessoa e família/cuidador, demonstraram ansiedade perante a situação de internamento e isolamento, nomeadamente, pelo diagnóstico e tratamento, sendo imprescindível o apoio emocional. Segundo Eiras e Ferreira (2015), a qualidade de vida diminui quando a pessoa se sente angustiada, com dor ou está sob os efeitos secundários do tratamento. Os aspetos físicos e psicológicos interligam-se exigindo que o apoio ao doente e família seja direcionado na busca do alívio dos sintomas físicos do tratamento, na busca do intelectual e da criatividade.

Durante o ensino clínico realizei o acolhimento do doente e sua família, sendo esta intervenção fulcral para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Primeiro recebia-os à porta da Unidade e, após me apresentar, acompanhava-os até o hall de entrada, desinfetava as mãos solicitando ao doente e seu familiar para que também desinfetassem as suas mãos, explicando a sua importância e fornecia ao familiar uma bata de proteção e ajudava na sua colocação. Posteriormente, informava sobre o ambiente da Unidade de Neutropénia, nomeadamente sobre as medidas de proteção e a necessidade de isolamento. Dava a informação de forma gradual, tentando avaliar as necessidades do doente e família. Sempre que o familiar visitava o doente, as intervenções eram as mesmas e quando este solicitava informações, informava e esclarecia as suas dúvidas acerca do estado do doente, tendo

sempre em conta o respeito pela sua individualidade. Desde o momento do acolhimento do doente na Unidade de Neutropénia, pude observar, através da expressão facial, sentimentos que revelam tristeza e mal-estar, e que evidenciam que o doente não se sente confortável com a situação que está a vivenciar; nesse sentido, procurei manifestar disponibilidade e através do diálogo e da escuta ativa tentei perceber quais as suas necessidades. A comunicação em Enfermagem é fundamental para uma relação terapêutica e é através da mesma que se “torna possível compreender o ponto de vista da pessoa alvo dos nossos cuidados” (Barbosa et al., 2007, p.13). Particularmente, o doente demonstrou receios e incertezas quanto à sua esperança de vida, bem como, dúvidas e preocupação em relação ao tratamento, sendo fundamental o apoio emocional e a educação, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa e família/cuidador. O facto de tentar compreender o modo como a pessoa, família/cuidador vivenciam um internamento na Unidade de Neutropénia foi facilitador, focando a minha intervenção no acolhimento e no acompanhamento da pessoa e família/cuidador, promovendo a sua adaptação através da realização de ensinamentos relacionados com o processo terapêutico de modo a evitar ou minimizar complicações, e estabelecendo uma relação terapêutica baseada na confiança, demonstrando disponibilidade para ouvir, fornecendo todo o apoio, partilha de informações e esclarecimento de dúvidas relativamente aos cuidados de enfermagem, de forma a garantir o seu envolvimento e ajudando-o a encontrar formas de manter ou restabelecer o seu bem-estar, diminuindo a sua angústia, encaminhando para outros profissionais sempre que fosse oportuno, destacando-se neste contexto, o psicólogo.

De facto, a relação terapêutica enfermeiro/doente assenta na relação de ajuda que é estabelecida para atender às necessidades físicas, emocionais do doente e é baseada na confiança e respeito entre ambos, em que o enfermeiro através de conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos, contribui para a saúde e bem-estar (College of Nurses of Ontario, 2013).

É fundamental incluir no processo de transição saúde/doença a pessoa e família/cuidador no planeamento, prestação de cuidados e na avaliação dos mesmos, tendo em vista a segurança e a satisfação dos mesmos. Pude ainda constatar que existe a preocupação da equipa de enfermagem em assegurar os cuidados após a alta hospitalar e que esta começa a ser preparada imediatamente após a admissão do doente. Nesse sentido, são realizadas orientações à pessoa e família/cuidador, realçando o benefício do tratamento e as medidas existentes para o controlo dos efeitos secundários que podem surgir conforme o tratamento, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade de vida durante o internamento

e após a alta. Segundo Silva e Dias (2007) a educação do doente permite que este participe ativamente no seu processo de tratamento e contribui para que este se adapte à doença. Ao compreender as implicações relacionadas com as opções de tratamento é capaz de tomar decisões esclarecidas que terão um impacto positivo na sua qualidade de vida.

De acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, desenvolvi as unidades de competência específicas, ***gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica e assiste a pessoa/família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.***

De igual modo, neste contexto, utilizei o Processo de Enfermagem para realizar planos de cuidados individualizados, identificando as necessidades da pessoa e família/cuidador, realizando o levantamento de diagnósticos de enfermagem mais pertinentes e planeando as intervenções de enfermagem, bem como, realizei os registos de enfermagem de forma concisa e objetiva, assegurando a continuidade dos cuidados. Assim, atendi às especificidades do doente hematológico com neutropénia e às complicações resultantes do tratamento, promovendo uma avaliação detalhada do doente, através de uma avaliação física, do processo clínico e consulta dos resultados de análises clínicas, de exames realizados, no sentido de identificar os focos de instabilidade atuando de uma forma pronta e antecipatória e avaliando a eficácia das intervenções de enfermagem implementadas.

A Unidade de Neutropénia do HNM dispõe um conjunto alargado de situações e oportunidades para o desenvolvimento de conhecimentos e competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em EMC relacionadas com a área de Hematologia. Durante este percurso consegui compreender que o enfermeiro especialista é uma referência na equipa, não só pelo facto já supracitado, das variadas especificidades que comporta a Unidade de Neutropénia, como também pela sua dinâmica: gestão/recursos humanos e materiais; pela necessidade de realizar uma avaliação contínua pertinente; pelo controlo e prevenção da infeção e deteção de complicações, como também, em atenuar a ansiedade e receios no doente do foro hematológico e família/cuidador.

## **2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

A formação no âmbito do Curso de Mestrado em EMC à pessoa em situação crítica contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas, bem como para a atribuição do grau acadêmico de Mestre, refletindo-se numa praxis clínica especializada em evidência científica, em prol de um cuidado de máxima qualidade.

Nesta perspectiva, com base na descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito dos ensinamentos clínicos de Urgência, Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Neutropenia do HNM, procurei evidenciar a aquisição e desenvolvimento das competências do grau de Mestre através do aprofundamento e aplicação dos meus conhecimentos e da capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares vivenciadas nos contextos de ensino clínicos acima referidos, lidando com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem, bem como, sendo capaz de comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades e ainda, demonstrando competências que me permitiram uma aprendizagem ao longo da vida, preconizadas no Decreto-Lei nº 65/2018.

Neste percurso de aprendizagem clínica, surgiram situações novas, desde a abordagem à pessoa em situação crítica, vítima de trauma; à avaliação inicial à pessoa com AVC; doente com necessidade de ventilação mecânica; gerir a terapêutica complexa (vasopressora) inerente ao cuidado da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar um processo complexo de doença hematológica com neutropenia, sendo fundamental o aprofundamento de conhecimentos e adquirindo a capacidade de compreensão e de resolução de problemas com base na mais recente evidência científica de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados. Os protocolos instituídos e o processo de enfermagem foram um alicerce para uma prestação de cuidados individualizados de acordo com as necessidades de resposta da pessoa em situação crítica e sua família/cuidador.

A organização dos cuidados e estabelecimento de prioridades no cuidar da pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, com

uma intervenção pronta e antecipatória, como gerir a comunicação interpessoal, nomeadamente com o doente consciente sob VMI, bem como, lidar com a ansiedade e o medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica, foram situações de alta complexidade que constituíram um enorme desafio para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Realço a importância da avaliação diagnóstica, de monitorização, de terapêutica e vigilância contínua, no sentido de identificar focos de instabilidade e dar resposta de forma pronta e antecipatória às necessidades da pessoa em situação crítica, de modo a prevenir complicações e manter a sua estabilidade hemodinâmica e recuperação. A análise crítico-reflexiva foi crucial para lidar com questões complexas, para a tomada de decisão com base nos princípios éticos e deontológicos.

É de salientar, que foi necessário um crescimento gradual relativamente à minha capacidade de modo a conseguir gerir a prestação de cuidados e a minha intervenção perante situações complexas neste contexto, uma vez que a minha experiência profissional anterior não me tinha permitido, até à data ao ingresso do CMEMC, vivenciar este tipo de situações, pelo que iniciei um percurso, tendo sido fundamental o aprofundamento de conhecimentos e a reflexão sobre todas as oportunidades que surgiram de modo a conseguir evoluir o mais possível.

Deste modo, durante o percurso de aprendizagem clínica e com base na descrição das atividades desenvolvidas no capítulo anterior demonstrei a capacidade para integrar novos conhecimentos relacionados com a pessoa em situação crítica, contribuindo assim, para uma prática de cuidados de qualidade.

O estudo de caso de enfermagem fundamentado realizado no contexto de ensino clínico II (Cuidados Intensivos) como já referido permitiu-me identificar os focos de atenção da pessoa em situação crítica com falência orgânica, formular os diagnósticos de enfermagem com base numa análise crítica dos dados obtidos na avaliação, planear e implementar as intervenções de enfermagem especializadas. Assim, procurei refletir sobre os aspetos positivos e negativos da minha prática, de forma a aperfeiçoar a minha prestação, e aplicar o pensamento crítico na resolução de problemas, à luz do processo de enfermagem fundamentado, traduzindo deste modo, um percurso de construção de competências de autoaprendizagem. Posteriormente foi apresentado e discutido na ESEJC aos colegas de turma e docente, demonstrando o meu raciocínio, dando a conhecer os diagnósticos mais pertinentes, as intervenções implementadas e os resultados obtidos avaliados,

fundamentando-os através da evidência científica mais recente, e contribuir para a máxima qualidade dos cuidados.

Ao longo deste percurso formativo surgiram diversas oportunidades de debate com colegas de turma, tutores, orientadores e pares sobre vários temas neste âmbito, através da realização de trabalhos, partilhando resultados com base na mais recente evidência científica, contribuindo para uma panóplia de conhecimentos e o desenvolvimento da comunicação interpessoal.

O planeamento dos estágios e o projeto de autoformação realizado no estágio de opção também foram fundamentais para a minha aprendizagem, sendo este último, uma área de interesse, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados no âmbito do doente hematológico com neutropénia, permitiu-me assim, desenvolver a capacidade de raciocínio, a autonomia e a capacidade de planeamento do meu percurso para a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC, responsabilizando-me pelo meu desenvolvimento pessoal e profissional. Neste momento estou convicta da importância sobre o acesso à informação com base na evidência científica para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador.

Considero que este processo de autoformação foi contínuo, essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências a este nível. No final deste percurso formativo, considero-me um elemento de referência no seio da minha equipa, de apoio aos pares, principalmente em situações mais complexas, no âmbito da pessoa em situação crítica e sua família/cuidador, auxiliando-os no processo de tomada de decisão, com base numa análise crítica-reflexiva, fundamentando através da evidência científica mais recente, demonstrando o meu conhecimento e o raciocínio subjacente, de acordo com os princípios éticos e deontológicos da minha profissão e direitos do doente.

## **CONCLUSÃO**

Com a realização do presente relatório, procurei patentear as experiências vivenciadas nos estágios desenvolvidos no Serviço de Urgência, Cuidados Intensivos e Unidade de Neutropénia do HNM, inerentes ao plano de estudos do Curso de Mestrado em EMC. Pela diversidade e especificidade, estes locais constituíram pertinentes campos de aprendizagem, possibilitando uma variedade de experiências e aprendizagens fundamentais para o desenvolvimento e consolidação das competências requeridas ao Enfermeiro Mestre e Especialista em EMC. Deste modo, ao longo deste percurso, considero que os conteúdos desenvolvidos nas aulas teóricas e práticas desta área, bem como, a realização dos estágios e através de uma metodologia crítico/ reflexiva, potenciaram o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, à pessoa em situação crítica. O processo de aquisição destas competências foi progressivo, contribuindo assim, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Afirma-se que tais competências se inserem a nível do domínio da responsabilidade, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados e do domínio das aprendizagens profissionais, na medida em que se estabeleceram como um instrumento para a minha prática diária e tiveram como objetivo otimizar a resposta da equipa de enfermagem e fundamentar a tomada de decisão com conhecimentos baseados na evidência científica. As tomadas de decisão foram norteadas pelos princípios éticos, particularmente, princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, de acordo com a deontologia profissional de enfermagem e pelos direitos humanos.

O enfermeiro especialista em EMC, à pessoa em situação crítica, desempenha um papel importante na prestação de cuidados num ambiente altamente diferenciado, no qual a sua gestão de cuidados e os seus conhecimentos técnicos e científicos são fundamentais para uma resposta de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. Como também este funciona como um elo de ligação no processo de transição saúde/doença no cuidar pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, e, que caracteriza a profissão de Enfermagem.

No decurso do ensino clínico I - Serviço de Urgência, o desenvolvimento de competências realizou-se através do processo de prestação de cuidados de enfermagem em



situações de urgência/emergência, revelando neste âmbito conhecimentos aprofundados à pessoa em situação crítica e família/cuidador. Deste modo, desenvolvi competências na gestão e priorização de cuidados, apliquei conhecimentos na resolução de problemas em situações não familiares, e demonstrei capacidade de reagir perante situações complexas atuando numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa e na família/cuidador em situação crítica. Relativamente à dinamização de repostas a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, aprofundei conhecimentos através da implementação do plano de emergência/catástrofe.

A aquisição de competências no contexto de Cuidados Intensivos alcançou-se através da aplicação de conhecimentos no cuidar da pessoa e família/cuidador com recurso a técnicas de monitorização invasiva e não invasiva, assim como uma vigilância contínua no processo do cuidar da pessoa em situação crítica. Realizei a gestão dos cuidados da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos doença crítica e falência orgânica, assisti a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e aprimorei as competências relacionais e comunicacionais com doentes com limitação ou incapacitados de comunicar.

No que concerne ao ensino clínico de opção – Unidade de Neutropénia, posso afirmar que prestar cuidados especializados ao doente do foro hematológico com neutropénia, requer uma profunda compreensão sobre a sua fisiopatologia, a antecipação dos efeitos de cada intervenção, bem como, um conhecimento sólido de todo o processo de atuação. É fundamental o papel do enfermeiro especialista na adaptação fisiológica, física, psicológica, social e espiritual da pessoa com doença hematológica e sua família/cuidador visando a prevenção de complicações, minimizando ou aliviando os sinais e sintomas e, assim, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida.

Neste percurso de aprendizagem clínica, utilizei como recurso a comunicação interpessoal, alicerçando a relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador em situação crítica. O Processo de Enfermagem foi fundamental para guiar a prestação de cuidados de forma sistemática e sistematizada.

Considero que a formação na área de especialidade em EMC, à pessoa em situação crítica, realizou-se através da aquisição de desenvolvimento de competências comuns e específicas, fomentando o meu pensamento crítico e a autonomia, contribuindo para o autoconhecimento, e deste modo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

O enfermeiro deve ter a responsabilidade ética e legal em garantir a segurança da pessoa e família/cuidador em situação crítica, de a perceber como um direito

indispensável, procurando não retardar o tratamento e de garantir a qualidade máxima de cuidados, baseados na evidência mais recente. Nesta perspetiva, é fundamental uma intervenção eficaz e assertiva à pessoa em situação crítica, por parte dos enfermeiros especialistas em EMC, particularmente, na identificação precoce de focos de instabilidade, na gestão de protocolos terapêuticos complexos, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica otimizando as respostas, na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica perante a pessoa e família face à situação de alta complexidade, bem como o cumprimento de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente, das infeções associadas aos cuidados de saúde, de acordo com as diversas normas preconizadas pela DGS.

Nesta linha, reconheço um acréscimo de competências de enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação crítica, capaz de contribuir para a qualidade e melhoria contínua dos cuidados. De acordo com o Regulamento nº 140/2019 o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns e, em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade. Segundo o REPE (OE, 2015) o título do enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializadas nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem.

As principais dificuldades ao longo deste percurso de aprendizagem clínica foram ao nível da gestão da atividade profissional, académica e pessoal, sendo esta ultrapassada com motivação e empenho no sentido de ser cada vez melhor, como Enfermeira.

Relativamente a sugestões futuras, pretendo contribuir para a melhoria contínua da minha prática diária, baseando-me na evidência científica sustentando um pensamento crítico/reflexivo entre os meus pares na prestação de cuidados gerais e especializados à pessoa e família/cuidador em situação crítica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aehlert, B. (2013). *ACLS suporte avançado de vida: Emergência em cardiologia* (4ª ed.) (B. T. Fontoura, Trad.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alves, A. (2012). *A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva: perspectiva do enfermeiro* (Tese para obtenção do grau de mestre). Instituto politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1199/1/Ana\\_Alves.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1199/1/Ana_Alves.pdf).
- Alves, M. A. (2004). Etapas de metodologias de projeto. *Revista O Professor*. 85(3), 30-37.
- Alves, M. F., Mendes, T. R. S., Constantino, R. A. C., Figueiredo, M. B., De Almeida, A. F. F., Lucas, A. J. M., Dos Reis, S. C. D., Pinto, P. M. M. L., Sambango, D. C. G., Roque, A. F. G., Verríssimo, O. M. T., Coimbra e Cruz, C. M. P., & Vitorina, A. C. O. (2015). *Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem*. Novas Edições Académicas: Coimbra.
- Amaral, C. (2013). *O papel do enfermeiro no contexto da dotação*. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central.
- American Heart Association & American Stroke Association. (2019). *Guidelines da American Heart Association/American Stroke Association*. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). Washington: Author
- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.news*, 6(21), 21-31. <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/60-art.pdf>
- Andrade, V., Sawada, N. & Barichello, E. (2013). Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Revista da Escola de Enfermagem da*

*Universidade de São Paulo*, 47(2), 355-361. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200012>

- Azeredo, T. R. M. & Oliveira, L. M. N. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 108, 44-54.
- Azevedo, A, Scarparo A, & Chaves, L. (2013). Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 36-43. <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105226364005.pdf>
- Barbosa, M., Lopes, R., Santos, J., & Moraes, M. (2007). O familiar do doente oncológico hospitalizado: Percepção da informação recebida dos profissionais. *Onco.news*, 1(2), 9-14. <https://www.onco.news/o-familiar-do-doente-oncologico-hospitalizado-percecao-da-informacao-recebida-dos-profissionais/>
- Bardia A. & Chabner B. (2015). Considerações sobre Farmacoterapia do Câncer. In B. Chabner, & D. Longo (Eds.). *Manual de oncologia de Harrison* (2.<sup>a</sup> ed). (pp. 1-9). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2011). Princípios da ética biomédica. *Bioética & debat*, 17(64), 3-20.
- Beer, J., & Brysiewicz, P. (2017). The conceptualization of family care during critical illness in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 22, 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.006>
- Bellesso M., Costa F. S., Chamone F. A. D., & Llacer, P. E. D. (2010). Triagem para o tratamento ambulatorial da neutropenia febril. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 32(5), 402-408.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.

- Botelho, M., Castro, C. & Vilelas, J. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa uci: revisão sistemática da literatura. *Revista Pensar Enfermagem*, 15(2), 41-59.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore: JHU Press.
- Camacho, C., Nunes, C. Q., Fraga, C., Santos, F., Camacho, J., Castro, L., Barradas, N., Serão, P., Caldeira, P., Ornelas, P., Lara, R., Teixeira, R., Camara, S., Muller, S., & Carvalho, T. (2018). *Registo oncológico na Região Autónoma da Madeira: 2018*. <http://hdl.handle.net/10400.26/35625>
- Canabarro, S. T., Velozo, K. D. S., Eidt, O. R., Piva, J. P., & Garcia, P. C. R. (2013). Validação Concorrente de Escores de Enfermagem (NEMS e TISS-28) em terapia intensiva pediátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 123-129.
- Cardoso, R. A. (2015). *As infeções associadas aos cuidados de saúde* (Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cardoso, S. (2016). Quando começar e qual o aporte calórico no doente crítico de risco nutricional elevado?. *Revista APNEP*, 10.
- Carpenter M. S., Vianello F., & Poznansky C. M., (2015). Neutropenia Febril. In B. Chabner & D. Longo (Eds). *Manual de oncologia de Harrison* (2ªed) (pp. 197-206). Porto Alegre: Mc Graw Hill Education Artmed.
- Carvalho, J. C. M., Soares, M. F. S., & Guedes, C. M. P. (2000). Alterações físicas e psíquicas nos doentes submetidos a transplantação de progenitores hematopoiéticos. *Enfermagem Oncológica*. 16, 27-37.
- Castellan, C., Sluga, S., Spina, E., & Sanson, G. (2015). Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *Journal Of Advanced Nursing*, 72(6), 1273-1286. <https://doi.org/10.1111/jan.12913>.
- College of Nurses of Ontario. (2013). *Therapeutic nurse-client relationship*. [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033\\_therapeutic](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic).

- Comeau, O., Armendariz-Batiste, J. & Woodby, S. (2015). Safety first: Using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16-25.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU*. <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>
- Connolly, E., Rabinstein, A., Carhuapoma, J., Derdeyn, C., Dion, J., Higashida, R., & Vespa, P. (2012). *Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association*, 1-39.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIFE versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Correia, M. D. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI* (Tese para obtenção do grau de Doutor). Universidade de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Costa, C., 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*. Sintra: Novartis.
- Cunha, C., Vieira, F., & Macedo, A. P. (2017). Compreender a construção de competências profissionais: Um estudo no contexto do estágio em enfermagem. *Atas CIAIQ2017*.
- Dantas, R. J. T. (2011). *Prática avançada de enfermagem em emergência* (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Decreto-Lei nº 161/96. **Diário da República** I série. 205 (27/05/2015). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei nº 65/2018. **Diário da República** 1ª Série. 157 (18/08/2018). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

- Delicado, A. (2013). *O papel da terapia de suporte no tratamento do cancro* (Tese de Mestrado integrado de Ciências Farmacêuticas]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde. <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/3908>
- Deodato, S. J. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina.
- Despacho nº 10319/2014. **Diário da República** 2ª Série. 153 (11/08/2014). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2010319%2F2014>
- Despacho nº 13377/2011. **Diário da República**, 2ª Série. 192 (23/09/2011). 39681-39682. [Consult. 9 jun 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/1519937/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2013377%2F2011>
- Despacho nº 15423/2013. **Diário da República** 2ª Série. 229 (26/11/2013). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2965166/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2015423%2F2013>
- Despacho nº 5613/2015. **Diário da República** 2ª Série. 102 (27/05/2015). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67282685/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%205613%2F2015>
- Despacho nº 8046/2015. **Diário da República** 2ª Série. 141 (22/07/2015). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69851015/details/normal?q=8046%2F2015+escola+>
- Despacho nº 8977/2017. **Diário da República**, 2ª Série. 196 (11/10/2017). 23038-23041. [Consult. 9 jun 2021]. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/108286678/details/maximized>
- Dias, I. (2010). Competências em educação: Conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 1(14). 73-78. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141-85572010000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141-85572010000100008&lng=en&nrm=iso)
- Dias, J. (2004). *Que desempenho?* Loures: Lusociência.

- Direção-Geral da Saúde (2016). *Relatório auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos análise evolutiva: 2014 – 2015*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-da-auditoria-as-precaucoes-basicas-de-controlo-de-infecao-e-monitorizacao-da-higiene-das-maos-analise-evolutiva-2014-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea: Protocolo*. [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2013/04/\\_images\\_centrodocs\\_normas\\_normas\\_IACS\\_VE\\_INCS\\_Protoc\\_INCS.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2013/04/_images_centrodocs_normas_normas_IACS_VE_INCS_Protoc_INCS.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Manual de acreditação de unidades de saúde: Gestão clínica*. Lisboa: Author
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos Antimicrobianos*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-2/>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos (PPCIRA) 2018: Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/estrategia-nacional-contra-a-dor>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2010). *Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span* (8th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.



- Durão, M. & Teixeira, J. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Eiras, M. & Ferreira, A. (2015). Apoio ao doente e qualidade de vida. In M. Eiras, G. Cunha & N. Teixeira. *Radioterapia: fundamentos e aplicações clínicas* (pp. 220-238). Lisboa, Lusodidacta.
- Elliot, Z. & Elliot, S. (2018). An overview of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Nursing Standard*, 28(32), 41-49. 10.7748/ns.2018.e10710
- Emergency Nurses Association. (2019). Trauma nursing core course: The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide. <https://www.ena.org/education/tncc>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2019). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units: Annual Epidemiological report for 2017*. Stockholm: Author
- Extracorporeal Life Support Organization. (2017). *Extracorporeal life support organization (ELSO): Guidelines for adult respiratory failure*. [https://www.else.org/Portals/0/ELSO%20Guidelines%20For%20Adult%20Respiratory%20Failure%201\\_4.pdf](https://www.else.org/Portals/0/ELSO%20Guidelines%20For%20Adult%20Respiratory%20Failure%201_4.pdf)
- Falcão, F. Melo, T. P. & Ferro, J. (2015). Acidente vascular cerebral. In P. Ponce & J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 19-31). Lisboa: Lidel.
- Fathi A. T. (2015). Leucemia Mielóide Aguda. In B. Chabner, & D. Longo (Eds.). *Manual de oncologia de Harrison* (2.<sup>a</sup> ed). (pp. 289-299). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Fernandes, A., Dias, C., Barbosa, S. & Costa, P. (2009). Hemodinâmica no século XXI: Um desafio para a medicina intensiva. *Revista Portuguesa de Medicina*, 16(3), 7. <http://docplayer.com.br/40504791-Intensiva-fernandes-a-dias-c-barbosa-s-costa-p-7-carta-do-presidente-spci-artigos-originais-artigos-de-revisao.html>.
- Fernandes, M. J. C. & Silva, A. L. (2016). Os significados do cuidado de enfermagem à família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE On*

Line, 10(6), 1899-1908. <https://doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201601>.

- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19(19), 32-45. <http://dx.doi.org/10.17013/risti.19.32-45>
- Fernandez-Robles C., & Pirl, W. (2015) Depressão, ansiedade e fadiga. In B. Chabner & D. Longo (Eds). *Manual de oncologia de Harrison* (2.<sup>a</sup> ed). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & De Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia no doente crítico. *Revista Clínica Hospital Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95>
- Ferro, J. & Pinho e Melo, T. (2012). Acidente vascular cerebral (Via Verde AVC). In P. Ponce (Coord). *Manual de urgências e emergências* (pp. 111-118). Lisboa: Lidel.
- File Jr, T.M.F. (2016). Risk factors and prevention of hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia in adults. *UpToDate*. <http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-and-prevention-of-hospital-acquired-and-ventilator-associated-pneumonia-in-adults>.
- Garrigues, A. L., (2010). Problemas hematológicos. In F. D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. P. Green (Eds). *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (8<sup>a</sup> ed) (pp. 935-970). Loures: Lusodidacta.
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côte, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307-318. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>
- Gonçalves, J. P. A. (2015). *Cuidar da família da pessoa doente em situação crítica que vivencia uma situação de stress: Estratégia facilitadora nos processos de transição* (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

- Holzgraefe, B., Andersson, C., Kalzén, H., Bahr, V., Mosskin, M., Larsson, E., Palmér, K., Freckner, B. & Larsson, A., (2017). Does permissive hypoxemia during extracorporeal membrane oxygenation cause long-term neurological impairment. A study in patients with H1N1 – induced severe respiratory failure. *European Journal of Anaesthesiology* 34(2), 98-103. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000544>.
- Infarmed. (2015). *Folheto informativo: Informação para o utilizador*. [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=35352&tipo\\_documento=fi](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=35352&tipo_documento=fi)
- Infarmed. (2017). *Folheto informativo: Informação para o doente*. [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=3048&tipo\\_documento=fi](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3048&tipo_documento=fi)
- Jacobsen J., & Jackson V. (2015) Controle da dor. In B. Chabner & D. Longo (Eds). *Manual de oncologia de Harrison* (2.<sup>a</sup> ed) (pp. 264-270). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Jesus, E. H., Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26-44. [https://www.researchgate.net/publication/289537196\\_Estudo\\_RN4Cast\\_em\\_Portugal\\_ambientes\\_de\\_prática\\_de\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_prática_de_enfermagem)
- Jorge, F. S. (2011). *Cuidar a pessoa com doença grave e em estado crítico*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Kameli, M., Khoshnevic, M., Nouri, J., & Khademolhosseini, S. (2015). Designing and the validation of the evidence-based nursing care instruction in the nausea and vomiting of patients undergoing chemotherapy. *International Journal of Medical Reviews*, 2(4), 323-329. [http://www.ijmedrev.com/article\\_68711.html](http://www.ijmedrev.com/article_68711.html)
- Krishnasamy, M., Kwok-Wei, S. W., Yates, P., Calvo, L., Annab, R., Wisniewski, T., & Aranda, S. (2014). The nurses` role in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting: an international survey. *Cancer Nursing*, 37(4), E27-35. [10.1097/NCC.0b013e3182a3534a](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182a3534a)

- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives* (7<sup>a</sup> ed.). <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/construire-les-competences-individuelles-et-collectives-9782212562255>
- Lei nº 15/2014. **Diário da República**, 1<sup>a</sup> Série. 157 (21-04-2014). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- Lei nº 156/2015. **Diário da República**, 1<sup>a</sup> Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lei nº 25/2012. **Diário da República**, I Série. 136 (16/07/2012). [Consult. 4 maio 2021]. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/07/16/p/dre/pt/html>
- Lei nº 27/2006. **Diário da República**, I Série. 126 (03-07-2006). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html>
- Lei nº 53/2017. **Diário da República**, 1<sup>a</sup> série. 135 (14/07/2017). 3739 – 3743. [Consult. 9 jun 2021]. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/53/2017/07/14/p/dre/pt/html>
- Leonello, V. M., & Oliveira, M. A. C. (2007). Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41, 847-852. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000500019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000500019&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Lewis, M., Hendrickson, A. & Moynihan, T. (2011). Oncologic emergencies: Pathophysiology, presentation, diagnosis, and treatment. *A Cancer Journal for Clinicians*, 61(5), 28-314. <http://dx.doi.org/10.3322/caac.20124>
- López-López, C., Pérez-Pérez, T., Beneit-Montesinos, J. V., García-Klepzig, J. L., Martínez-Ureta, M. V., Murillo-Pérez, M. A., Torrente-Vela, S. A., & García-Iglesias, M. (2018). Pain assessment in mechanically ventilated, noncommunicative severe trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 25(1), 49-59. <http://dx.doi.org/10.1097/JTN.0000000000000342>.
- Lourenzo, V. (2013). *Proposta de protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente onco-hematológico em tratamento antineoplásico* (Tese de Mestrado para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem). Universidade

Federal de Santa Catarina, Florianópolis.  
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/122746>

- Marinho, A. (2015). Suporte nutricional no doente crítico. In P. Ponce & J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 308-318). Lisboa: Lidel.
- Mattos, L. & Silvério, M. (2012). Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 25(2), 182-191. 10.5020/18061230.2012.p182
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumcher. (2010). Transitions from practice to evidence-based models of care. In A. Meleis (Ed). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 1-51). New York: Springer PublishingCompany.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumcher. (2010). Transition theory. In A. Meleis (Ed). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-83). New York: Springer PublishingCompany.
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta
- Mendes, J. (2015). Ventilação mecânica invasiva. In P. Ponce & J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 94-112). Lisboa: Lidel.
- Meneguim, S., Alegre, P. H. C. & Luppi, C. H. B. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(2), 115-119, <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400021>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. 2010. Acessível na DGS.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº 13/DQS/DSD: Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. 2010. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº 9/DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da dor. 2003. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 002/2015: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. 2015. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. 2018. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 010/2016: Via Verde Sepsis no Adulto. 2016. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. 2013. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. 2018. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 018/2015: Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. 2015. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. 2015. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. 2015. Acessível na DGS.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. 2015. Acessível na DGS.
- Miranda, I. (2013). *Nutrição entérica e parentérica: Controvérsia em doentes de UCI*. <https://www.portalenf.com/2013/12/nutricao-enterica-e-parenterica-controversias-em-doentes-de-uci/>.
- Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F. & Green, C. J. (2010). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (I. M. Ligeiro, L. C. Leal & H. S. Azevedo, Trad.) (8ª ed.) (Vol. 1). Loures: Lusociência.
- Mortensen, C., Kjaer, M., & Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, (52), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, A. P., Paula, A. O., Lacerda, A. C. S., Andrade, F. S. & Iquiapaza, R. A. (2014). Infecciones hospitalarias en servicio de emergencia y una unidad de cuidados intensivos: similitudes y diferencias. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 125-131. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20154>.
- Ordem dos Enfermeiros – Parecer nº 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica. 2018. Acessível na OE.
- Ordem dos Enfermeiros – Parecer nº 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos / serviços de medicina intensiva. 2018. Acessível na OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Author
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Author.

- Pedreira, L., Santos, I., Farias, M., Sampaio, E., Barros, C. & Coelho, A. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Revista de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 22(4), 533-539. <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a16.pdf>.
- Pereira, S. (2014). *Formulário de avaliação da dependência do autocuidado: versão reduzida* (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Ponce, P. & Mendes, J. J. (2016). *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: Lidel
- Proteção Civil da Madeira. (2015). *Plano regional de emergência de proteção civil da região autónoma da Madeira*. [https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM\\_10set2015.pdf](https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_10set2015.pdf)
- Regulamento nº 140/2019. **Diário da República**, 2ª série. 26 (06/02/2019). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>
- Regulamento nº 190/2015. **Diário da República**, 2ª série. 79 (23/04/2015). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/port/190/2015/06/26/p/dre/pt/html>
- Regulamento nº 361/2015. **Diário da República**, 2ª série. 123 (23/06/2015). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67613096/details/normal?q=regulamento+361%2F2015>
- Regulamento nº 429/2018. **Diário da República**, 2ª série. 135 (16/07/2018). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20429%2F2018>
- Regulamento nº 533/2014. **Diário da República**, 2ª série. 233 (02/12/2014). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/60651797/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20533%2F2014>
- Regulamento nº 743/2019. **Diário da República**, 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20743%2F2019>



- Reis, J. (2013). Anestesia para Cirurgia Cardíaca. In H. Machado (Coord.). *Manual de anestesiologia* (pp. 443-471). Lisboa: Lidel.
- Rocha, H. & Braga, R. (2016). Hemorragia subaracnóidea: Um quadro atípico de uma patologia rara. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32 (4), 275-279. <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11829>
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Revista Pensar Enfermagem*, 19, 31-46. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)
- Santos, J. (2010). *Segurança no circuito do medicamento citotóxico: Contributos para a avaliação da realidade hospitalar em Portugal* (Projeto para obtenção do grau de mestre). Vila Nova de Gaia: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/875>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Documento de apoio nº 0007, versão 002. 2013. Acessível no SESARAM.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Documento de apoio nº 0007, versão 002. 2013. Acessível no SESARAM.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Manual: Medicina Intensiva. 2020. Acessível no SESARAM.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Procedimento nº 012, versão 002. 2012. Acessível no SESARAM.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Procedimento nº 02: Vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde. 2019. Acessível no SESARAM.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (2021b). *Quem somos*. [https://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=700&Itemid](https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=700&Itemid)
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. – Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas. 2008. Acessível no Hospital Central do Funchal

- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2019). *Plano de integração para profissionais de enfermagem: Unidade de neutropénia*. Hospital Dr. Nélio Mendonça.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021a). *Missão*. [https://www.sesaram.pt/smi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13&Itemid=170](https://www.sesaram.pt/smi/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=170).
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021c) *Visão e missão*. [https://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=700&Itemid=322](https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=700&Itemid=322).
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. Serviço de Sangue e Medicina Transfusional – Manual de transfusão de componentes sanguíneos: Versão 4. 2015. Acessível Serviço de Sangue e Medicina Transfusional.
- Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde - Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados. 2017. Acessível na DGS.
- Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde - Norma nº 002/2015: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna imediata. 2015. Acessível na DGS.
- Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde - Norma nº 007/2019: Higiene das mãos nas unidades de saúde. 2019. Acessível na DGS.
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing activities score: Índice de avaliação de carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*, (16), 3-13. <http://hdl.handle.net/10400.26/9208>
- Silva A. S. & Dias V. L. S. M. (2007). Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: Definição de guideline. *Onco.News*, (1), 11-17. <https://www.onco.news/ensinar-o-doente-a-lidar-com-a-toxicidade-hematologica-no-pos-quimioterapia-definicao-de-guideline/>
- Silva D., Oliveira L., Filipe R., & Gonçalves R. (2012). Os cuidados de enfermagem espirituais no alívio do sofrimento em pessoas com doença hemato-oncológica.

- Onco.News*, (20), 34-40. <https://www.onco.news/os-cuidados-de-enfermagem-espirituais-no-alivio-do-sofrimento-em-pessoas-com-doenca-hemato-oncologica/>
- Silva, A. R. & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Silva, M. A. O. C. (2012). *Pessoa em situação crítica: Foco de cuidados do enfermeiro especialista* (Relatório para obtenção do grau de Mestre). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A. & Mota, L.. (2018). *Tornar-se especialista: Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização*. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 147-154. <http://www.index-f.com/referencia/2018/r416147.php>
- Simino, G. P. R., Reis, I. A., Acurcio, F. de A., Andrade, E. I G., & Cherchiglia, M. L. (2020). Fatores de risco associados a náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia antineoplásica. *Revista de Saúde Pública*, 54. 10.11606/s1518-8787.2020054002178
- Simões, M. (2006). Desafios actuais em ensino clínico. *Sinais Vitais*, (64), 11-20. <http://hdl.handle.net/10400.4/487>
- Soares, A. M. R. F. (2011). *Cuidar o doente em situação crítica* (Relatório para obtenção do grau de mestre em enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transportes de pacientes críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17-26. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)
- Sousa, L., Matos, P. & Ramos, J. S. (2012). Dor torácica. In P. Ponce (Coord.). *Manual de urgências e emergências* (p. 23-29). Lisboa: Lidel.

- Steiner, T., Juvela, S., Unterberg, A. Jung, C., Forsting, M. & Rinkel, G. (2013). European stroke organization guidelines for the management of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovasc Diseases*, 35 (2), 93-112. 10.1159/000346087.
- Sun, B., He, H., Wang, Z., Qu, J., Li, X., Ban, C., Wan, J., Cao, B., Tong, Z. & Wang, C., (2014). Emergent severe acute respiratory distress syndrome caused by adenovirus type 55 in immunocompetent adults in 2013: a prospective observational study. *Critical Care*, 18(4), 456. 10.1186/s13054-014-0456-6.
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2021) Nursing process. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
- Tothova, Z., & Bradner J. (2015) Anemia. In B. Chabner, & D. Longo (Eds.). *Manual de oncologia de Harrison* (2.<sup>a</sup> ed). (pp. 280-288). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Vaughans, B. (2012). *Fundamentos de enfermagem desmistificados: Enfermagem-uma profissão em evolução*. Porto Alegre: AMGH.
- Ventetuolo, C., & Muratone, C. (2014). Extracorporeal life support in critically III adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190 (5), 497-508. 10.1164/rccm.201404-0736CI
- Vieira, E.J.M. (2014). *As estratégias de comunicação no cuidado à pessoa em situação crítica* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciência da Saúde, Lisboa.
- Vítor, J. I. C. (2018). *Cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida à oxigenação por membrana extracorpórea: do Pré- hospitalar à Unidade de Cuidados Intensivos* (Relatório de estágio para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal.
- Wijdicks, E., Menon, D. & Smith, M. (2015). Ten things you need to know to practice neurological critical care. *Intensive Care Medicine*, 41(2), 318–321. 10.1007/s00134-014-3544-9.

- World Health Organization. (2018). *European Health Report 2018: More than numbers: Evidence for all*. <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018>
- World Health Organization. (2020). *Global report on the epidemiology and burden of sepsis*. <https://reliefweb.int/>
- World Health Organization. (2021). *Portugal source: Globocan 2020*. <https://gco.iarc.fr>
- Wright, L. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Yokoe, D., Anderson, D. J., Berenholtz, S. M., Calfee, D. P., Dubberke, E. R., Ellingson, K. D., Gerding, D. N., Haas, J. P., Kaye, K. S., Klompas, M., Lo, E., Marschall, J., Mermel, L. A., Nicolle, L. E., Salgado, C. D., Bryant, K., Classen, D., Crist, K., Deloney, V. M., ... Maragakis, L. L. (2014). A Compendium of strategies to prevent health care associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(8), 967-977. 10.1086/677216

## **ANEXOS**

## ANEXO A - DIETANEUTROPÉNICA

PRODUTOS DO DIA-A-DIA	
A evitar	Alternativas
Leite não pasteurizado (leite da vaca)	Leite pasteurizado, Leite de Soja, Leite UHT
Iogurtes Pró bióticos ou com Bífidos Activos	Iogurtes Pasteurizados
Crems não Pasteurizados, Bolos com creme (por desconhecer a origem do mesmo)	Bolos feitos em casa. Tartes ou pudins feitos em casa.
Gelados de máquina ou de gelatarias (Ex: “Lambecas”, Corneto soft, gelados retirados a bola de uma grande covet	Gelados embalados individualmente, abertos e consumidos na hora.
Queijos não pasteurizados tipo fresco e requeijão. Queijo de pasta mole tipo serra/azeitão. Queijos “azuis”: stilon, roquefort, gorgonzola. Queijo Brie, Feta, Camembert. Queijo de cabra.	Queijos embalados e feitos com leite pasteurizado em embalagem hermeticamente fechada: philadelphia, mozzarella.
Natas Frescas	Leite em pó.
Bebidas alcoólicas, gemadas, limonada feita em casa, sidra.	Água engarrafada, sumos, café ou chá feito com água fervida.
Mel em cru ou não pasteurizado.	Compotas, geleias.
OVOS	
<p>Fora de casa não ingerir ovos (por desconhecer o método de preparação ou mesmo o estado de conservação destes).</p> <p>Não consumir ovos estrelados desde que a gema não esteja totalmente cozinhada.</p> <p>Como testar o estado de conservação dos ovos:</p> <p>Colocar numa taça cheia de água os ovos a serem utilizados. Se vierem à tona estão estragados (devido aos gases que se produzem aquando da putrefacção).</p>	
A evitar	Alternativas

Ovos escalfados ou mal cozidos,	Ovo cozidos em casa (durante aproximadamente 10 minutos)
Soufflés, merengues, gelados caseiros, mousses, molho holandês, molho cocktail, maionese.	-
<b>CARNES</b>	
A evitar	Alternativas
Carne media e/ou mal passada	Carne bem-passada (bem cozida)
Carnes pré cozidas ou de takeaway	-
Carnes fumadas	Carnes frias embaladas em vácuo
Patés	-
Salsichas e enchidos caseiros	-
<b>PEIXE</b>	
A evitar	Alternativas
Peixe cru (Ex: Sushi) ou mal cozinhado	Peixe fresco bem cozido/grelhado
Caviar	Peixe em lata Ex: Atum
-	Peixe em embalagens celadas a vácuo
Marisco (camarões, mexilhões, ostras, etc.)	Peixe congelado
<b>FRUTA E VEGETAIS</b>	
A evitar	Alternativas
Frutos secos (ameixa, passas) não cozinhados	Fruta e sumos de fruta enlatados.
Sumos de fruta não pasteurizados e não caseiros	Fruta de casca grossa: banana. Maça e pêra cozida.
Vegetais crus	Todos os vegetais cozinhados
Evitar comer saladas em restaurantes (por desconhecimento do método de preparação).	-



Ervas aromáticas e especiarias não cozinhadas.	Ervas aromáticas e especiarias se adicionadas até 5 minutos antes de terminar a confecção.
<b>CEREAIS E DERIVADOS</b>	
A evitar	Alternativas
	<p>Todo o tipo de pão, bolachas secas.</p> <p>Massa cozida, arroz e leguminosas.</p> <p>Milho enlatado.</p> <p>Cereais de pacote, barritas de cereais.</p>