



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: UM PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Por
Ana Rita Espada Pina Batista Vieira

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: UM PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Por

Ana Rita Espada Pina Batista Vieira

Sob a orientação da Professora Lurdes Martins

Lisboa, 2024

RESUMO

Este Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Pretende-se com o mesmo uma reflexão crítica que permita o desenvolvimento profissional das áreas de competência do Enfermeiro Especialista. A descrição e reflexão dos momentos de aprendizagem relativos às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente do doente crítico e também a aquisição de competências na área da Investigação em Saúde.

Numa primeira fase, realiza-se uma Revisão Bibliográfica que demonstra a importância da avaliação do Risco Nutricional no doente Oncológico adulto em contexto hospitalar. Seguidamente é realizada uma descrição do contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, onde se desenvolveram as horas práticas de contacto e onde houve oportunidade de desenvolver atividades e planos de cuidados que permitiram adquirir as competências necessárias à especialização.

A implementação de estratégias e intervenções que previnem e tratam a desnutrição é essencial em qualquer doente em contexto de internamento, mas assume uma importância vital em doentes do foro oncológico. Estes doentes apresentam logo à partida uma predisposição para a desnutrição, não só pela própria doença em si, mas também pelos efeitos secundários e consequências dos tratamentos como a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia. A desnutrição agrava e condiciona a resposta aos mesmos e pode levar à instabilidade hemodinâmica destes doentes, pelo que uma intervenção especializada baseada na mais recente evidência científica se constitui de grande importância. Esta é uma área da saúde que assume cada vez mais relevo na realidade Mundial, sendo que as neoplasias representam a segunda maior causa de morte em Portugal e no Mundo. Desta forma, doentes com diagnóstico de cancro são cada vez mais representativos a nível hospitalar. O desenvolvimento de novas formas de tratamento faz com que estes doentes requeiram cuidados especializados, tanto a nível médico como cirúrgico, em fases diferentes da sua doença necessitando muitas vezes de cuidados em situação crítica. Pode, assim, concluir-se que a Desnutrição é um problema comum a nível hospitalar, mas é ainda mais evidente e

crítico em doentes oncológicos, condicionando a evolução do seu estado de saúde, sendo a avaliação do Risco Nutricional a primeira intervenção de enfermagem a ser implementada com o objetivo de lidar com este problema.

Após esta revisão bibliográfica desenvolveu-se um trabalho reflexivo onde se pretende mostrar o percurso que levou à aquisição de competências especializadas, centradas na pessoa a vivenciar processos de saúde/doença aguda ou crónica, gerindo e otimizando recursos que visam dar resposta às necessidades identificadas de forma a prevenir ou tratar de forma rápida e eficaz os problemas, a gestão de situações de catástrofe e emergência e prevenção e atuação no controlo da infeção. Conclui-se, assim, que o caminho para a enfermagem especializada é feito através da reflexão da prática e da sua base em evidência científica comprovada.

Palavras-chave: Desnutrição, Risco Nutricional, Enfermagem Especializada, Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

This Report was developed as part of the Master's Degree in Nursing with a Specialization in Medical-Surgical Nursing: Critically ill people and their families, at the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University. The aim is to provide a critical reflection that will enable professional development in the areas of competence of the Specialist Nurse. It tries to describe and reflect on the learning moments relating to the common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the critically ill patient and also the acquisition of competences in the area of Health Research.

In the first phase, a Bibliographic Review is carried out and demonstrates the importance of assessing Nutritional Risk in adult oncology patients in a hospital setting. This is followed by a description of the context of the Emergency Department and Post-Anesthetic Care Unit, where the practical contact hours were carried out and where there was the opportunity to develop activities and care plans that enabled the skills required for specialization to be acquired.

Implementing strategies and interventions to prevent and treat malnutrition is essential for any patient admitted to a hospital care facility, but it is vitally important for cancer patients.

These patients are predisposed for malnutrition from the outset, not only because of the disease itself, but also because of the side effects and consequences of treatments such as chemotherapy, radiotherapy and surgery. Malnutrition aggravates and conditions the response to these treatments and can lead to hemodynamic instability in these patients, which is why specialized intervention based on the latest scientific evidence is of great importance. This is a health problem that is becoming increasingly important in the world, with neoplastic diseases representing the second largest cause of death in Portugal and in the World. Patients diagnosed with cancer are therefore becoming increasingly common in hospitals. The development of new forms of treatment means that these patients require very specialized medical and surgical care at different stages of their illness, often requiring critical care. It can be concluded that malnutrition is a common problem at patients admitted to a hospital, but it is even more evident and critical in cancer patients, conditioning the evolution of their

state of health the assessment of Nutritional Risk is the first nursing intervention to be implemented in order to deal with this problem.

After this bibliographic review, a reflexive work was developed to show the path that led to the acquisition of specialized skills, focused on the person experiencing acute or chronic health/illness processes, managing and optimizing resources aimed at responding to identify needs in order to prevent or treat problems quickly and effectively, managing disaster and emergency situations and preventing and acting in infection control. Therefore, it is concluded that the path to specialized nursing is made through reflection on practice and has its basis in proven scientific evidence.

Keywords: Malnutrition, Nutritional Risk, Specialized Nursing, Nursing Interventions.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Lurdes Martins pelo carinho e dedicação com que sempre lidou comigo durante este percurso e aos meus Enfermeiros Orientadores de estágio que foram incansáveis na procura de novos momentos de aprendizagem.

Seguidamente quero agradecer à minha mãe, Joana, e à minha irmã, Vanda, por me apoiarem sempre e tentarem sempre ser uma fonte de ajuda em tudo aquilo que necessito.

E por fim, mas sem dúvida não menos importante, ao meu marido, Tiago, pela ajuda e compreensão em todos os momentos, e às minhas filhas, Benedita e Maria Francisca, por fazerem de mim uma pessoa melhor e por compreenderem que houve momentos em que o tempo que lhes pude despendar foi pouco em comparação com o que mereciam.

DEDICATÓRIA

Ao meu PAI, que mesmo não estando presente agora, me ensinou que nada é demasiado ambicioso. Ensinou-me que a perseverança é uma virtude para quem busca a excelência e que nunca devemos desistir dos nossos sonhos.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEOP	Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BOC	Bloco Operatório Central
BUC	Bloco de Urgência
CVC	Cateter vascular central
DGS	Direção Geral da saúde
EAM	Enfarte Agudo do miocárdio
ECG	Eletrocardiograma
ECT	Electroconvulsivoterapia
EE	Enfermeiro Especialista
EEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEMCPSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e sua família
EEMI	Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar
ENLCC	Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro
EPI	Equipamento de proteção individual
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
GLIM	Global Leadership Initiative on Malnutrition
IACS	Infeções associadas aos cuidados de saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IV	Intravenoso
MNA	Mini Nutrition Assessment
MS	Ministério da Saúde
MST	Malnutrition Screening Tool
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NE	Nutrição entérica
NP	Nutrição parentérica
NRS 2002	Nutritional Risk Screening 2002

OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização mundial de Saúde
PBCI	Precauções Básicas de Controlo da Infecção
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PNCI	Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associado a cuidados de saúde
SNS	Sistema Nacional de saúde
SO	Serviço de Observação
SPG-SGA	Scored Patient- Generated Subjective Global Assessment
SUC	Serviço de Urgência Central
TAC	Tomografia axial computadorizada
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCPA	Unidade de Cuidados Pós-anestésicos
VV	Vias Verdes

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
2. A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL DA ENFERMAGEM NA DESNUTRIÇÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO ADULTO HOSPITALIZADO	20
2.1. O Cancro e a Desnutrição	20
2.2. Avaliação do Risco Nutricional no SNS	23
2.3. Avaliação do Risco Nutricional em Doentes Oncológicos	24
2.4. Importância da Intervenção de Enfermagem na Gestão do Risco Nutricional do Doente Oncológico Adulto Hospitalizado	27
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
3.1) Descrição da estrutura organizacional e humana dos locais de estágio	31
3.1.1) SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL (SUC)	31
3.1.2) UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PÓS-ANESTÉSICOS (UCPA)	33
3.2) Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista	35
3.2.1) RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	37
3.2.2) MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	40
3.2.3) GESTÃO DOS CUIDADOS	45
3.2.4) DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	47
3.3) Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC)	49
3.3.1) CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVÊNCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	50
3.3.2) DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEPÇÃO E CATÁSTOFRE, DA CONCEPÇÃO À AÇÃO	56
3.3.3) MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	58
3.4) Competências para a atribuição do grau académico de Mestre	62
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

5. BIBLIOGRAFIA	67
6. ANEXOS	77
ANEXO I – NUTRICIONAL RISK SCREENING 2002 (NRS 2002)	78
ANEXO II - MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)	79
ANEXO III - SCORED PATIENT- GENERATED SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (SPG-SGA)	80
ANEXO IV - GLOBAL LEADERSHIP INICIATIVE ON MALNUTRITION (GLIM)	81
ANEXO V – ALGORITMO DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL AO DOENTE ONCOLÓGICO DA AEOP	83

1. INTRODUÇÃO

Ser Enfermeiro é um percurso evolutivo, onde é essencial a atualização de conhecimentos. A Especialização em Enfermagem surge da necessidade de aprofundar o nosso saber e no sentido da constante procura da excelência profissional.

O meu percurso profissional e o facto de sentir uma necessidade marcada de prestar cuidados complexos e diferenciados, condicionou a escolha da área de especialização. Silva et al. (2018), que defendem que “face às constantes mudanças da sociedade em que vivemos, reflexo da evolução da ciência, construção de conhecimento e desenvolvimento de técnicas inovadoras nas diferentes áreas profissionais, especificamente na área da saúde, é imprescindível a capacitação profissional dos enfermeiros” (pp.16). Assim, decidi ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Apesar da minha experiência profissional na área, senti que fazia sentido ir mais além no desenvolvimento da minha maturidade profissional e que “apenas” a prática diária não eram suficientes para sustentar cuidados de excelência que, como defende a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2020), advêm de uma Prática Baseada na Evidência (PBE), sendo sempre a mais recente investigação a modular a nossa ação.

A OE (2019) define Enfermeiro Especialista (EE) como aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”, desenvolvendo capacidades em quatro áreas distintas de competências comuns: competências do domínio da responsabilidade profissional; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão de cuidados; e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Foi com base, não só no desenvolvimento das competências acima descritas para um EE, mas também com o objetivo de desenvolver investigação na área do doente oncológico (área com a qual contacto e contactei todos os dias da minha prática e para a qual espero poder transferir as aprendizagens proporcionadas pela conclusão deste relatório) que escolhi o tema desenvolvido no primeiro Capítulo deste relatório de contextualização teórica, bem

como os dois locais de estágio onde desenvolvi as minhas horas de contacto e que descrevo no segundo Capítulo do relatório.

O cancro assume-se nos dias de hoje como um problema de saúde pública. A nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) refere terem ocorrido cerca de 10 milhões de mortes devido ao cancro no ano de 2022, o que significa que cerca de uma em cada seis mortes está relacionada com o cancro. Portugal não é exceção no que concerne ao cancro. Todos os anos se assiste a um crescente número de novos casos diagnosticados e que se devem tanto ao envelhecimento da população, como à exposição a oncogénicos ambientais ou virais (DGS, 2023). Desta forma, o contacto com doentes com cancro é inevitável em meio hospitalar e a sua complexidade é crescente.

Os cuidados de enfermagem devem sempre acompanhar as necessidades da população e devem sempre ser baseados na mais recente evolução científica, adaptada às necessidades do presente. Foi com esta ideia em mente que decidi investir na temática do cuidado à pessoa com cancro. Assim, no Capítulo 1 pretendo fazer um resumo da evidência científica existente no âmbito da avaliação do risco nutricional dos doentes oncológicos hospitalizados e o papel da enfermagem na gestão deste risco, tendo sido desenvolvida uma Revisão Bibliográfica, que incluiu a pesquisa em bases de dados oficiais e a pesquisa de literatura cinzenta e que revelou que a desnutrição é um problema major para os enfermeiros e restantes profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes oncológicos pois está presente numa grande percentagem destes doentes e condiciona o seu tratamento e prognóstico.

Com o Capítulo 2 pretendo fazer uma descrição detalhada dos contextos e experiências obtidas no contexto de estágio e que me permitiram adquirir as competências necessárias a um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC): doente em situação crítica. Assim, a descrição e comprovação da aquisição das competências necessárias à obtenção do grau de especialista dá resposta aos seguintes objetivos:

- Desenvolver uma revisão bibliográfica que permita transpor conhecimentos teóricos para a intervenção na prática;
- Desenvolver um pensamento crítico de análise das competências adquiridas pela experiência profissional;

- Analisar e refletir as experiências de estágio que permitiram adquirir as competências especializadas necessárias;
- Determinar e perscrutar a concretização dos objetivos de estágio propostos e avaliar a forma como as atividades realizadas me permitiram atingir as competências a que me propus.
- Interligar o processo de investigação e procura de conhecimento baseado na evidência científica desenvolvido com a prática académica, transpondo-o para a prática clínica.

Após o Capítulo 2 sistematizam-se as principais Conclusões por forma a evidenciar a importância da evidência científica e sua pesquisa bem como a forma como as experiências vivenciadas e as competências adquiridas vão influenciar a prática clínica, integrando uma análise dos aspetos facilitadores e dificultadores do desenvolvimento da prática de cuidados de excelência que se pretende atingir.

2. A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL DA ENFERMAGEM NA DESNUTRIÇÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO ADULTO HOSPITALIZADO

2.1. O Cancro e a Desnutrição

Cancro é definido como um variado grupo de doenças que podem ter origem em qualquer órgão ou tecido do corpo humano quando células normais se multiplicam incontrolavelmente em células tumorais e crescem para além das suas fronteiras normais, invadindo estruturas adjacentes ou outros órgãos (neste caso chamadas metástases) (OMS, 2020). Em 2020, o cancro foi responsável pela morte de quase 10 milhões de pessoas no Mundo, sendo considerado um problema de saúde pública (OMS, 2022).

Também a realidade da Saúde em Portugal tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2022), desde 2015 que a maior taxa de mortalidade padronizada está associada ao cancro, sendo esta a segunda maior causa de morte em Portugal e a principal causa de morbilidade. O aumento da incidência de doenças neoplásicas tem a ver, não só com o envelhecimento da população e a exposição a fatores oncogénicos, mas também com a melhoria nas áreas de diagnóstico e terapêutica a que estes doentes são sujeitos (DGS, 2022). No entanto esta situação implica constantes adaptações nas estratégias de luta contra o cancro. Assim, foi incluído no Plano Nacional de Saúde 2021-2030, uma proposta de Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro (ENLCC), na qual se preconiza uma generalização no acesso a programas de rastreio oncológico, identificação e certificação de unidades de saúde que proporcionem a melhor e mais eficaz resposta a estas situações de doença, com objetivo final de diminuir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida de doentes e sobreviventes.

Analisando, então, estes dados, é fácil compreender a importância de uma ação cada vez mais especializada e uma prática baseada na evidência científica cada vez mais forte, para conseguir dar resposta a estas novas necessidades da Saúde em Portugal.

Existem inúmeros tipos de cancro e o seu nome vai depender dos órgãos, tecidos e tipos de células que afetam. Assim sendo, é instintivo tirar a conclusão de que os efeitos no corpo humano dos mesmos podem ser os mais variados, abrangendo desde situações benignas, que não afetam a qualidade de vida, a situações malignas que levam há morte num

curto espaço de tempo. No entanto, não são só os sintomas da doença em si que afetam o doente. Também os próprios tratamentos, como a Quimioterapia, a Radioterapia, a Imunoterapia e a Cirurgia, provocam efeitos secundários. Assim, seja como sintomas da própria neoplasia ou como efeitos do tratamento, é certo que o corpo humano é sujeito a uma enorme pressão, cabendo aos profissionais de saúde, e em específico aos Enfermeiros, detetarem precocemente e prevenirem situações que possam ser causadoras de sofrimento e de descompensação hemodinâmica que podem levar a situações críticas ou à morte (Gupta, Vashi, Lammersfeld & Braun, 2011).

Davies (2005) defende que, de entre todos os profissionais de saúde, é o Enfermeiro aquele que maior contacto tem com o doente e melhor consegue identificar e agir para evitar precocemente complicações. No entanto, esta agudização do estado de saúde pode facilmente levar a que estes doentes necessitem de cuidados avançados para os quais um EEMC deve estar preparado, sendo necessário um cruzamento de conhecimentos específicos de atuação em doente crítico, que contemplem também conhecimentos das especificidades da doença Oncológica.

Utilizando um pensamento crítico à luz de uma das Teorias de Enfermagem mais utilizadas em todo o mundo, a Teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem, e pensando nas especificidades e multiplicidade de alterações que as neoplasias provocam no corpo humano e na forma como está no mundo, facilmente podemos inferir que o doente oncológico necessita da intervenção da Enfermagem em vários contextos. O ponto central desta Teoria assenta na incapacidade completa ou parcial, da pessoa em cuidar de si ou dos que de si dependem, surgindo a necessidade da intervenção de enfermagem para compensar esse deficit de autocuidado (Queirós, 2010). Queirós (2010) fala-nos então do autocuidado natural, definido pela capacidade do próprio em assumir e satisfazer as suas necessidades, e o autocuidado terapêutico, que é assumido por terceiros e onde a enfermagem encontra a sua área de atuação.

No entanto, à luz da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, importa assumir que o doente não é um objeto com sintomas, incapacidades ou doença, mas sim um sujeito com as suas próprias experiências de vida, necessidades e desejos, capaz de tomar as suas decisões de saúde, cabendo aos enfermeiros criar uma ação colaborativa com os seus doentes (Edvardsson, 2020).

Desta forma, e realizando uma primeira pesquisa bibliográfica relacionada com os fatores que mais influenciam a evolução da doença oncológica e que são assumidos como os maiores causadores da diminuição da condição física e psicológica dos doentes

oncológicos, pode perceber que a alimentação é uma das áreas do seu autocuidado que se encontra mais afetada, seja como efeito direto da neoplasia no corpo humano, ou como efeito secundário aos tratamentos e cirurgias a que o doente oncológico é sujeito.

Charnay-Sonnek & Murphi (2018) defendem que estão entre os sintomas secundários mais comuns em oncologia a toxicidade hematológica, o risco aumentado de infecção, a fadiga, a alopecia, as alterações dermatológicas, a mucosite, as náuseas e vômitos e a diarreia e obstipação. Desta forma, olhando para estes efeitos, conseguimos inferir que o risco de estes doentes chegarem a estados de desnutrição elevados ou até mesmo a caquexia oncológica é muito grande. Amrhein (2015) diz que a desnutrição é muito subestimada pelos doentes que associam a perda de peso e a desnutrição a uma situação “normal” e “espectável”. Por outro lado, estudos mostram que a desnutrição afeta cerca de 75% dos doentes oncológicos e está intimamente ligada ao tipo e estadió do tumor, tipo de tratamento, idade do doente e cuidados administrados (Bossi, et al, 2021). Já a Caquexia oncológica está presente em 50-80% dos doentes oncológicos, principalmente nos que estão em estados mais avançados da doença (Argilés, et al, 2014).

Caquexia Oncológica define-se como uma síndrome de desnutrição multifatorial caracterizado por perda de peso involuntária associada a perda de massa muscular (Fearon, et al, 2011).

Por sua vez a OMS define desnutrição, ou malnutrição, como a deficiência no aporte de nutrientes ou dificuldade na sua utilização. Desnutrição na doença oncológica é o resultado da combinação de um distúrbio metabólico e anorexia, causado pelo tumor em si e as suas especificidades ou pelo próprio tratamento (Muscaritoli, et al, 2021). Assim, a desnutrição tem um impacto negativo nos resultados clínicos e no risco de mortalidade dos doentes oncológicos, estando associada a uma diminuição da tolerância aos tratamentos, por contribuir para um aumento da sua toxicidade, diminuição da sua adesão e diminuição da sua resposta e eficácia (Bossi, et al, 2021).

Carvalho et al. (2011) referem que, em oncologia, a nutrição e alimentação são elementos centrais pois assumem grande influência no evoluir da doença, no processo de tratamento e na qualidade de vida do doente oncológico.

O risco nutricional é definido pela presença de desnutrição ou a possibilidade de a vir a desenvolver na sequência da perda de peso involuntária ou diminuição da ingestão/absorção de alimentos (Magalhães, et al., 2023).

Assim, incluindo a avaliação do risco nutricional e a avaliação de sinais e sintomas que podem afetar a ingestão alimentar (como por exemplo a mucosite, as náuseas e vômitos,

a diarreia, etc.), o enfermeiro consegue reunir as informações necessárias para definir um plano de atuação personalizado e adequado às necessidades de cada doente. No entanto, as descompensações hemodinâmicas secundárias a estas condições podem instalar-se de forma súbita e incontrollável gerando situações de urgência que são abordadas nos serviços de urgência do nosso Sistema Nacional de Saúde (SNS) e que condicionam muitas vezes internamentos mais prolongados.

2.2. Avaliação do Risco Nutricional no SNS

Segundo a DGS (2023), que cita dados do Global Burden of Disease de 2019, a malnutrição constitui-se como o principal fator de risco para a carga da doença em Portugal, sendo a desnutrição “associada ao aumento do risco de complicações clínicas, morbilidade, mortalidade, diminuição da qualidade de vida, bem como ao aumento da necessidade de tratamentos e internamentos hospitalares” (DGS, 2023, pp.85). O Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, veio determinar que a avaliação sistemática do risco nutricional deve ser implementada a todos os doentes internados nos serviços hospitalares, por forma a combater a desnutrição hospitalar, desenvolver e implementar o modelo de avaliação de risco nutricional na admissão, promover suporte nutricional adequado e promover o trabalho na equipa multidisciplinar para melhorar a assistência nutricional ao doente. Foi então decretada a utilização da ferramenta de identificação nutricional designada por *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002) para a avaliação de adultos em meio hospitalar, sendo que a primeira avaliação do risco nutricional deve ocorrer nas primeiras 24h após a admissão do doente, sendo repetida semanalmente durante o internamento, ficando essa avaliação e monitorização registada em processo clínico. Este Despacho acima citado define ainda que após a identificação de um doente com risco nutricional, este deve ser sinalizado ao serviço de nutrição para definir o diagnóstico nutricional e estabelecer a intervenção nutricional necessária e respetiva monitorização em articulação com a equipa multidisciplinar. Assim, conseguimos concluir que a intervenção de enfermagem ao nível do estado nutricional do doente deve estar presente desde o momento da admissão, sendo possivelmente o profissional com capacidade para realizar uma avaliação de risco nutricional, bem como na implementação das medidas nutricionais ao doente e sua avaliação a mais rapidamente e precocemente intervir.

O objetivo da avaliação do risco nutricional é melhorar ou impedir a deterioração da função física e mental, reduzir em número e severidade as complicações da doença ou do tratamento, aumentar a velocidade da recuperação da doença diminuindo o tempo de convalescença e reduzir os recursos hospitalares utilizados, reduzindo assim custos de tratamentos, de estadia e de material (Kondrup, et al., 2003).

2.3. Avaliação do Risco Nutricional em Doentes Oncológicos

Como foi descrito anteriormente, os doentes oncológicos têm uma série de fatores que influenciam a sua adequada nutrição. Estudos mostram que a implementação de medidas de terapia nutricional numa fase precoce ajuda a prevenir, tratar e limitar as consequências negativas da desnutrição influenciando positivamente o prognóstico do doente, sendo essencial a avaliação do risco nutricional, tendo em conta a interação de fatores clínicos, metabólicos e farmacológicos que causam inflamação sistémica (Reber, et al., 2021).

Na ENLCC definiram-se quatro pilares estratégicos de intervenção: o Pilar da Prevenção; o pilar da Detecção Precoce; o Pilar do Diagnóstico e Tratamento; e o pilar dos Sobreviventes. Dentro do Pilar do Diagnóstico e Tratamento define-se, entre outros, os seguintes objetivos: “Garantir avaliação do risco nutricional no mês anterior à primeira consulta de grupo multidisciplinar de decisão terapêutica em >50% dos utentes com doença oncológica até 2030; Garantir o acesso a apoio nutricional por profissionais especializados para doentes oncológicos em regime de ambulatório em >90% dos utentes com risco nutricional até 2030” (DGS, 2023, pp.71). Assim, é evidente a importância, mas também a carência na ação nesta área, sendo necessária uma maior capacitação das equipas de saúde e dos seus profissionais.

A *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) defende que a maior parte dos doentes oncológicos estão sujeitos a uma diminuição das funções fisiológicas e biológicas, desnutrição, fadiga e stress. O aumento do processo inflamatório a que estão sujeitos provoca alterações na sua composição corporal que resultam muitas vezes em perda de apetite, de massa muscular e consequentemente de funções corporais, podendo condicionar a condição que descrevemos anteriormente como caquexia.

Aproximadamente 20% dos doentes oncológicos morrem por complicações relacionadas com a desnutrição e não pela doença (Tan & Fearon, 2008).

A ESPEN recomenda a utilização de instrumentos validados para a avaliação do risco nutricional, sendo que define como as mais adequadas para a avaliação do risco nutricional do doente oncológico as seguintes: *Nutritional Risk Screening 2002*, *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), *Mini Nutrition Assessment* (MNA) e *Malnutrition Screening Tool* (MST) (Arends, et al., 2017).

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) incentiva a utilização dos seguintes instrumentos de avaliação de risco nutricional: NRS 2002, MUST, *Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment* (SPG-SGA) e a *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM). No entanto, é importante ressaltar que a única escala validada para a população portuguesa é a NRS 2002 (Magalhães, et al., 2023).

Tendo, então, em conta as indicações da AEOP descrevemos de forma breve os instrumentos de avaliação.

Inicialmente desenvolvida pela *Danish Society for Parental and Enteral Nutrition* a NRS 2002 tem no seu fundamento o conceito de que “o suporte nutricional é indicado, e poderá trazer benefícios clínicos, em doentes que estão gravemente doentes, com necessidades nutricionais aumentadas, ou com ingestão diminuída, ou que estão gravemente desnutridos, ou que têm certos graus de gravidade da doença em combinação com certos graus de desnutrição” (Amaral, et al., 2020, pp.44). Esta escala é composta por dois grupos de questões, sendo o primeiro relativo à deterioração do estado nutricional (avaliando a perda de peso não intencional nos últimos meses e a redução não intencional da ingestão de alimentos nos últimos 3 meses, bem como o índice de massa corporal (IMC)) e o segundo relativo à gravidade da doença (ausente, ligeira, moderada ou grave). Esta escala contempla ainda a atribuição de um ponto extra a doentes com idade igual ou superior a 70 anos considerando a idade como um fator de risco nutricional (Amaral, et al., 2020) (Anexo 1).

A MUST foi desenvolvida pela *British Association for Parental and Enteral Nutrition* em 2003 com o objetivo de não só identificar o risco nutricional mas também ajudar a prever o seu desfecho clínico, fornecendo indicações para o seu plano de cuidados. Este instrumento avalia o doente em 5 passos: passo 1 e 2 são relativos a medidas corporais, IMC e perda de peso não intencional, o passo 3 diz respeito a efeitos agudos da doença, o passo 4 identifica o risco geral ou a categoria de desnutrição e o passo 5 fornece indicações para as intervenções a realizar (Elia, et al., 2003) (Anexo 2).

A PG-SGA deriva da escala SGA, desenvolvida na década de 80. A SGA é um instrumento que deve ser preenchido pelo profissional de saúde e que engloba 3 categorias nas quais os doentes podem ser classificados: (A) Bem nutrido, (B) com desnutrição

moderada ou em risco e (C) com desnutrição severa. Esta avaliação é baseada em critérios como a perda de peso, a ingestão de alimentos, sintomas associados e capacidade física, bem como uma avaliação das necessidades metabólicas e do estado físico, avaliando a gordura subcutânea, a perda de massa muscular e a hidratação (Detsky, et al., 1987). Já a PS-SGA, apesar de ter a sua base na SGA, foi adaptada para doentes oncológicos sendo o seu preenchimento uma parceria entre doente e profissional de saúde. Assim, a perda de peso nas últimas 2 semanas está incluída neste instrumento, bem como sintomas mais específicos dos doentes oncológicos e que são consequência da doença e dos tratamentos a que estes doentes são sujeitos (Jager-Wittenaar & Ottery, 2017 citando Ottery, 1996). A Score PS-SGA integra todos os elementos avaliados pelo doente e pelo profissional, a pontuação numérica atribuída e recomendações de rastreio nutricional futuro (Bauer & Ferguson, 2002) (Anexo 3).

Por último, a GLIM, fornece uma contextualização que nos guia no diagnóstico da desnutrição e integra nos seus critérios a avaliação de características fenotípicas (perda de peso não voluntária, IMC e redução da massa muscular) com características etiológicas (redução da ingestão de alimentos ou da sua absorção, atividade da doença/atividade inflamatória associada), sendo assim possível desenvolver um plano de tratamento para a desnutrição, que se considera presente caso haja um critério fenotípico e um critério etiológico em associação (Jensen, et al., 2019). Jensen et al. (2019) defendem também que os critérios fenotípicos classificam a gravidade da desnutrição (fase 1- moderada; fase 2- grave) e os critérios etiológicos devem guiar o plano de intervenção (Anexo 4).

Todos estes instrumentos de avaliação fornecem dados e uma avaliação acerca do risco nutricional dos doentes oncológicos, mas não existe definido um *gold-standard* que guie esta avaliação, ficando ao critério do profissional que aplica o instrumento. No entanto, em Portugal, o facto de a NRS 2002 ser a recomendada para a DGS para todos os doentes a nível hospitalar, verifica-se que é a mais utilizada, o que não deve impedir o profissional de procurar a escala que melhor acha adequada para responder às necessidades identificadas dos doentes.

2.4. Importância da Intervenção de Enfermagem na Gestão do Risco Nutricional do Doente Oncológico Adulto Hospitalizado

Tendo em conta as características do cuidado de enfermagem, é evidente que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada para a avaliação, estabelecimento de um plano de cuidados adequado e avaliação dos resultados do mesmo. No que diz respeito a doentes oncológicos com necessidade de internamento, o enfermeiro é muitas vezes o primeiro profissional a detetar alterações, sendo fundamental para a prevenção de complicações ou resolução das mesmas. Em casos em que há uma inadequada ingestão alimentar podemos dizer que o doente tem um défice de autocuidado na alimentação, à luz da Teoria de Orem, devendo ser implementando um plano de cuidados adequado.

A DGS (2019) indica que os profissionais de saúde capacitados para a avaliação do risco nutricional são os Enfermeiros, os Médicos e os Nutricionistas, sendo da responsabilidade da equipa multidisciplinar o estabelecimento de um plano de intervenções ajustado ao doente. No entanto, a maior parte da implementação desse plano é da responsabilidade dos enfermeiros, que por se encontrarem em contacto com o doente de forma constante e serem responsáveis pelos seus cuidados, assumem um papel fundamental.

No que diz respeito ao doente oncológico, a AEOP desenvolveu um algoritmo de intervenção nutricional que assenta em duas áreas e deve guiar a intervenção de enfermagem, definindo a importância inicial da avaliação e identificação do risco, e a intervenção nutricional diferenciada (Magalhães, et al., 2023) (Anexo 5). A AEOP define ainda os momentos nos quais deve haver uma avaliação do doente e das suas características nutricionais, definindo 5 momentos: na altura do diagnóstico; em caso de deterioração da condição clínica; situações de perda de peso involuntária em doentes em tratamento ativo (qualquer que seja o tipo de tratamento); em consultas de cuidados paliativos; em consulta de seguimento do sobrevivente (Magalhães, et al., 2023).

No que diz respeito às intervenções gerais de um enfermeiro no cuidado nutricional ao doente oncológico podemos categorizá-las da seguinte forma:

- Intervenções relacionadas com avaliação e registo de dados antropométricos e condicionantes da ingestão alimentar;
- Intervenção nutricional que engloba o ensino sobre alimentação saudável e o tratamento de efeitos secundários sentidos pelo doente que sejam condição da doença ou dos tratamentos e que condicionam muitas vezes a adesão ao plano terapêutico, influenciando o seu resultado;

- Intervenções relacionadas com a necessidade de iniciar nutrição entérica (NE) ou parentérica (NP), consoante as características e necessidades do doente, abrangendo também as intervenções que visam manter as boas práticas do tipo de alimentação necessário;
- Intervenções relacionadas com a síndrome de realimentação que se define por uma condição patológica grave, caracterizada por um distúrbio eletrolítico causado pelo início rápido e agressivo da alimentação da pessoa desnutrida e que pode ser potencialmente fatal;
- Intervenções de promoção e manutenção de atividade física;
- Referenciação para a equipa de nutrição e estabelecimento de um plano de cuidados multidisciplinar (Magalhães, et al., 2023).

Em contexto hospitalar são, muitas vezes, os efeitos secundários e o próprio tratamento do cancro que condiciona os internamentos, sendo que a maioria dos doentes oncológicos internados e com agravamento do seu estado de saúde passam por algum grau de desnutrição. No entanto a desnutrição de um doente oncológico e possivelmente a caquexia oncológica constituem uma condição de saúde grave e que não melhora simplesmente com a adequação do aporte nutricional, por resultar de alterações metabólicas inflamatórias características do processo neoplásico e que levam à anorexia, constituindo-se como um processo complexo (Kemp, 2001). Assim, e em conjunto com alterações resultantes dos tratamentos como xerostomia, disgeusia, mucosite, hiperosmia, náuseas e vômitos, dor, diarreia e obstipação, requerem a intervenção urgente da equipa de enfermagem (Holder, 2003) (Anexo 6). Ainda em contexto hospitalar importa referir o papel do enfermeiro na intervenção nutricional do doente oncológico submetido a cirurgia que, segundo Magalhães et al. (2023) e de acordo com o preconizado no programa de *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) deve incluir ações no âmbito da avaliação do risco nutricional destes doentes implementando suporte nutricional durante o internamento e após a alta, ponderar imunonutrição (com arginina, ómega-3 e ribonucleótidos) em doentes com cancro gastrointestinal superior, monitorizar diariamente o peso, avaliar a necessidade de uma dieta hipercalórica/hiperproteica, vigiar líquidos ingeridos, vigiar a quantidade e tolerância da ingestão de alimentos e avaliar e intervir nas náuseas e vômitos, bem como noutros sintomas secundários à cirurgia e que possam condicionar a ingestão nutricional. No entanto, e apesar de a dimensão fisiológica da alimentação se traduzir em efeitos centrais do plano de cuidados, não devemos descurar as outras dimensões da alimentação: a dimensão social e a dimensão emocional que estão associadas a crenças, rituais e hábitos alimentares

e que podem constituir-se também como um fator de stress para estes doentes (Gonçalves e Capelas, 2016).

Davidson et al. (2012) diz que um enfermeiro experiente e treinado para o efeito pode assumir a avaliação pormenorizada do estado nutricional do doente. Assim, tendo em conta todas as condicionantes e especificidades do doente oncológico, é possível inferir que a intervenção do EEMC assume uma importância central na capacidade de avaliação e intervenção junto destes doentes a nível hospitalar.

No que diz respeito ao EEMC atuando na área da pessoa em situação crítica e sua família, pode considerar-se esta área também bastante pertinente. A admissão de doentes com descompensação em caráter de urgência é cada vez maior, sendo que a admissão dos mesmos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por “...novos critérios de internamento em unidades de cuidados intensivos, baseados em evidências, as melhorias gerais na gestão de funções orgânicas, os avanços no diagnóstico e tratamento de complicações específicas, bem como novas opções terapêuticas para o cancro e infeções, é previsível que o número de casos de doentes com cancro que necessitem de internamento em UCI continuem a aumentar nos próximos anos, constituindo uma campo de formação contínua obrigatória...” (Fundação Champalimaud, 2023). Desta forma, sendo que já ficou estabelecido que os doentes oncológicos têm um risco acrescido de desnutrição, podemos inferir que doentes oncológicos em UCI apresentam ainda uma maior predisposição para esta condição, devendo ser alvo de avaliação e monitorização minuciosa e pormenorizada por forma a atuar o mais precocemente possível, e evitar assim os efeitos da desnutrição.

Podemos assim tirar como conclusões finais que a avaliação do risco nutricional pelos enfermeiros é vital para o plano de cuidados dos doentes oncológicos hospitalizados visto estes serem doentes que, devido às suas especificidades da doença e tratamentos, facilmente apresentam alterações na sua alimentação. Os enfermeiros, por serem os profissionais com o maior contacto com estes doentes são, assim, chave na deteção de alterações, que podem ter graves consequências na evolução do seu estado de saúde.

Seguidamente passamos ao capítulo seguinte onde se reflete sobre as experiências de estágio que permitiram o desenvolvimento e aquisição das competências necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, organiza-se em 750h de trabalho, das quais 360h são de formação prática, 20h são de orientação tutorial, 20h são de seminário e as restantes de trabalho individual. Na prossecução da sua realização dividimos em dois módulos de 180h em dois contextos diferentes as horas de formação prática, de modo a abranger um maior número de contextos de aprendizagem, já que Bousso et al. (2000) referem que o estágio é essencial á aprendizagem e um momento essencial da formação de um aluno, proporcionando uma reflexão sobre a sua ação profissional , pelo que posso considerar que estas horas foram preponderantes para o meu desenvolvimento como Enfermeira Especialista.

Assim, os contextos escolhidos foram o Serviço de Urgência Central (SUC) e a Unidade De Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), ambos no mesmo Hospital Central, e que passo a descrever seguidamente.

3.1) Descrição da estrutura organizacional e humana dos locais de estágio

Para o desenvolvimento dos meus estágios, escolhi desenvolver os mesmos num Hospital Central, um dos maiores do país, e que oferece uma prestação de cuidados de saúde em todas as áreas de especialidade, sejam de foro cirúrgico ou médico e como tal, poderia oferecer-me experiências práticas mais variadas.

3.1.1) SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL (SUC)

Escolhi completar 180h de prática num Serviço de Urgência Central (SUC) de um Hospital Central por toda a vasta área de especialidades descrita anteriormente, na esperança de que isso me proporcionasse um leque de situações de aprendizagem muito abrangente e diferenciado, e também por nunca ter tido experiência prática num serviço de urgência.

De acordo com o despacho nº11/2002 de 6 de março, artigo 1º, ponto 1 (Ministério da Saúde (MS), 2002), os serviços de urgência são “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as definições de urgência e emergência médicas”.

Funciona 24 sobre 24h, 360 dias por ano, contando com uma enorme equipa Multidisciplinar de Enfermeiros, Médicos, Técnicos de diagnóstico, Auxiliares de Ação Médica, Assistente Sociais, Técnicos administrativos e Seguranças. O SUC está dividido em várias áreas de intervenção, que se encontram em constante contacto com todas as áreas de especialização e diagnóstico do Hospital. Assim, os doentes são admitidos no secretariado e depois são avaliados na triagem, que permite classificar os utentes em relação á prioridade no atendimento com base na classificação do risco, utilizando normas previamente definidas e padronizadas, para garantir a observação do doente pela equipa mais adequada, num tempo clinicamente aceitável (MS, 2014). O tipo de triagem neste SUC utilizado é a Triagem de Manchester que atribui cores consoante a gravidade dos doentes, sendo depois encaminhado para a área correspondente. Em termos de espaço o SUC contempla, gabinetes médicos e de enfermagem, salas de tratamentos, salas de espera, uma unidade de Serviço de Observação (SO), uma unidade de doentes respiratórios (que se encontrava no momento do estágio a ser reorganizada e possivelmente desativada), WC's e vários espaços de armazenamento.

A Equipa de Enfermagem é composta por 130 Enfermeiros que se encontram divididos por 5 Equipas de turnos rotativos compostas por 23 Enfermeiros cada uma, e 1 Equipa de Enfermeiros com limitações de horário composta por 12 Enfermeiros. Conta, também, com uma Equipa de Auxiliares de Ação Médica de 93 colaboradores. A chefia do serviço é feita pelo Enfermeiro Chefe, e 2 outros Enfermeiros Especialistas que o ajudam na gestão do Serviço.

Cada turno de Enfermagem tem uma equipa de entre 22 a 24 Enfermeiros (dependendo do turno) que é distribuída pelo Enfermeiro Chefe de Equipa pelos diferentes sectores de atuação, sendo que este fica responsável pela coordenação dos mesmos.

Os sectores de atuação existentes neste momento são: Triagem; Sala de diretos I e 2; Sala de tratamentos I (sala de tratamentos da zona dos Laranjas); Sala de tratamentos II (sala de tratamentos da zona dos Amarelos); Pequena Cirurgia; Gabinete 7/ORT; Psiquiatria; Área COVID ou de doentes respiratórios; Serviço de Observação (SO).

Como Enfermeira com experiência em cirurgia e oncologia, e sendo a minha área de interesse o doente oncológico, fez-me sentido pedir á minha Enfermeira Especialista Orientadora para completar as minhas horas práticas preferencialmente nas salas de diretos e SO, de modo a otimizar as probabilidades de observação de problemáticas relacionadas com estas áreas, de cuidado a pessoa em situação crítica.

Como o nome indica, a sala de diretos recebe situações em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) ou em risco de PCR. Neste caso, a triagem do utente é feita na própria sala de reanimação, de forma a reduzir o tempo de atuação. Nesta sala, o objetivo é estabilizar hemodinamicamente o doente, decidir um plano diagnóstico e resolver possíveis situações *life-threatening* imediatas. Após a estabilização do doente, este deve ser transferido para SO se necessitar de observação ou para as especialidades decorrentes do diagnóstico. O SO, por outro lado, funciona como uma unidade de internamento de curta duração (para doentes que precisem de observação do seu estado de saúde constante enquanto realizam exames complementares de diagnóstico e tratamentos com a finalidade de obter um diagnóstico que permita que sejam mobilizados para a especialidade ou internamento que dá resposta á sua situação de saúde.

3.1.2) UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PÓS-ANESTÉSICOS (UCPA)

A UCPA foi a minha segunda escolha para a realização da prática clínica e está integrada no espaço físico do Bloco Operatório Central (BOC) e de Urgência (BUC),

Devido ao meu percurso profissional intimamente ligado á vertente cirúrgica fez-me sentido escolher a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) como um dos locais de estágio pois permite-me aliar o gosto pela cirurgia, a possibilidade de enriquecer as minhas experiências no cuidado ao doente critico e o contacto com o doente oncológico num único local de estágio.

Fisicamente trata-se de um espaço em modelo *open-space* com 11 vagas, sendo que uma delas se encontra desativada e que acomoda neste momento material necessário à prestação de cuidados e de apoio à Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). Assim a capacidade efetiva da UCPA dá resposta a 11 doentes, sendo que cada unidade apresenta monitorização parametrizada avançada. O âmbito assistencial da UCPA integra, neste momento, muito mais do que apenas a monitorização de doentes cirúrgicos deste Bloco,

dando resposta às seguintes situações: Doentes cirúrgicos em pós-operatório imediato do BOC e BUC; Doentes cirúrgicos em pós-operatório imediato de outros blocos periféricos que necessitem de vigilância avançada; Doentes submetidos a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs) e que necessitem de cuidados avançados no resultado destas intervenções; Doentes críticos ou paliativos que não se “encaixam” nos critérios de admissão de outras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); Doentes da Via Verde de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) (intervencionados) quando sem vaga em Neurologia ou outras UCI's ou Unidades de internamento médico; Doentes cirúrgicos pediátricos; Colocação de dispositivos e realização de técnicas loco regionais complementares à terapêutica dos doentes; Doentes submetidos a eletroconvulsivoterapia (ECT) (máximo 3 doentes dia); Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI); Equipa de Dor Aguda a partir das 16h até às 8h e em fins-de-semana e feriados durante as 24h do dia; Doente que, apesar de transferíveis da UCPA por já não necessitarem desta vigilância, ficam retidos por tempo superior ao necessário por falta de vagas em internamento.

Na UCPA foi possível tirar ganhos práticos na atuação perante a Emergência Médica, integrando a EEMI. No seguimento da necessidade de aumentar a qualidade e segurança no Sistema de Saúde e do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados (MS, 2015), bem como melhorar as áreas de promoção da saúde e prevenção da doença, da antecipação de cuidados e da identificação atempada e precoce de fatores de risco (MS, 2015) foi imperativa a adoção de estratégias e mecanismos organizacionais que permitam que a emergência e a sua intervenção sejam feitas da forma mais rápida possível. Na Europa são cerca de 300 000 os episódios de PCR em média todos os anos em meio hospitalar, existindo evidência científica que nos diz que o atraso na resposta de emergência está diretamente ligado a taxas de sobrevivência mais reduzidas e piores *outcomes* (MS, 2018). Desta forma, a implementação de equipas de EEMI surgiu garantir uma resposta atempada a situações emergentes no seio das instituições. Foi então que em 2010 a DGS determinou, através da circular normativa nº15/DQS/DQCO de 22 de junho, a criação e implementação das EEMIs a nível nacional. As equipas de EEMI são equipas compostas por profissionais capazes de realizar uma avaliação clínica rápida de doentes em PCR ou com um estado fisiológico de deterioração aguda (que se refletem em falência do sistema cardiovascular, respiratório e/ou neurológico), sendo o seu objetivo impedir a progressão dos sintomas para eventos críticos graves que podem levar à diminuição da qualidade de vida e morte (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2019).

A ativação desta equipa deve ser realizada utilizando uma abordagem ABCD (*Airway, Breathing, Circulation, Disability*) de acordo com a Circular Normativa nº15/DQS/DQCO (DGS, 2010) , sendo que todos os profissionais devem estar familiarizados com esta abordagem. No entanto, o Enfermeiro é o profissional de saúde que passa mais tempo com o doente nas instituições de saúde, e encontra-se numa posição privilegiada para a vigilância e promoção da segurança do doente. “Fazem parte da EEMI um Médico e um Enfermeiro que devem ter experiência na abordagem ao doente crítico, há abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação, devendo dar-se preferência a elementos com formação em emergência ou intensivíssimo” (DGS, 2010, p.4). Cumprindo este pressuposto, os EEPSC encontram aqui mais um local de ação privilegiado no desempenho das suas competências e foi um dos motivos da escolha da UCPA como local de Ensino Clínico.

Em termos organizacionais, a UCPA contempla uma Equipa composta no momento por 25 Enfermeiros, divididos por 5 equipas de 5 elementos cada, mais o Enfermeiro Chefe. Contempla também uma equipa de Auxiliares de Ação médica de 10 elementos. Os Enfermeiros escalados para UCPA dão resposta aos cuidados diretos a doentes internados, sejam em pós-operatório imediato ou nas restantes situações acima inumeradas. O Enfermeiro que integra a equipa de EEMI, para além de dar resposta aos casos de PCR ou descompensação crítica de doentes em todo o hospital, sempre que acionada a ação da equipa de EEMI, também acompanha o anestesiológista sempre que solicitados para a realização de MCDTs, ou noutras condições específicas (Unidade de Pneumologia de Intervenção, Unidade de Técnicas Gastro Adulto, Unidade de Técnicas Gastro Pediatria, Serviço de Imagiologia, Eletroconvulsivoterapia), assegura a abertura de terceira sala de urgência no BOC como enfermeiro de anestesia e assume a gestão prática de vagas em UCPA, bem como as urgências relativas à Equipa da Dor Aguda.

3.2) Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

O Regulamento nº.190/2015 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) de 23 de Abril publicado em Diário da República nº.79/2015 define o perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais como um perfil que assenta em três domínios: o domínio da

responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da prestação e gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento profissional.

Em relação às competências do EE é seguro dizer que estas são coerentes com os domínios de competências definidos para os Enfermeiros de Cuidados Gerais, ou seja, o EE não tem competências diferentes, tem competências especializadas numa determinada área de intervenção, esperando-se que demonstre elevados níveis de tomada de decisão e julgamento crítico. Segundo o regulamento nº.122/2011 de 18 de fevereiro, as competências específicas “são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenções definido para cada área de especialidade, demonstrados através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2011, pp. 8647)

O Regulamento nº140/2019 (OE, 2019, pp.4745) define que o enfermeiro especialista deve desenvolver a sua prática “agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”. As competências comuns do EE “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” (OE, 2019, pp.4744). O Artigo 4º do Regulamento nº140/2019 define como competências comuns os seguintes domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Durante o percurso do curso de Mestrado foi meu objetivo desenvolver uma prática centralizada na elevada capacidade de elaboração, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem com vista à obtenção dos melhores ganhos em saúde para o utente, realçando a importância da ponte entre a formação e a investigação com a implementação da nossa prática.

Em seguida pretendo fazer uma reflexão do desenvolvimento de cada competência comum.

3.2.1) RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

As competências definidas pelo Regulamento nº140/2019 que integram o primeiro domínio das competências comuns do EE são as descritas abaixo:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE,2019).

O Código Deontológico do Enfermeiro foi publicado em anexo ao Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril e apresenta-se como a base da prática de enfermagem já que integra nele os deveres profissionais dos enfermeiros (OE, 2015). A OE (2015) define o mesmo como “um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social” (pp.13), e que constituem o dever profissional.

As decisões em saúde são fundamentalmente complexas. No entanto, esta complexidade é agravada no que diz respeito ao doente crítico, que se encontra em grande parte das vezes incapacitado de tomar decisões por agravamento do seu estado clínico. Assim, a implementação de práticas baseadas no nosso forte Código Deontológico assume-se como primordial. Deodato (2015) citado por OE (2015) destaca a importância da utilização deste instrumento como linha orientadora que fundamenta e define as nossas práticas profissionais.

Tanto em contexto de SUC como durante a prática na UCPA foi possível perceber que o doente crítico acarreta uma responsabilidade acrescida no que diz respeito à implementação da nossa ação pois muitas vezes não se apresentam em condições de decidir sobre o seu estado de saúde. Esta característica obriga-nos a estar em constante reflexão acerca dos princípios da bioética: Autonomia, Beneficência, Não- Maleficência e Justiça.

O princípio da Autonomia baseia-se na capacidade do utente para tomar as suas próprias decisões de saúde (Deodato, 2011). O princípio da Beneficência surge para Martins (2004) como uma obrigatoriedade para a promoção e maximização do bem para com os outros. Para Deodato (2011) cabe ao enfermeiro a decisão sobre a implementação de intervenções, mesmo que estas tenham sido pedidas pela pessoa ou família, se os riscos que

ela acarreta forem prejudiciais. Já no domínio da justiça, cabe ao enfermeiro desenvolver o seu plano de atuação com base nas necessidades do doente dando a cada um o que lhe é devido (Dever de Justiça Universal) e num dever de equidade (Deodato, 2011).

Durante a minha prática clínica assegurei-me, sempre que possível, de que as ações desenvolvidas eram explicadas ao doente e que este estava de acordo com as mesmas, sendo que compreendia os benefícios ou os riscos inerentes às mesmas. No entanto, nem sempre este pressuposto era possível. Em contexto de sala de diretos e de ativação da EEMI, deparei-me com várias situações em que o doente não tem capacidade para tomar decisões.

Descrevendo uma situação em que um doente que dá entrada na sala de diretos com alteração do estado de consciência após uma queda de um escadote com cerca de 1,5m de altura e possível traumatismo crânio-encefálico (TCE), surgiu uma problemática à equipa médica e de enfermagem. Nos períodos em que o doente recuperava a consciência referia que “não queria a minha mulher aqui” (sic.). No entanto, a esposa pedia constantemente informações sobre o estado do marido dizendo que antes da queda ele teria começado a “agir e falar de forma estranha, tornando-se agressivo” (sic.). Perante estas informações foi decidido em equipa que não iríamos dar informações à esposa tentando preservar o princípio da autonomia de decisão do doente, pelo menos até haver uma avaliação neurológica que nos permitisse despistar a incapacidade do doente tomar as suas próprias decisões quando consciente. Após a estabilização do doente, a realização de exames de imagem e avaliação neurológica, este conseguiu recuperar as suas funções cognitivas e explicou-nos que tinha sido a esposa a causadora da queda. A equipa, mantendo-se fiel ao seu código ético e deontológico (nomeadamente o ponto 1.b) do Artigo 106º do Código Deontológico do Enfermeiro) conseguiu defender os desejos do utente.

Outra das situações merecedoras de reflexão durante a prática clínica foi a questão da privacidade. Eu desenvolvi o meu estágio no SUC no inverno, no pico da época da gripe, o que trouxe bastantes constrangimentos ao funcionamento do serviço devido à elevada afluência de utentes. Todos os corredores do SUC se encontravam com macas e a equipa mantinha os mesmos números de Enfermeiros que tinham dificuldade na vigilância dos utentes. Esta situação faz-nos refletir sobre dois aspetos: a segurança do utente e a privacidade do mesmo. O ponto 2.c) do Artigo 96º do Código Deontológico dos enfermeiros diz que o enfermeiro tem direito a “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem

de qualidade”. Neste caso em específico, a segurança do utente via-se afetada diretamente pela falta de enfermeiros e de vagas de internamento, para o número de doentes admitidos. Sendo que o SO do SUC tem capacidade para 16 utentes, no período em que decorreu o estágio estavam em médica mais 5 utentes, admitidos em SO, nos corredores, utentes esses que não tinham a vigilância necessária. Esta situação levou a equipa a procurar uma Declaração de escusa de responsabilidade. Segundo a OE (2021), esta destina-se a reportar situações que possam constituir um impedimento à prestação de cuidados de qualidade, segurança e integridade. Esta declaração teve como objetivo não só alertar as entidades competentes para a falta de segurança na vigilância dos utentes, como documentar a situação por forma a ser tido em conta num possível processo legal que envolva a segurança do utente a que estão sujeitos segundo a Constituição, disposto na Lei de Bases da Saúde. No entanto, este documento não é, por si só, uma exclusão de responsabilidade disciplinar legal, mas deve ser tido em conta num processo legal (OE, 2021).

Em relação à privacidade do utente, esta também foi posta em causa nestes momentos. O Artigo 107º do Código Deontológico do Enfermeiro fala sobre o respeito pela intimidade

“Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de :

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protege-la da ingerência na sua vida privada e na sua família;
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e intimidade da pessoa.” (OE 2015, p.85)

Assim, com vista ao respeito pela intimidade, assegurei-me sempre de que prestava cuidados ao utente assegurando que o trazia para uma zona privada, ou com a utilização de biombos ou cobrindo as zonas do corpo que não necessitavam de se encontrar expostas, questionando sempre o utente acerca da forma como se estava a sentir e se poderia fazer mais alguma coisa para que ficasse confortável. Principalmente em contexto de SU, e por uma lotação superior à desejada no serviço de urgência, assegurei-me sempre de que os cuidados eram prestados em zonas reservadas, como salas fechadas ou com biombos e nunca no corredor onde muitas vezes se encontravam as macas.

No que concerne ainda as competências da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, foi-me, ainda, possível desenvolver planos de cuidados em parceria com o doente e família. Dou como exemplo uma situação de um doente em fim-de-vida, com uma neoplasia do pâncreas, que dá entrada no SU por dor, astenia e desidratação, apresentando um grau de dependência elevado. O doente e família assumiam que não desejavam internamento, mas procuravam uma forma de aumentar o conforto nestes últimos tempos. Assim, em conjunto com a minha enfermeira orientadora e com a equipa médica presente no local, foi feita hidratação e reposição de iões em contexto do SU e foi articulado com a Equipa de Hospitalização Domiciliária, uma vigilância do doente em casa, respeitando a vontade do próprio e da família e assegurando uma continuidade dos cuidados de enfermagem no domicílio. Este tipo de intervenção permite-nos ir de encontro ao preconizado nas competências descritas no Capítulo IV do Regulamento nº140/2019.

3.2.2) MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Em 2001, como forma de refletir sobre o exercício profissional e melhorar os cuidados por nós prestados, surgiram os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que espelham a constante preocupação com a necessidade ininterrupta de melhoria de cuidados e que integram a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidados, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017) define no Anexo I que os cuidados do EEMC têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa e que para isso “... exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e efeitos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (OE, 2017).

Por sua vez, o Regulamento nº140/2019 define no domínio da melhoria contínua da qualidade as seguintes competências:

- a) Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garantir um ambiente terapêutico seguro.

No que diz respeito à qualidade em saúde, a sua definição encontra-se descrita no Despacho nº5613/2015, publicado em Diário da República, que diz que qualidade em saúde é “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2013, pp.13551). A OE regula e defende isso mesmo, e quando aplicado aos enfermeiros especialistas defende que a qualidade é a base da intervenção do enfermeiro especialista que deve agir, desde o momento da conceção dos seus planos de cuidados até à sua avaliação, com vista a garantir a melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, 2018). No Despacho nº5613/2015 é também referido que a qualidade está intrinsecamente ligada à segurança e foi aí que surgiu a necessidade da definição de um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Este plano foi definido inicialmente para 5 anos (2015-2020) e tinha na sua base vários objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir ocorrência de quedas; prevenir ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho nº1400-A/2015). Neste momento, encontra-se em implementação o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 que não só dá continuidade ao plano anterior como assenta em 5 pilares: Cultura e Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança; Práticas Seguras em Ambientes Seguros (DGS, 2021).

Durante o período de estágio tive oportunidade de desenvolver várias atividades que demonstram uma cultura de melhoria da qualidade de cuidados, e por consequência a segurança dos mesmos.

Em contexto de SU, principalmente devido à grande afluência de doentes, tornou-se imperativo cumprir de forma inequívoca a identificação dos doentes, isto é, garanti que antes da realização de qualquer intervenção a identificação do próprio estava correta e de acordo com as orientações da DGS. Esta tarefa torna-se ainda mais crucial no contexto de emergência médica, em que os doentes não são remetidos ao SU pelos serviços administrativos. A orientação nº018/2011 da DGS (DGS, 2011) considera como dados de identificação fidedigna do doente o nome do doente, a sua data de nascimento e o número de processo clínico, sendo que deve ser utilizado na identificação do mesmo mais do que um destes dados.

No entanto, ocorreram duas situações em que os doentes foram encontrados na via pública, sem capacidade para fornecer os seus dados pessoais, tendo sido ativado o INEM, que foi incapaz de identificar os doentes, e que remeteu para a Polícia de Segurança Pública o caso para que fossem o mais brevemente identificados. Neste caso, foi colocada uma pulseira com nome “desconhecido” e atribuído um número de processo até que fosse possível atualizar os dados.

No que diz respeito aos doentes ao meu cuidado garanti que se encontravam identificados com as respetivas pulseiras, que estas se encontravam integras (tendo por várias vezes substituído pulseiras danificadas) e tendo explicado ao doente a necessidade das mesmas e o contributo para o aumento da segurança dos nossos cuidados e intervenções.

Ainda em contexto de SU rapidamente compreendi que a prevenção de quedas é desafiante para os profissionais de enfermagem. Mais uma vez, o grande número de doentes que acabam por ser acomodados em zonas de vigilância difícil, faz com que o risco de queda aumente. A avaliação do risco de queda era feita através da aplicação da Escala de Queda de Morse. A Escala de Morse é um instrumento que atribui aos doentes uma pontuação variável entre 0 e 125 pontos, dividindo-os em 3 grupos consoante o seu risco de queda: sem risco (0 a 24 pontos), baixo risco (25 a 50 pontos) e alto risco (51 a 125 pontos) (Morse, 2009). Assim, após a implementação desta escala a DGS define na Norma 008/2019 para a Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares (DGS, 2019) o tipo de intervenções a implementar e foi essa norma a base da nossa atuação para a gestão de doentes pelo espaço do SU, tentando diminuir ao máximo os fatores que pudessem contribuir para a queda do doente. Em conjunto com a minha orientadora de estágio e tendo em conta que a mesma ficava muitas vezes responsável pela coordenação do SU, implementávamos

no início do turno uma redistribuição dos doentes pelas áreas de cuidados, aproximando sempre de locais mais visíveis doentes com maior risco de quedas para aumentar a sua segurança, e sempre que não fosse possível, permitíamos a permanência de um acompanhante dos mesmos que era envolvido nos cuidados do seu familiar e ajudava na vigilância do mesmo. Outras medidas como a utilização de grades, a travagem das camas, macas e cadeiras e a garantia da remoção de obstáculos nos corredores bem como a limpeza dos mesmos foram implementadas.

Outro dos desafios encontrados em estágio no contexto de SU foi a prevenção de úlceras de pressão, que é também um indicador da qualidade dos cuidados. A avaliação do risco de úlcera de pressão é feita pela aplicação da Escala de Braden que atribui um score aos doentes sendo que score menor ou igual a 16 significa Alto Risco e score superior a 17 significa Baixo Risco (Ferreira, et al, 2007). Seguindo a Norma nº017/2011, em doentes admitidos no Serviço de Observação (SO), a implementação da Escala de Braden é obrigatória por ser considerado um internamento. No entanto, os doentes admitidos nas restantes zonas do SU são considerados doentes de ambulatório e a avaliação da escala não é obrigatória pois seria de esperar um internamento inferior a 24h. No entanto, verificavam-se vários episódios de doentes, muitas vezes doentes dependentes, em que a sua admissão no ambulatório do SU era bastante superior a 24h. Assim, eram estes doentes que se apresentavam como um maior risco de úlcera de pressão por não se encontrarem em vigilância permanente, havendo a necessidade de uma vigilância mais detalhada da sua pele. Durante a prestação de cuidados de enfermagem em estágio, garanti que os doentes ao meu cuidado eram avaliados no que diz respeito à integridade da sua pele, descrevendo e registando as lesões encontradas na admissão caso existissem e implementando medidas de prevenção de úlceras de pressão como posicionamentos frequentes e hidratação da pele, bem como a manutenção de um estado nutricional adequado, sempre que possível.

Em contexto de estágio na UCPA tive oportunidade de me focar em medidas de qualidade e segurança diferentes das que mais me preocupavam em contexto de SU, sendo que são serviços com características muito diferentes. A implementação da identificação dos doentes, da gestão do risco de queda e de úlcera de pressão foram, para mim, mais fáceis de gerir na UCPA, sendo que os desafios foram, para mim, outras áreas.

Como referido anteriormente, o enfermeiro escalado para a EEMI tem também como função abrir uma terceira sala de bloco de urgência sempre que isso se justifique. Foi neste

contexto que pude entrar em contacto com a Norma nº02/2013 para a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”. A DGS (2013) defende que há necessidade da utilização e registo da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica e do Apgar Cirúrgico pois a implementação destas estratégias de monitorização são chave para a melhoria dos resultados que se traduz em elevados ganhos em saúde e redução do desperdício de recursos. A Lista de verificação de Segurança Cirúrgica (ANEXO 1) tem como objetivo atenuar riscos específicos verificados nas ações rotineiras da preparação para a cirurgia obrigando a uma avaliação pré-operatória do doente, da preparação da intervenção e do planeamento dos cuidados pós-operatórios (DGS, 2013). O Índice de Apgar Cirúrgico (ANEXO 2) deve ser calculado após a implementação da Lista de Verificação pela equipa cirúrgica, permitindo um imediato e objetivo feedback aos prestadores de cuidados sobre o risco de complicações pós operatórias imediatas que são consequência da condição do doente naquele preciso momento, sendo facilitado da gestão de meios para os fins previstos, bem como dando informações sobre a mortalidade esperada até ao 30º dia de pós-operatório (DGS,2013). Assim, assumindo em conjunto com a minha enfermeira orientadora o papel de enfermeiro anestesista, pude implementar a check-list cirúrgica, garantindo em todos os momentos a segurança dos procedimentos bem como o correto registo dos mesmos.

Queria ainda destacar, no que diz respeito á melhoria contínua da qualidade a enorme importância, seja em qualquer serviço ou contexto, da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Tanto em contexto de SU como de UCPA a transferência da informação tem um grande impacto, na medida em que não só é importante para a continuidade de cuidados dentro do próprio serviço, como na transferência do doente entre serviços, sendo esta um acontecimento comum e expectável nestes contextos. A DGS (2017) define transição de cuidados como todos os momentos pautados pela transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre cuidadores com vista à manutenção da continuidade e segurança dos mesmos. No entanto, verifica-se que um dos fatores que mais contribui para o erro humano é a falha na comunicação. O profissional deve, então, desenvolver e garantir que a sua técnica de comunicação é eficaz (DGS, 2011). Uma comunicação eficaz é definida como oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor (DGS, 2017). A Norma 001/2017 da DGS relativa á comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde defende a utilização da técnica ISBAR, sendo esta uma ferramenta padronizada reconhecida por promover a segurança dos doentes (DGS, 2017). Este tipo de técnicas permite, não só padronizar a informação que é

transmitida, como garante que todos os profissionais comunicam da mesma forma. ISBAR corresponde a uma mnemónica para Identificação (I), Situação Atual (S), Antecedentes (B), Avaliação (A) e Recomendações (R). A Identificação é relativa tanto ao doente a que diz respeito a comunicação como ao profissional emissor e recetor da mesma. Situação Atual diz respeito á descrição do motivo pelo qual o doente necessita de cuidados de saúde. Antecedentes referem-se aos factos clínicos, de enfermagem e outros que sejam relevantes, assim como qualquer diretiva antecipada de vontade expressa pelo doente. Avaliação compreende todas as informações sobre o estado de saúde do doente, medidas terapêuticas (farmacológicas ou não), estratégias de tratamento e plano de cuidados, bem como alguma alteração do estado de saúde significativa. Recomendações dizem respeito ao plano de cuidados terapêutico que melhor se adequa à situação de saúde do doente (DGS, 2017). Desta forma, garanti que em todos os momentos de transição de cuidados, seja em momento de passagem de turno ou transferência de doentes entre serviços ou instituições, a aplicação da técnica ISBAR, fomentando a discussão sobre a importância da mesma nos contextos de estágio, principalmente no que concerne os elementos mais novos nas equipas e que estavam ainda em integração.

3.2.3) GESTÃO DOS CUIDADOS

Está definido no Regulamento nº140/2019 publicado em Diário da República a Gestão de Cuidados como um dos domínios de competências do Enfermeiro Especialista sendo que o mesmo deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (OE, 2019, pp.4745).

A OE (2001) defende que os elevados padrões de qualidade dos cuidados prestados são diretamente influenciados pela capacidade de gestão. Machado (2013) reitera esta afirmação garantindo que a gestão baseada na máxima eficiência, sem pôr em causa a qualidade de cuidados, é sinónimo da melhoria contínua da qualidade. Esta gestão é transversal a todas as nossas atividades. Todos os enfermeiros devem saber gerir o seu tempo, as suas prioridades, o material disponível, etc. No entanto, quando falamos das competências de gestão de cuidados ao nível da especialidade, falamos não só da gestão de

panos de cuidados de cada doente à nossa responsabilidade, como da gestão geral do funcionamento dos serviços.

No que diz respeito à gestão dos cuidados considero que ambos os contextos onde desenvolvi horas práticas foram extremamente ricos de experiências. Em contexto de SU a minha enfermeira orientadora desempenhava quase sempre a função de enfermeira coordenadora de turno, o que significava que ficava a seu cargo a distribuição da equipa pelos diferentes postos de trabalho, a verificação do material disponível (desde a reposição do material disponível em serviço pelas salas até ao pedido de material aos serviços de armazém, de farmácia ou outros) e a gestão e coordenação de admissões e transferências de e para outros serviços ou instituições. Assim, durante os turnos de trabalho, o enfermeiro coordenador assumia a função de gestão major assegurando o funcionamento correto e seguro do serviço, influenciando diretamente a gestão de cuidados de cada elemento individual. No SU, a função de coordenação era sempre assumida por um EE, em conformidade com o seu grau de competência e consoante as indicações da OE (2019). No entanto, também me foi possível desenvolver esta competência na prestação direta de cuidados aos meus doentes, considerando ser de extrema importância a personalização constante dos planos de cuidados que, por constrangimentos como a falta de pessoal, o cansaço, o número elevado de doentes distribuídos, a falta de material ou outros, pode entrar num estado “rotineiro”. Lopes (2004) aborda a questão das rotinas como sendo em certa medida essenciais se o profissional as conseguir ajustar à necessidade de personalização dos cuidados. Em cada doente ao meu cuidado pude gerir todo o plano de cuidados, desde a gestão de tempo, material necessário, prioridades estabelecidas com vista a uma prestação de cuidados de qualidade e adaptada às necessidades de cada um.

Em contexto de UCPA a minha enfermeira orientadora é também a enfermeira coordenadora da UCPA, e forma equipa com o Enfermeiro Gestor no serviço. Assim, pude desenvolver com ela toda a gestão de pedidos de material, gestão de stock (neste caso realizada por níveis através de um programa informático que tem como objetivo garantir sempre níveis adequados de material consoante os espectáveis gastos do serviço), organização de consumíveis e material técnico, pedidos de arranjo de material danificado, validade de materiais, etc. Pude também acompanhar a gestão de recursos humanos no que diz respeito à distribuição de enfermeiros e auxiliares por doentes, gestão de admissões e transferências (papel de extrema importância num serviço onde é expectável uma grande rotatividade de doentes) e gestão da saída de um enfermeiro com EEMI, havendo sempre a

necessidade nestes casos de ajuste na distribuição dos doentes de forma a verem os seus cuidados sempre assegurados. Pude ainda participar na recolha e gestão de dados estatísticos do serviço que têm em vista a continua melhoria da prestação de cuidados. Este tipo de atividades diárias já me eram familiares dado que assumia, também eu, na minha prática profissional o papel de enfermeira coordenadora no meu local de trabalho que sendo no mesmo Hospital onde desenvolvi os estágios, facilitou a compreensão e adaptação a este processo.

3.2.4) DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais está também definido como uma competência comum do EE, estando descrito no Regulamento nº140/2019 como a capacidade de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

A necessidade constante de aprendizagem e atualização de conhecimento é inerente quando se pretende melhorar cada vez mais a nossa prática de forma a dar aos doentes o que lhes é devido: cuidados de qualidade. O Código Deontológico dos Enfermeiros, no seu artigo 88.º referente à excelência do exercício, marca essa mesma necessidade referindo que “ O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015).

Pessoalmente, a procura da especialização foi não só uma forma de adquirir novos conhecimentos de extrema importância para a minha atuação, mas também a consolidação de conhecimentos já adquiridos anteriormente e que necessitavam de uma melhoria na sua base científica. A partilha de conhecimentos da nossa experiência com outros profissionais, a pesquisa em bases de dados e a criação de referenciais teóricos que nos ajudem a justificar e moldar a nossa prática são a única forma de desenvolver conhecimentos sólidos e que se traduzem em ganhos de saúde para os nossos doentes.

Scarton, et al (2020) defende que o educando é responsável pela sua própria formação sendo responsável por questionar, dialogar e refletir criticamente sobre aquilo que lhe é ensinado. Pires, et al (2021) defende que a análise crítico-reflexiva assume um papel

determinante na consolidação de conhecimentos, na capacidade de pensar criticamente e de tomar decisões. Em contexto de formação para EE, assumo a grande importância dos enfermeiros orientadores no meu processo de formação. Os enfermeiros orientadores são profissionais experientes e competentes, que supervisionam e guiam a prática clínica com o objetivo de promover o desenvolvimento profissional, promover a qualidade das práticas e a segurança do doente através da análise crítico-reflexiva (Pires, et al, 2021).

O grande desafio quando prestamos cuidados ao doente crítico, prende-se com a necessidade de um pensamento rápido, ágil e dinamizador da rápida resolução de problemas no mais curto espaço de tempo (Silva, Queiroz, Freitas e Faria, 2011). Assim, o processo de tomada de decisão é ainda mais crucial. Neves (2005) defende que a tomada de decisão é essencial para a prática, gestão e educação, sendo que a responsabilidade e autonomia das decisões dos enfermeiros assentam na premissa de serem as mais seguras e inovadoras.

No entanto, o processo de tomada de decisão é tudo menos simples. É um processo complexo que, segundo Mustafa (2013), contempla as seguintes etapas: identificação e definição do problema; desenvolvimento de objetivos; procura dos dados/factos; desenvolvimento de um modelo avaliação das alternativas e seleção da melhor solução; e implementação da decisão ou planeamento do curso da ação. Desta forma, como futura Enfermeira Especialista, considero que a consolidação de aprendizagens e a sua reflexão é preponderante para um processo de tomada de decisão sólido, seguro e eficaz, por forma a ir ao encontro do que a OE (2007) define como capacidades de um Enfermeiro Especialista: é aquele se diferencia na prestação de cuidados por aplicar níveis superiores de julgamento e discernimento no processo de tomada de decisão.

Durante os estágios promovi várias discussões crítico-reflexivas sobre os processos de atuação durante o estágio em conjunto com a enfermeira orientadora e outros membros da equipa multidisciplinar e colaborei na formação de alunos da licenciatura e profissionais em integração, partilhando conhecimentos práticos e científicos (dou como exemplo as pequenas formações feitas em contexto de trabalho onde tive a oportunidade de explicar o procedimento e material necessário à colocação de linhas arteriais, cateteres venosos centrais e paracenteses). Este tipo de intervenções foram cruciais para o desenvolvimento das minhas aprendizagens profissionais.

3.3) Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC)

Um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) deve, segundo o artigo 1.º do Regulamento nº429/2018, integrar o perfil de competências comuns dos EE, mas também um conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto da intervenção, que regulam o que os cidadãos podem esperar deste tipo de profissionais (OE, 2018).

Sendo a área de intervenção da Enfermagem Médico-Cirúrgica muito abrangente, foi definido no regulamento acima citado que áreas de intervenção e competência de acordo com o destinatário dos cuidados e contexto de intervenção, sendo essas as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica; área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; e área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assim, torna-se fácil compreender a opinião de Nichols e Monahan (2010) que defendem a Enfermagem Médico-Cirúrgica como a “espinha dorsal da enfermagem moderna e a base prática de todas as instituições de cuidados de saúde (p.1).

A minha área de interesse e consequentemente de especialização é a área de enfermagem à pessoa em situação crítica que apresenta como competências específicas as descritas no artigo 3.º do regulamento 429/2018: cuidar da pessoa , família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência (na qual um indivíduo sofre uma agressão por um qualquer fator que lhe causa perda de saúde colocando-o em risco de vida por ver de forma brusca e violenta um ou mais órgãos com a sua integridade afetada), exceção (quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis) e catástrofe (definida no ponto 2 do artigo 3.º da Lei de Bases da Proteção Civil – Decreto-Lei nº27/2006 como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional), da conceção à ação; 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.

Seguidamente farei uma descrição de situações de aprendizagem que me permitiram desenvolver estas competências com base numa prática reflexiva e baseada sempre em evidência científica.

3.3.1) CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVÊNCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A definição de pessoa em situação crítica apresentada no Anexo II do Regulamento nº429/2018 diz que “... a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (p.19362). Assim sendo, a importância da avaliação diagnóstica, baseada numa precisa e contínua colheita de dados que permite conhecer a situação do doente e família/cuidador, e da monitorização constante do mesmo são pontos chave para a implementação de cuidados especializados de qualidade que visam uma intervenção precisa, correta, eficiente e atempada (OE, 2018).

Em contexto de SU, e por me encontrar quase sempre em contexto de sala de diretos ou SO, foi-me possível entrar em contacto com várias situações que requeriam cuidados especializados a doente crítico. Observei que no que diz respeito à distribuição dos enfermeiros, havia sempre a preocupação em distribuir um enfermeiro especialista para a sala de diretos. Esta distribuição reflete logo à partida a importância da especialização dos elementos de forma a prestar os melhores e mais eficientes cuidados à população.

Um doente chegado à sala de diretos é muitas vezes trazido diretamente pelo INEM, sem que haja uma passagem pelos serviços administrativos ou pela zona de triagem, sendo esta realizada já dentro da sala. Assim, pude desenvolver competências na avaliação inicial do estado do doente, bem como a sua necessidade de monitorização avançada.

As situações mais comuns com as quais me deparei em sala de diretos foram a Via Verde AVC, Via Verde Coronária e Via Verde Trauma, todas elas excelentes oportunidades de aprendizagem no que diz respeito ao cuidado à pessoa em situação crítica.

As Vias Verdes (VV) têm por base fornecer um fácil, adequado e eficaz acesso ao rápido tratamento de situações clínicas graves mas frequentes que permitem traçar uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento destas situações,

repercutindo-se diretamente no que diz respeito ao prognóstico das mesmas (DGS, 2017). Assim, esta atuação reflete um conjunto de atitudes que visam diminuir as taxas de mortalidade e morbidade, caso sejam implementadas de forma precoce.

No que diz respeito à VVAVC define-se um protocolo que tem como objetivo reduzir ao menor tempo possível o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a implementação do tratamento mais adequado, sendo atempadamente diagnosticado o AVC de acordo com a sua etiologia (DGS, 2017). Tive, então, oportunidade de receber em sala de diretos doentes com ativação da VVAVC por suspeita do mesmo, tendo realizado uma avaliação inicial de sinais e sintomas, monitorização avançada do mesmo, registo de sinais vitais e estado de consciência, bem como todas as alterações neurológicas passíveis de serem identificadas, implementando a Escala de Cincinnati (como alterações no discurso, parésias da face ou falta de força nos membros) (Pereira, Guedes, Oliveira & Martins, 2017), contacto com a equipa médica de Neurologia de urgência (que não deve demorar mais de 10 minutos até iniciar observação do doente) e acompanhamento dos doentes a meios complementares de diagnóstico (Tomografia Axial Computorizada (TAC) Crânio e Eletrocardiograma (ECG)). Os dados colhidos em avaliação inicial foram cruciais no desenvolvimento de um plano de cuidados atempado, eficiente e de qualidade. Pude também colaborar com a implementação do protocolo terapêutico de tratamento trombolítico. Este tratamento deve ser implementado num máximo de 4h e meia após o início de sintomas e tem como objetivo a reperfusão do tecido cerebral viável (Leciñana et al, 2014). No entanto, este tratamento pode ter graves efeitos secundários, sendo o mais grave o choque hemorrágico, sendo o papel do enfermeiro fundamental para vigilância e monitorização contínua (Cavalcante et al., 2011). Será, então, seguro dizer que quanto maior a experiência e competência do enfermeiro que monitoriza o doente, mais rápida será a deteção de possíveis complicações e a sua resolução.

Por outro lado, pude também prestar cuidados no que diz respeito à VV Trauma colaborando com a admissão de doentes sujeitos a acidentes com veículos ligeiros e também de quedas de alturas superiores à do próprio. Nestes casos, foi-me dada a oportunidade de realizar a avaliação inicial dos mesmos seguindo a Metodologia ABCDE composta por 5 etapas (INEM, 2012): *Airway (A)*, correspondente à avaliação da permeabilidade da Via aérea com controlo da coluna cervical; *Breathing (B)*, correspondente à avaliação da ventilação e oxigenação; *Circulation (C)*, correspondente à avaliação da circulação com controlo da hemorragia; *Disability (D)*, correspondente à avaliação da disfunção

neurológica; *Expose/Environment (E)*, correspondente à avaliação da exposição com controlo da temperatura.

Após esta avaliação, havendo necessidade de mobilização para uma maca do SU, foi-me possível assumir o papel de líder, procedendo à imobilização da região cervical e controlo dos tempos de mobilização, avaliando a necessidade de dispositivos de imobilização como o colar cervical e a aranha de imobilização. Prosseguia-se a avaliação secundária do estado do doente de forma a aprofundar os dados e a monitorizar a evolução do mesmo, estabelecimento de acesso intravenoso (IV) (por vezes por via periférica sendo efetuado por mim, e outras vezes por via central, tendo colaborado com a equipa médica na colocação do mesmo), e o controlo da dor, que em casos de trauma assume uma enorme importância para o conforto do doente e para a sua necessidade de imobilização até que o diagnóstico esteja finalizado. A OE (2017) defende que uma das competências do EEMCPSC é a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas. A dor é o 5º sinal vital e é tão importante como todos os outros, sendo um ponto fulcral na humanização dos cuidados (DGS, 2003). Um doente que apresente dor controlada é mais suscetível ao tratamento, mais recetivo ao ensino e tende a confiar mais nos cuidados de saúde que lhe estão a ser prestados, segundo a minha opinião. A implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor são de extrema importância nos cuidados aos doentes, sendo complementares umas das outras (OE, 2008).

No que diz respeito à VV Coronária, tive também oportunidade de prestar cuidados em contexto de sala de diretos a doentes trazidos pelo INEM, mas também a doentes vindos pelos seus próprios meios. Neste tipo de doentes a avaliação inicial é fundamental e dificultada muitas vezes pela generalidade dos sintomas apresentados, sendo o enfermeiro triador o principal responsável pela primeira abordagem e ativação da VV Coronária quando o doente entra pelo seu próprio pé. Fui testemunha de vários casos em que o enfermeiro da triagem, por suspeitar de um episódio cardíaco baseado na descrição dos sintomas e da avaliação dos sinais vitais, pedia um ECG e detetava assim a existência de um possível Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), ativando a VV Coronária. Sendo a minha enfermeira orientadora muito experiente em sala de diretos e consequentemente em situações de EAM, tive a oportunidade de observar vários ECG e treinar a deteção de EAM com supra elevação do segmento ST, tendo sido esta uma mais valia dada a pouca experiência que tinha com casos destes. Assim, a avaliação inicial de sinais e sintomas como dor retrosternal tipo aperto

ou esmagamento que não alivia com repouso, com ou sem irradiação, dor abdominal que se pode estender para os braços, costas e maxilar, sudorese intensa, dispneia ou tonturas é a chave para a suspeita de um episódio do foro cardíaco e deve sempre ser despistada (INEM, 2021). No decorrer do plano de cuidados do doente a monitorização do estado destes doentes era também essencial, sendo que o risco de paragem cardiorrespiratória se encontrava elevado.

Coimbra e Amaral (2016) assumem a importância máxima da avaliação diagnóstica e monitorização constante que pautam os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, sendo assim possível prever e detetar precocemente as complicações, assegurando intervenções precisas, concretas e eficientes.

Em contexto de UCPA tive oportunidade de desenvolver experiências diferentes das desenvolvidas em contexto de SU. No acompanhamento da EEMI, tive oportunidade de assistir e intervir em várias situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), em que a EEMI era ativada após uma abordagem inicial segundo a Metodologia ABCD. Assim, aquando do contacto do Médico Anestesiologista que integra a EEMI, este contactava o Enfermeiro que transportava as malas de transporte e material necessário para a assistência ao doente.

PCR define-se como a interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória de forma repentina (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2024). Assim, quanto mais célere a atuação, maior a probabilidade de sobrevivência e o outcome para o doente (INEM, 2019). A PCR em contexto intra-hospitalar assume, na grande maioria dos casos, um menor evento súbito mas sim como resultado de uma progressiva deterioração fisiológica com sinais de alerta como a hipoxia e a hipotensão (Soar, et al., 2021). Por este motivo, e como resultado de uma precoce identificação por parte dos enfermeiros na prestação de cuidados, destes sinais de alerta, a ativação da EEMI era muitas vezes feita antes do acontecimento, tendo acompanhado situações em que foi possível prevenir a PCR e outras situações onde o início da PCR foi presenciado e atuado no imediato, melhorando o outcome do doente, com reversão do estado.

Num estudo desenvolvido por Walston (2016) que analisava as ativações da EEMI de 2009 a 2012, concluiu-se que a ativação foi em 70,9% das vezes realizada pela equipa de enfermagem, evidenciando o papel determinante do enfermeiro na prestação de cuidados e na deteção de sinais de alerta da situação crítica dos doentes a seu cargo.

Outra das intervenções que me foi possível desenvolver foram os cuidados ao doente submetido a ECT. A ECT é um procedimento terapêutico que visa o tratamento de doenças clínicas e transtornos neuropsiquiátricos, onde se induz crises convulsivas controladas através da libertação de ondas eletromagnéticas geradas por pequenas descargas elétricas no cérebro (Antunes, et al., 2009). Este procedimento requer o trabalho multidisciplinar entre uma equipa composta por: Psiquiatra, Anestesista, Enfermeiro de Psiquiatria e Enfermeiro Anestesista. Sendo um procedimento que implica uma “agressão” externa ao corpo humano, acarreta uma série de riscos, não só neurológicos como cardiorrespiratórios, deve ser cuidadosamente monitorizado (Tanaka, et al., 2021 citando José & Cruz, 2020). Em contexto de estágio foi-me dada a oportunidade de participar como Enfermeiro Anestesista do procedimento que passo a descrever:

- O doente vem do serviço de psiquiatria, onde o enfermeiro responsável garante o seu jejum e a retirada de todos os acessórios metálicos e próteses do doente. À chegada, puncionei acesso venoso periférico e preparei fármacos de indução anestésica (propofol associado a remifentanil), relaxante muscular (suxametónio), anticonvulsivante (diazepan), analgésico (paracetamol) e anticolinérgico (atropina). O doente foi posicionado em decúbito dorsal, foi imobilizado como medida de segurança e foi colocada uma proteção bucal. Prosseguiu-se com a monitorização do eletroencefalograma e a monitorização cardíaca, bem como a verificação das rampas de oxigénio e de vácuo para aspiração de secreções. Após a dupla confirmação de todos os procedimentos de segurança foi iniciado o protocolo terapêutico e deu-se início à anestesia do doente com a ventilação pelo anestesista e administração de fármacos por mim. A avaliação constante do eletroencefalograma e dos sinais vitais é imperativa para a deteção precoce de possíveis complicações. Após os 20 segundos de aplicação do choque verificou-se que o doente desenvolve um período de taquicardia seguido por bradicardia extrema com hipotensão que não reverte espontaneamente. Foi administrada uma fórmula de atropina (que não faz parte do protocolo terapêutico habitual) no imediato, com reversão da arritmia cardíaca e fluidoterapia para combater a hipotensão havendo uma gradual reversão da instabilidade do doente. Nesta fase foi administrado um analgésico e desmobilizado e posicionado o doente para seu conforto. O doente ficou em monitorização na UCPA durante 24h, garantindo a sua constante vigilância como forma de antecipar possíveis declínios do seu estado de saúde. Como futura EEMC pude estar envolvida numa situação que me permitiu prestar cuidados de planeamento e implementação de um protocolo terapêutico complexo,

atuando perante uma pessoa em situação crítica e na antecipação da instabilidade do mesmo que poderia ter resultado em falência orgânica, bem como gerindo a dor e desconforto resultantes do procedimento de formas a manter o doente o mais confortável possível.

Em relação às competências relativas à comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica com os doentes e família, considero que estas foram transversais aos contextos de SU e UCPA.

Brás e Ferreira (2016) defendem que “A prática de cuidados de enfermagem tem na comunicação um instrumento privilegiado de atuação, sendo considerada uma função vital, por meio da qual indivíduos e organização se relacionam uns com os outros, bem como o meio ambiente” (pp.573-574). Os mesmos autores defendem que são várias as competências básicas da comunicação clínica, compreendendo técnicas como a escuta ativa, a empatia, o desenvolvimento de uma linguagem acessível e compreensível ao doente, a adoção de uma postura não verbal adequada e o desenvolvimento de uma entrevista clínica completa com vista a obter e fornecer ao doente/família o máximo de informações pertinentes aos cuidados prestados, permitindo uma avaliação concreta e eficaz (Brás e Ferreira, 2016).

Já foi referido anteriormente a extrema importância de uma comunicação eficaz entre a equipa de profissionais envolvida nos cuidados ao doente/família, como forma de evitar eventos adversos e no estabelecimento de um processo de cuidados de excelência.

No que diz respeito à comunicação com o doente e família, durante os estágios tentei sempre estabelecer uma relação de confiança na relação de cuidados, informando o doente e família sobre os cuidados que ia prestar, bem como o motivo dos mesmos, numa relação de transparência e confiança. Brás e Ferreira (2016) defendem que no desenvolvimento de uma relação com o doente/família a confiança é um dos aspetos mais valorizados pelos doentes. Este pressuposto atinge ainda uma maior importância quando falamos de situações em que a vida se encontra ameaçada. Assim, considere importante não só envolver o doente no seu plano de cuidados como manter a família informada dos desenvolvimentos ocorridos, avaliando a forma como recebem as notícias e gerindo a ansiedade e o medo que muitas vezes estão presentes face a situações desconhecidas. Dou o exemplo de doentes admitidos em sala de reanimação e que a família fica impossibilitada de o acompanhar. Nestes casos,

tentei sempre que possível combinar com a restante equipa as informações pertinentes para a família, fazendo um *update* da situação com os mesmos sempre que uma nova informação relevante surgia. O mesmo se passou em situações pós-cirúrgicas na UCPA. Borges (2015) diz que a informação transmitida pela equipa de enfermagem deve ser clara, simples e objetiva, sem utilização de termos técnicos ou complicados, sendo melhor recebida desta forma pela família. Desta forma verifiquei que a família não só se mantém informada da situação, contribuindo para a diminuição dos níveis de ansiedade, como é mais facilmente envolvida nos processos de tomada de decisão, aumentando o nível de confiança nos profissionais de saúde.

Todas estas intervenções desenvolvidas em contexto profissional e contexto clínico são de extrema importância no meu desenvolvimento como futura EEMC.

3.3.2) DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEPÇÃO À AÇÃO

Ao falar das competências adquiridas nesta área, importa definir alguns conceitos-chave. O Decreto-Lei nº27/2006 inserido na Lei de Bases da Proteção Civil define catástrofe como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”. Por outro lado o INEM em *Situação de Exceção- Manual TAS* (2012) define situação de exceção como uma situação que provoca “desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (p.12). Em último lugar a DGS (2001) define emergência como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”.

O Regulamento nº429/2018 define claramente que “os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (p.19362). Nestes casos, o acesso aos cuidados de saúde em meio intra-hospitalar começam no SU, que estabelece as bases de atuação de saúde perante estes doentes.

No que diz respeito a situações de emergência tive a oportunidade de receber em SU doentes resultantes de acidentes multi-vítimas, nomeadamente acidentes de viação, podendo implementar todo um plano de cuidados inicial, com base na triagem e avaliação inicial das vítimas, estabelecendo prioridades de atuação, colaborando na definição de um diagnóstico e consequente transferência para outros serviços após a sua estabilização. Lembro-me nomeadamente de uma situação em que o SU iria receber 4 vítimas graves de um acidente, havendo necessidade de reorganizar o SU, libertando as salas de diretos o mais rápido possível com a transferência rápida dos doentes previamente admitidos, obrigando a uma gestão rápida e precisa de recursos humanos e materiais. Só assim foi possível prestar os melhores cuidados de saúde às vítimas desse mesmo acidente que, à chegada ao hospital, puderam dispor de uma equipa multidisciplinar, num espaço próprio com todo o material necessário para atender as suas necessidades imediatas.

No que diz respeito a situações de exceção e catástrofe é impossível não referir a recente Pandemia Covid que assolou o mundo inteiro. Como enfermeira posso afirmar que foram os tempos mais desafiantes para a gestão e prestação de cuidados porque já passei. Como enfermeira coordenadora de uma Unidade de Cuidados Intermédios deparei-me com vários momentos de reorganização rápida para dar resposta às necessidades dos doentes. Posso dar como exemplo as situações com doentes suspeitos de estarem infetados, obrigando a uma reorganização de espaço no serviço, com isolamento dos doentes, testagens obrigatórias de doentes em contacto e equipa, bem como a gestão de todo o material envolvido na prestação de cuidados e segurança dos mesmos. Posso também referir a necessidade de reorganizar todo o serviço para, em apenas 2 dias, abrir com capacidade de receber doentes críticos infetados, para apenas semanas depois voltar a abrir como serviço *não-Covid*. Todas estas situações me fizeram desenvolver uma capacidade de organização e adaptação rápida a novas circunstâncias que são uma mais valia como futura EEMC. E embora durante o estágio a situação da pandemia já se encontrar estabilizada, pude observar o reorganizar do SU para a sua “normalidade”, com a desativação das *zonas-Covid* e reorganização dos espaços de prestação de cuidados assim como a reorganização da forma como os cuidados são prestados de forma a manter o máximo de segurança para dos doentes e profissionais.

Em conjunto com os Enfermeiros Gestores do SU e da UCPA pude consultar e esclarecer algumas dúvidas sobre o Plano de Emergência e Catástrofe do hospital, bem como os planos de cada serviço que estavam, no momento do estágio, a ser reestruturados.

Outra situação que pode acompanhar foi a criação de um plano de atuação para as Jornadas Mundiais da Juventude de 2023, criado para poder dar resposta ao aumento de afluência de doentes aos hospitais, bem como a antecipação de eventos que pudessem ser causadores de uma multiplicidade de vítimas.

3.3.3) MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Como EEMC a prevenção e intervenção no controlo da infeção assume grande importância na prestação dos melhores cuidados de saúde.

Em 1930 foi abordado pela primeira vez o tema da infeção hospitalar pela Direção geral de Saúde, sendo que em 1993 foi abordada a necessidade de Comissões de Controlo da Infeção, que foram oficialmente criadas em 1996. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), DGS, 2007).

No PNCI (2007) define-se Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) como infeções que têm origem no decorrer da prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em ambulatório, em grande parte consequência da implementação de procedimentos mais invasivos, implementação de terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora com internamentos associados e que pode também afetar os profissionais durante a prestação de cuidados. Assim, “A Direção-Geral de Saúde reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afetando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde” (DGS, 2007, pp.7).

Posso então inferir que o controlo da infeção está intimamente ligado ao conceito de segurança do doente que a OMS define como “a ausência de danos evitáveis a um doente durante o processo de cuidados de saúde e redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” (Ferreira Guerreiro da Silva Mendes & Margalho Barroso 2014, citando a OMS, pp.198)

O Plano Nacional de Segurança dos Doentes, como já referido anteriormente, aborda também esta questão, resultando da necessidade de padronização da ação a Norma

nº029/2012 (atualizada a 31/10/2013) que regula os procedimentos de ação nas Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). As PBCI “destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não...” sendo que “O princípio subjacente às PBCI é de que *“não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco.”*” (DGS, 2012, pp.10). Esta Norma define a necessidade de intervenção em diferentes contextos como a colocação dos doentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Foi de acordo com esta Norma que regí as minhas atividades diárias, tentando sempre manter um apertado controlo para a prevenção de infeções dado que o Doente em Situação Crítica, por ser sujeito a vários procedimentos invasivos, apresenta ainda um maior risco nesta área. A DGS (2012) define que é no momento da admissão, e até a um máximo de 24h que deve ser realizada a avaliação e registo do risco de transmissão de agentes infecciosos de cada doente, sendo assim possível definir as estratégias necessárias para a prevenção e controlo de infeção.

Em SU considero que o maior desafio no que diz respeito ao controlo da infeção foi a colocação e divisão dos doentes segundo o seu risco infeccioso devido ao espaço reduzido para o elevado número de doentes existentes. No entanto houve sempre um esforço em equipa na mobilização e isolamento dos doentes de acordo com o seu risco, com recurso a áreas de isolamento (como por exemplo a unidade de doentes com sintomatologia respiratória composta por boxes individuais) ou a zonas com biombos (no caso de necessidade de isolamento de contacto. Em contexto de UCPA o maior constrangimento foi o isolamento de doentes com sintomatologia respiratória dado tratar-se um espaço aberto em que os doentes estão separados apenas por cortinas, sendo necessário a implementação de equipamento de proteção e de etiqueta respiratória doentes e profissionais.

Transversal a ambos os contextos de ensino clínico foi o cuidado com a higiene das mãos. Garanti sempre a higienização das mãos antes e após o contacto com o doente ou a sua unidade, antes e após procedimentos limpos ou assépticos, bem como após a remoção de EPI. Tratando-se de doentes em situação crítica o risco de exposição a fluídos orgânicos está aumentado pelo que a higienização das mãos se torna uma constante que não deve ser ignorada, tanto para segurança do doente como para a nossa.

Para além da higienização das mãos, garanti sempre que utilizava o devido EPI para o procedimento a ser realizado. Dou como exemplo a utilização de avental sempre que realizava algum procedimento ao doente ou bata e luvas quando existia risco de exposição a fluídos. O uso de máscaras, dada a recente pandemia, era ainda obrigatório durante os estágios.

Da nossa responsabilidade é ainda toda a gestão e formação à equipa de auxiliares de ação médica que tratam da descontaminação de equipamentos, manuseamento de roupa e de resíduos, tendo tido a oportunidade de presenciar e ajudar numa formação aos mesmos sobre os cuidados a ter e as regras a adotar nestas situações.

Outra das intervenções que pude desenvolver em estágio e que considero ser das mais relevantes, foi o ensino à família e doente sobre a prevenção da infeção. Tive oportunidade, tanto no SU como na UCPA de ensinar os familiares e pessoas significativas sobre a importância da higienização das mãos, bem como o material de proteção individual que deveriam utilizar no contacto com o doente, explicando a necessidade do mesmo e os riscos da sua não utilização.

O EEMC assume um papel privilegiado na implementação, avaliação e promoção de uma cultura de boas práticas de controlo da infeção, devendo guiar-se pelas normas de DGS. Esta desenvolveu um grupo de Feixes de Intervenção (que são um conjunto de intervenções ou boas práticas baseadas em evidência científica que devem ser implementados de forma integrada). Foi em 2015 que a implementação dos Feixes de Intervenção passou a ser obrigatória, sendo que estes têm como objetivo manter a consistência na forma como os doentes recebem tratamentos e cuidados, com base na evidência científica (DGS, 2015).

Durante a realização dos ensinamentos clínicos pude entrar em contacto e implementar ações dos vários Feixes de Intervenções como para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central (CVC), prevenção da pneumonia associada à intubação, prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical e prevenção da infeção do local cirúrgico.

No que diz respeito ao Feixe de Intervenção para a prevenção da infeção relacionada com o CVC, e baseada na Norma nº022/2015 atualizada a 29/08/2022 da DGS (2015), tive a oportunidade de participar e intervir na colocação de vários CVC, preparando de forma asséptica o material necessário bem como a preparação do doente com campos esterilizados que cobrem o doente e desinfeção da pele com solução de clorexidina a 2% em álcool. Assisti

a equipa médica na colocação de EPI e vigiei durante o processo a manutenção da assepsia da técnica. Numa fase mais tardia vigiei pensos de CVC (trocados sempre que sujos ou descolados ou de 7/7 dias já que no hospital se utilizam pensos estéreis transparentes) e local de inserção (com desinfeção com clorexidina 2% em álcool), bem como a necessidade da manutenção do mesmo. Utilizei a mesma solução na desinfeção de torneiras aquando da administração de terapêutica EV e reforcei ensino a colegas menos experientes e alunos da licenciatura para que o fizessem sempre, minimizando o risco de infeção.

Em relação ao Feixe de Intervenção para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, segui a Norma nº019/2015 atualizada a 29/08/2022 da DGS (2015). Assim, avalei e documentei a necessidade da colocação de cateter vesical (bem como a sua possível retirada), utilizando técnica asséptica na colocação do mesmo, garantindo uma boa limpeza do meato urinário antes da colocação do cateter e mantendo o sistema de drenagem em circuito fechado. Tive também oportunidade de reforçar ensino aos auxiliares de ação médica para que o despejo da urina não fosse feito em momentos pré-estabelecidos do dia como rotina, mas sim cumprindo a regra dos 2/3 de capacidade do saco coletor, evitando o manuseamento desnecessário do mesmo e assim contribuindo para a redução das taxas de infeção associadas.

No que diz respeito ao Feixe de intervenção para a prevenção da pneumonia associada à intubação, espelhado na Norma nº021/2015 atualizada a 17/11/2022 da DGS (2015), não tive oportunidade de colaborar diretamente com o procedimento, mas pude implementar várias intervenções na manutenção do mesmo, como a higienização da cavidade oral com desinfetante oral, a verificação da pressão do cuff (entre os 20 e os 30 cm H₂O) e o posicionamento, sempre que possível, do doente com a cabeceira elevada a 30°. Colaborei também na verificação de testes de ventilação espontânea para garantir que a extubação acontecia o mais precocemente possível.

Por fim, em relação ao Feixe de Intervenção para a prevenção de infeção do local cirúrgico definido pela Norma nº020/2015 atualizada a 17/11/2022 da DGS (2015), pude intervir em vários momentos. Ajudei na preparação de doentes no pré-operatório, dando banho com clorexidina 2% antes do procedimento cirúrgico (no entanto em contexto de SU nem sempre foi possível cumprir esta intervenção devido à imprevisibilidade da necessidade de cirurgia). Aquando da abertura de terceira sala com a equipa da EEMI, pude observar o cuidado com o controlo da infeção implementado no BO, cumprindo a desinfeção do local

cirúrgico, a tricotomia apenas das áreas necessárias com máquina de uso único, a administração de antibioterapia profilática, bem como a vigilância da homeostasia do doente como previsto. No que diz respeito ao pós-operatório pode intervir na vigilância do estado geral do doente (temperatura, saturação de oxigénio e glicémia), bem como na vigilância do local de incisão cirúrgica, realizando os pensos das regiões operadas com técnica asséptica quando necessário (repasse, descolamento ou sinais de alarme como rubor, calor ou dor intensa).

Todas estas intervenções me permitiram desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção essenciais ao EEMC e que lhe permitem eliminar em si e na equipa as más práticas que possam contribuir para o aumento da IACS, intervindo de forma segura e consciente nos seus cuidados e gerindo fatores humanos e materiais que permitam prestar aos nossos doentes os melhores cuidados de saúde com os mínimos riscos possíveis, baseados na mais recente evidência científica.

3.4) Competências para a atribuição do grau académico de Mestre

Para finalizar o capítulo de aquisição de competências falta fazer menção às competências necessárias para a atribuição do grau académico de Mestre. Estas competências encontram-se definidas em Diário da República e são comuns a todas as áreas formativas.

O Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto veio alterar o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior e define no seu Capítulo III Artigo 15º as competências necessárias para a atribuição do grau de mestre e que passo a citar:

- “ a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir 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;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (pp. 4162)

Pensando, então, nas competências acima descritas, e em toda a composição deste Relatório de estágio, pode considerar-se que as competências para o grau académico de Mestre foram desenvolvidas em paridade com as competências do Enfermeiro Especialista.

Ao desenvolver um trabalho de investigação e reflexão na minha área de Mestrado tive a oportunidade de fazer uma ponte entre a teoria e a prática que me irá permitir desenvolver melhores cuidados, transpondo e evidenciando a aplicabilidade da evidência científica disponível.

Com a aquisição destes novos conhecimentos é possível desenvolver um raciocínio crítico essencial a uma otimização do nosso trabalho, tanto ao nível dos cuidados como ao nível da organização e gestão do nosso local de prática.

Desta forma, integram-se conhecimentos passados e adquiridos no decorrer da nossa atividade, com a capacidade de integrar a teoria mais recente, permitindo chegar a conclusões e ações mais adequadas para os problemas com que nos deparamos, com vista a uma ação futura cada vez mais especializada e de qualidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde é uma área em constante desenvolvimento. O desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico, novos tratamentos e aperfeiçoamento dos tratamentos já existentes, e o aumento da capacitação dos profissionais que nesta área desempenham os seus papéis, tornou possível que a esperança média de vida tenha vindo constantemente a aumentar. No entanto, é esperado que exista uma simbiose entre esperança média de vida e qualidade de vida. O objetivo maior para que todos os envolvidos no processo de saúde dos indivíduos é que estes vivam mais tempo, mas com qualidade, sendo assim um desafio para os profissionais de saúde.

A Enfermagem constitui-se como uma ciência humana prática e constantemente evolutiva, em que a ideia da constante atualização de conhecimentos assume um papel central, e possibilita a construção de um corpo de conhecimentos essencial e exclusivo. Os desafios no cuidar são mutáveis no tempo e o desenvolvimento profissional deve sempre ser pautado pela constante atualização de conhecimentos que advém da pesquisa da mais recente investigação científica e sua aplicabilidade na prática.

Para mim, essa procura da excelência profissional que se reflete nos melhores cuidados e ganhos em saúde dos indivíduos passou pelo percurso de especialização dos meus cuidados na minha área de interesse: a Enfermagem Médico-Cirúrgica. Com a elaboração deste relatório que culmina com a apresentação e discussão deste relatório de estágio, espero ter conseguido demonstrar a aquisição de competências necessárias para a Especialização em Enfermagem e para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Sendo a Enfermagem Médico-Cirúrgica uma especialidade abrangente nos seus contextos assistenciais, considero que é uma área privilegiada para a nossa atuação enquanto enfermeiros, mas também uma área muito desafiante pela necessidade de adquirir conhecimentos e saberes tão diversos.

Com a elaboração deste relatório e do percurso dos estágios, espero ter mostrado a aquisição de competências tanto na área de investigação como na área da aplicabilidade prática. Assim, numa primeira fase centrei-me na aquisição de competências de investigação focadas na área da desnutrição dos doentes oncológicos, tentando constituir um corpo de saberes teóricos que me permitisse transpor para a prática um conjunto de intervenções que

permitissem melhorar os cuidados prestados, seja na prevenção de situações danosas para a saúde, ou na atuação de tratamento perante situações já estabelecidas. Numa segunda fase, espero ter demonstrado a aquisição de competências práticas necessárias à intervenção de um Enfermeiro Especialista.

As Neoplasias constituem-se como um problema de saúde pública mundial e todos os enfermeiros devem capacitar-se nos cuidados aos doentes oncológicos, sendo que a DGS contempla no seu plano de atuação áreas de intervenção específicas para este problema. Não só a existência de novas doenças neoplásicas como o desenvolvimento das áreas de diagnóstico e terapêutica, fizeram aumentar o número de casos em Portugal e no Mundo. Sendo os Enfermeiros, os profissionais de saúde que mais tempo passam com os doentes e que se encontram numa posição privilegiada de atuação, é essencial o conhecimento científico baseado nas mais recentes evidências. Assim, no sentido de melhorar a minha prestação, desenvolvi uma revisão bibliográfica crítico-reflexiva na área da desnutrição do doente oncológico que revelou que a maior parte destes doentes apresenta desnutrição ou risco de a desenvolver. Isto acontece tanto pela própria doença em si (seja por afetar a absorção ou ingestão de nutrientes ou pelo facto de os doentes se encontrarem num estado hipercatabólico), como por efeitos indesejáveis dos tratamentos químicos, radiológicos e cirúrgicos associados. Assim, a avaliação do risco nutricional preconizada pela DGS, assume uma importância central neste tipo de doentes, já que um estado nutricional deficitário trás complicações para o processo de recuperação destes doentes. No entanto, não existe ainda um consenso científico acerca do melhor instrumento de avaliação a utilizar, o que a meu ver se apresenta como uma futura possibilidade de investigação e um ponto de partida para trabalhos futuros que poderei vir a desenvolver.

No que diz respeito ao percurso dos estágios, considero que se apresentaram como fontes de experiências extremamente enriquecedoras da prática de cuidados. Independentemente dos constrangimentos que inicialmente achei serem bastante condicionantes de uma boa aprendizagem, como por exemplo o facto de serem estágios com um tempo relativamente curto, realizados em contexto de período extralaboral, os mesmos acabaram por se mostrar facilitadores da aquisição de competências fulcrais para a compreensão da verdadeira essência da Enfermagem Especializada.

Assim, posso concluir que o Enfermeiro Especialista é um elemento central na prestação de cuidados na equipa de enfermagem. Este deve demonstrar um profundo

conhecimento teórico que deve transpor para a sua prática de cuidados, facilitando o desenvolvimento de uma atividade diferenciada que se destaca pelas suas mais-valias. É também um enfermeiro que assume um especial lugar de destaque na coordenação das equipas e na gestão dos cuidados. As suas competências acrescidas permitem-lhe desenvolver um juízo crítico fundamental no processo de tomada de decisão, baseada na aplicabilidade dos seus conhecimentos científicos, aliados a uma prática ética e legal de grande qualidade.

Durante os estágios foi evidente que, apesar de o “saber fazer” ser sempre um aspeto importante de adquirir, a reflexão sobre todo o processo que até ali nos levou, assumiu para mim a maior importância. Considero que nestes contextos de prática clínica, a reflexão acerca de “o que fazer” e “como fazer”, tiveram um local de destaque no meu foco, sendo esta reflexão constante sobre a prática de cuidados a possibilitadora da aquisição das competências necessárias.

O SU foi facilitador da reflexão dos cuidados de avaliação e antecipação de situações de falência orgânica, bem como na gestão de recursos limitados de forma eficaz. Em contexto de UCPA e com a EEMI o pensamento rápido de atuação, tão intrinsecamente ligados ao doente crítico, e a atuação em situações de instabilidade hemodinâmica extrema destacaram-se como os maiores desafios. No entanto, em qualquer um dos contextos, tentei contribuir para a melhoria da prestação de cuidados através da mobilização de conhecimentos, sugestões de mudanças de práticas ou atualização das mesmas e sugestões de melhoria dos cuidados.

Assim, apesar da dificuldade em gerir e conjugar todos os aspetos da vida profissional, familiar e académica, considero que me foi possível enveredar por um caminho de crescimento pessoal e profissional. A reflexão e consciencialização de pontos fortes e fracos foram essenciais para assegurar a exigência dos cuidados ao doente crítico e sua família para construir um percurso de capacitação profissional que me permita prestar cuidados de qualidade, pelo que não posso deixar de sentir que todo o esforço e tempo investido foram, no final, essenciais para que este percurso fosse concluído com sucesso.

5. BIBLIOGRAFIA

- Alonso de Leciñana, M., Egido, J. A., Casado, I., Ribó, M., Dávalos, A., Masjuan, J., Caniego, J. L., Martínez Vila, E., Díez Tejedor, E., Fuentes (Secretaría), B., Álvarez-Sabin, J., Arenillas, J., Calleja, S., Castellanos, M., Castillo, J., Díaz-Otero, F., López-Fernández, J. C., Freijo, M., Gállego, J., & García-Pastor, A. (2014). *Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo*. *Neurología*, 29(2), 102–122. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.09.012>
- Amaral, T., Matos, L., Ferro, M. da G., Kent-Smith, L., Gomes, F., Irving, S., Alves, A. P., Carvalho, R., Teixeira, M. A., & Borges, N. (2020). Desenvolvimento de uma versão portuguesa do Nutritional Risk Screening – NRS 2002. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 20. <https://doi.org/10.21011/apn.2020.2008>
- Amrhein, C. (2015). *Les Journées Francophones de la Nutrition*, dezembro de 2014, Bruxelas. *Bulletin Infirmier du Cancer*, (15), 61–64.
- Antunes, P. B., Rosa, M. A., Belmonte-de-Abreu, P. S., Lobato, M. I. R., & Fleck, M. P. (2009). Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(supl 1), S26–S33. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462009000500005>
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., ... & lo Roëls, V. (2017). *ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients*. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.07.015: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
- Argilés, J. M., Busquets, S., Stemmler, B., & López-Soriano, F. J. (2014). Cancer cachexia: *Understanding the molecular basis*. *Nature Reviews Cancer*, 14, 754-762.
- Bauer, J., Capra, S., & Ferguson, M. (2002). *Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer*. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56(8), 779-785. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601412
- Borges, D. R. (2015). *A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo
- Bossi P, Delrio P, Mascheroni A, Zanetti M. The spectrum of *Malnutrition/Cachexia/Sarcopenia in oncology according to different cancer types*

- and settings: A narrative review.* *Nutrients* (2021) 13:1980. doi:10.3390/nu13061980
- Bossi, P., De Luca, R., Ciani, O., D'Angelo, E. & Caccialanza, R. (2021). *Malnutrition Management in Oncology: An expert view on Controvertial issues and Future perspectives.* *Frontiers in Oncology.* Volume 12-2022 <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.910770>
- Bousso, R., Merighi, M., Rolim, M., & Riesco, M. (2000, junho). Estágio Curricular em Enfermagem: transição de identidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(2), 218-225.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 14(4), pp. 572-577.
- Carvalho, M. L., Santos, S. M., Silva, A. C., & Fernandes, A. R. (2011). Nutrição e Oncologia: Um Enfoque Multidisciplinar. *Nutrição em Foco*, 4(2), 119-125.
- Cavalcante, T. F., Moreira, R. P., Guedes, N. G., Araujo, T. L. de, Lopes, M. V. de O., Damasceno, M. M. C., & Lima, F. E. T. (2011). Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(6), 1495–1500. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000600031>
- Coimbra, N., & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Revista Nursing*, Fevereiro.
- Davies, S. (2005). *Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry.* *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 658-671.
- Deodato, S. (2011). *Decisão Ética Em Enfermagem: Do Problema Aos Fundamentos Para O Agir* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Detsky, A. S., McLaughlin, J. R., Abrams, H. B., Whittaker, J. S., Whitwell, J., L'Abbé, K., & Jeejeebhoy, K. N. (1986). *A Cost-Utility Analysis of the Home Parenteral Nutrition Program at Toronto General Hospital: 1970-1982.* *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 10(1), 49–57. <https://doi.org/10.1177/014860718601000149>
- DGS. (2010). Circular Normativa no 15/DQS/DQCO de 22/06/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010.aspx>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2001). *Orientações Gerais para a Organização e Funcionamento dos Serviços de Urgência Polivalentes.* Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (DGS). (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2021). Despacho n.º 9390/2021: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, Série II, n.º 187, páginas 96-103.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019). Rastreio Nutricional - Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional. Obtido de: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Rastreio-nutricional.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003, 14 de junho). Circular Normativa nº 09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação nº018/2011. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº02/2013 para a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”. Recuperado de https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma_002_2013_cssv-revisao-junho2013.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções básicas do controlo da infeção (Norma nº029/2012, atualizada a 31/10/2013). Lisboa. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Feixes de intervenção para a prevenção e controlo de infeções hospitalares e a promoção da segurança do doente. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 019/2015: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (atualizada a 29/08/2022). Lisboa: DGS. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/08/30/terapeutica-de-infeco-es-do-aparelho-urinario-comunidade/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 020/2015: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (atualizada a 17/11/2022). Lisboa: DGS. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 021/2015: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (atualizada a 17/11/2022). Lisboa: DGS. Recuperado de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 022/2015: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central (atualizada a 29/08/2022). Lisboa: DGS. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Lisboa. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma 008/2019 para a Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contr-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2023, 27 de dezembro). Despacho n.º 13227/2023, de 27 de dezembro. Diário da República, Série II, n.º 248, pp. 51-80. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13227-2023-835712442>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Avaliação do Risco Nutricional 2023. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Edvardsson, D. (2020). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praxis*. In D. Edvardsson & A. Backman (Eds.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (2. ed., pp. 47-62). Studentlitteratur.
- Elia, M., Russell, C., Stratton, R., Todovoric, V., Evans, L., & Farrer, K. (2003). *The Must Explanatory Booklet*. Redditch: BAPEN. ISBN 978-1-899467-71-6
- Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. *Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus*. *Lancet Oncol* 2011;12(5):489-95.
- Ferreira Guerreiro da Silva Mendes, C. M., & Margalho Barroso, F. F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão- Implementação Nacional da Escala de Braden. *Lusociências*. 6-10
- Françoise Charnay-Sonnek, and Anne E Murphy. *Principle of Nursing in Oncology*. Cham, Springer, 2018.
- Gupta, D., Vashi, P. G., Lammersfeld, C. A., & Braun, D. P. (2011). *Role of nutritional status in predicting the length of stay in cancer: A systematic review of the epidemiological literature*. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 59(2-4), 96-106.
- Holder, H. (2003). *Nursing management of nutrition in cancer and palliative care*. *British Journal of Nursing*, 12(11), 667–674. <https://doi.org/10.12968/bjon.2003.12.11.11316>
- <http://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica). (2012). Manual de Triage de Manchester (MTS). Lisboa. Recuperado de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emergências-Médicas.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2012). Manual TaS – Situação de exceção. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida (MSAV) (Versão 1.0, 1ª Edição). Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2021). Manual TaS - Emergências Médicas. Lisboa, Portugal.

- Jager-Wittenaar, H., & Ottery, F. D. (2017). *Assessing nutritional status in cancer. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 20(5), 322–329. <https://doi.org/10.1097/mco.0000000000000389>
- Jensen, G. L., Cederholm, T., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., ... & Van Gossum, A. (2019). *GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community*. JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 43(1), 32-40. doi: 10.1002/jpen.1440
- Kemp C. (2001). *Anorexia and cachexia*. In: Rolling Ferrell B., Coyle N., eds. Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press. New York.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., Plauth, M., & Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(03)00098-0)
- Lopes, J. C. (2004). Relação enfermeiro-instituição. In M. C. P. Neves & S. Pacheco (Eds.), Para uma ética de enfermagem (pp. 109-127). Coimbra: Gráfica de Coimbra 2.
- Machado, N. (2013). Gestão de qualidade dos cuidados de Enfermagem - um modelo de melhoria contínua baseada na reflexão-ação (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Magalhães, B., Freitas, E., Paiva, I., Girão, M., Dias, M. J., & Gomes, S. M. (2023). White Paper: Rastreio e Intervenção Nutricional em Oncologia. Porto: Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. ISBN: 978-989-53475-5-1
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015, 10 de fevereiro). Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II, páginas 2-10.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015, 27 de maio). Despacho n.º 5613/2015. Diário da República, n.º 102/2015, Série II, páginas 13550-13553.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018, 15 de outubro). Despacho n.º 9639/2018. Diário da República, n.º 198/2018, Série II, página 27533.

- Ministério da Saúde (MS) (2002). Despacho nº11/2002 de 6 de março: Cria o serviço de urgência hospitalar. Diário da República, 1ª série-B, nº55, 1865 – 1866; <http://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>;
- Ministério da Saúde (MS) (2014). Despacho nº10319/2014 de 11 de agosto: Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Diário da República, 2ª série, nº153, 20673-20678;
- Ministério da Saúde (Portugal). (2018, julho 6). Despacho n.º 6634/2018. Diário da República, Série II, n.º 129, 18713-18714. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6634-2018-115652170>
- Morse, J. (2009). Preventing Patient Falls – Second Edition. New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN: 978-0-8261-0389-5.
- Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T. S., Strasser, F., & Schueren, M. de van der. (2021). *ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer*. Clinical Nutrition, 40(5). <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
- Mustafa, A. (2013). *Organizational Behavior*. Recuperado em 10 de março de 2024, de http://academlib.com/2807/management/organizational_behaviour
- Neves, M. A. (2005). Intervenções de enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. Apresentado no II Congresso Ordem dos Enfermeiros.
- Nichols, B., & Monahan, F. D. (2010). O âmbito da enfermagem médico-cirúrgica. In F. D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green (Eds.), *Enfermagem medico-cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença* (8ª ed., Vol I, pp. 1-10). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados [PDF]. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática (Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor», Fevereiro de 2005 a Dezembro de 2007). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011, 18 de fevereiro). Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, n.º 35/2011, Série II, páginas 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, 23 de abril). Regulamento n.º 190/2015: Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, Série II, n.º 79/2015, páginas 10087-10090.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Lisboa, Portugal
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem (Edição). Academia do Design. ISBN: 978-989-8444-30-1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [PDF]. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedico_cirurgica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, Série II, n.º 135, páginas 19359-19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019, 6 de fevereiro). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, n.º 26/2019, Série II, páginas 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Cancro. Obtido de https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Organização Mundial da Saúde. (2022). Cancro. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pereira, M. S., Guedes, H. M., Oliveira, L. M., & Martins, J. C. (2017). Relação entre o sistema de triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. Revista de Enfermagem Referência, 4(13), 93-102. <https://doi.org/10.12707/RIV16079>

- Pires, R. M., Pereira, F., & Pires, M. (2021). *Clinical Supervision Strategies: Critical-Reflexive Analysis of Practices*. Millenium, 2(14), 47-55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República, Série I*, (157), 4147-4182.
- Portugal. (2006). Lei de Bases da Proteção Civil – Decreto-Lei nº 27/2006. Diário da República, 1ª série, nº 17, de 24 de janeiro de 2006, pp. 551-565.
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Reber, E., Schönenberger, K. A., Vasiloglou, M. F., & Stanga, Z. (2021). Nutritional Risk Screening in Cancer Patients: The First Step Toward Better Clinical Outcome. *Frontiers in Nutrition*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.603936>
- Scarton, J., Claro, L., Paula, S., Perim, L., Ventura, J., & Medeiros, S. (2020). Formação permanente: contribuições para a prática pedagógica do enfermeiro. *Research, Society and Development*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/338424261_Formacao_permanente_contribuicoes_para_a_pratica_pedagogica_do_enfermeiro
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2024). Paragem cardiorrespiratória. [Site do Serviço Nacional de Saúde]. Recuperado em 12 de abril de 2024, de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/paragem-cardiorrespiratoria/1000/>
- Silva, A., Queiroz, L., Freitas, L., & Faria, H. (2011). O trabalho da enfermagem no serviço de emergência: o estresse. *Ciência et Praxis*, 4(8), 19-26
- Silva, Rosana, et al. “*Becoming a Specialist: Portuguese Nurses’ Expectations after Completing the Specialization Program.*” *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV Série, no. Nº16, 20 Mar. 2018, pp. 147–154, <https://doi.org/10.12707/riv17076>.
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., ... & Loesecke, A. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support*. *Resuscitation*, 161, 115-151. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.005
- Tan, B. H., & Fearon, K. C. (2008). *Cachexia: Prevalence and impact in medicine*. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 11(4), 400-407. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e328300ecc1>

- Tanaka, A. K. S. da R., Henriques, A. M. A., Pagliarini, A. M., Jorge, A. C. R., Matzenbacher, L. P. S., & Paczek, R. S. (2021). Assistência de Enfermagem ao paciente em tratamento de eletroconvulsoterapia. *Research, Society and Development*, 10(7), e56410716883. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16883>
- Walston, J. M., & et al. (2016). *Vital Signs Predict Rapid – Response Team Activation Within Twelve Hours of Emergency Department Admission*. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(3), 324-330.

6. ANEXOS

ANEXO I – NUTRITIONAL RISK SCREENING 2002 (NRS 2002)

Imagem 1 – Escala NRS 2002 validada para Portugal.

NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS-2002)

Tabela 1*

Rastreio Inicial

	SIM	NÃO
1	O IMC < 20,5?	
2	O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?	
3	O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?	
4	O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva)	

SIM: Se a resposta for "Sim" em qualquer questão, efetuar o rastreio da Tabela 2.

NÃO: Se a resposta for "Não" em todas as questões, o doente é novamente rastreado em intervalos semanais. Se o doente p.e. tem uma cirurgia "maior" programada, é considerado preventivamente em plano de cuidados nutricionais que evita o risco associado.

*Nota do tradutor: de acordo com a publicação original (2003), a Tabela 1 poderá ser aplicada em serviços/unidades de internamento onde prevalecer a prevalência de risco nutricional seja baixa.

Tabela 2

Rastreio final

DETERIORAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL		GRAVIDADE DE DOENÇA (= AUMENTO DAS NECESSIDADES)		
Ausente	pontuação 0	Estado nutricional normal	Ausente	pontuação 0
Ligeira	pontuação 1	Perda de peso > 5% em 3 meses OU Ingestão alimentar abaixo de 50-75% das necessidades na semana anterior	Ligeira	pontuação 1
	pontuação 2	Perda de peso > 5% em 2 meses OU IMC 18,5-20,5 + Ingestão alimentar 25-60% das necessidades na semana anterior	Moderada	pontuação 2
Grave	pontuação 3	Perda de peso > 5% em 1 mês OU Ingestão alimentar < 10% das necessidades na semana anterior	Grave	pontuação 3
Pontuação			Pontuação	
Idade		se ≥ 70 anos: adicionar 1 à pontuação total anterior	Idade	
Pontuação ≥ 3:		o doente está em risco nutricional e é iniciado um plano de cuidados nutricionais	Pontuação = pontuação ajustada para a idade:	
Pontuação < 3:		repetir rastreio semanalmente. Se o doente p.e. tem uma cirurgia "maior" programada, é considerado preventivamente em plano de cuidados nutricionais que evita o risco associado.		

* Indica que um ensaio clínico suporta especificamente a inclusão da patologia nessa categoria de gravidade.

Os diagnósticos apresentados em Itálico são baseados nos padrões de gravidade descritos abaixo.

O NRS-2002 é baseado na interpretação de ensaios clínicos randomizados disponíveis. (Nota do tradutor: até à data de publicação do original, 2003)

Risco Nutricional é definido pelo estado nutricional atual e pelo risco de deterioração do estado atual, devido a um aumento das necessidades nutricionais causado por stress metabólico associado à condição clínica.

ESTÁ INDICADO UM PLANO DE CUIDADOS NUTRICIONAIS PARA TODOS OS DOENTES QUE ESTÃO COM:

- 1 Desnutrição grave (pontuação = 3)
- 2 Doença grave (pontuação = 3)
- 3 Desnutrição moderada (pontuação = 2) e Doença ligeira (pontuação = 1)
- 4 Desnutrição ligeira (pontuação = 1) e Doença moderada (pontuação = 2)

Padrões de gravidade de doença:

Pontuação = 1: doente com doença crónica, admitido no hospital por complicações. O doente está fragilizado, mas faz "levantar do leito" regularmente. As necessidades proteicas estão aumentadas, mas podem ser atingidas através de alimentação ou suplementação oral, na maioria dos casos.

Pontuação = 2: doente acamado devido a doença, p.e. após cirurgia abdominal "maior". As necessidades proteicas estão substancialmente

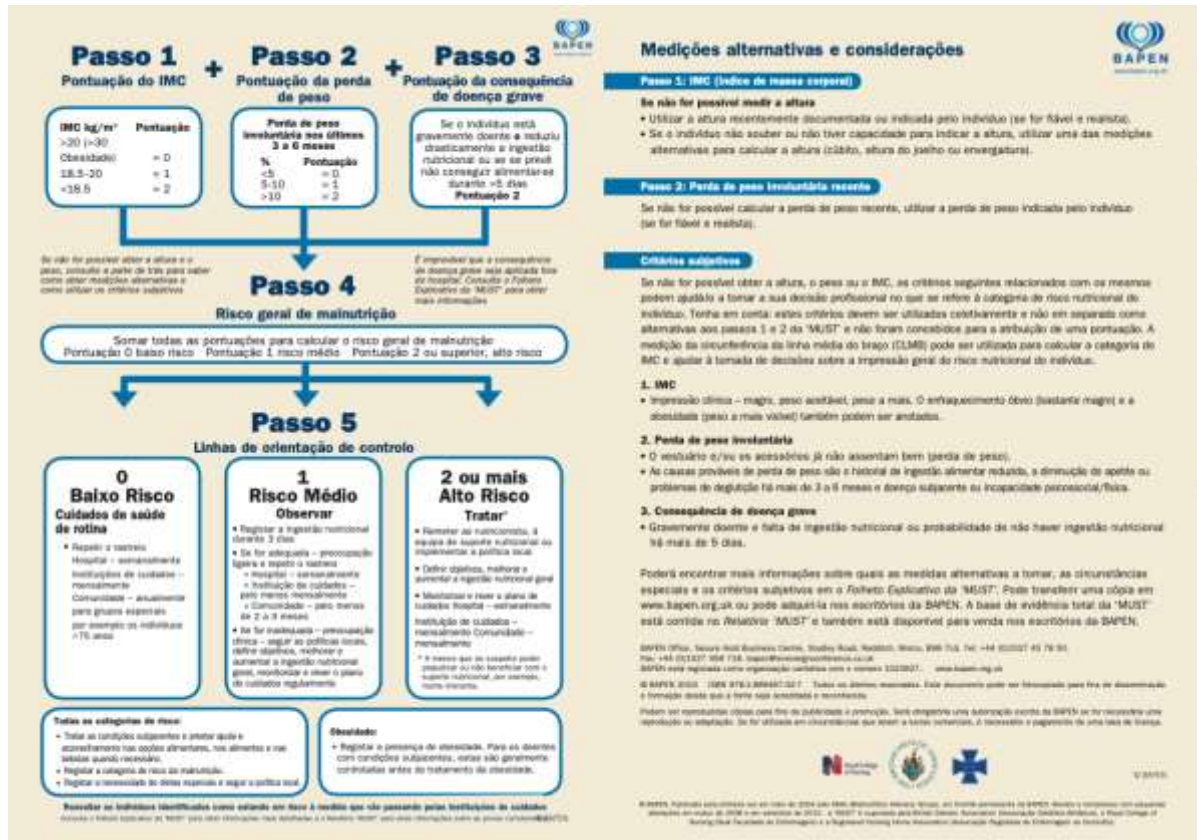
aumentadas, mas podem ser atingidas, embora em muitos casos seja necessária nutrição artificial. As necessidades proteicas estão aumentadas e não podem ser atingidas, mesmo com nutrição artificial. O catabolismo proteico e perda de azoto podem ser significativamente atenuados.

Fonte: Amaral, T., Matos, L., Ferro, M. da G., Kent-Smith, L., Gomes, F., Irving, S., Alves, A. P., Carvalho, R., Teixeira, M. A., & Borges, N. (2020).

Desenvolvimento de uma versão portuguesa do Nutritional Risk Screening – NRS 2002. Acta Portuguesa de Nutrição, 20. <https://doi.org/10.21011/apn.2020.2008>

ANEXO II - MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)

Imagem 2 – Escala MUST



Fonte: Retirado de <https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/portuguese/must-toolkit.pdf>

ANEXO III - SCORED PATIENT- GENERATED SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (SPG-SGA)

Imagem 3 – Escala SPS-SGA (parte 1)

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment
[Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente]
PG-SGA

História: As caixas 1-4 foram feitas para serem preenchidas pelo doente.
(As caixas 1-4 constituem a versão PG-SGA Short Form)

1. Peso:

Resumo do meu peso atual e recente:

Atualmente peso cerca de _____ kg
A minha altura é _____ cm
Há 1 mês pesava cerca de _____ kg
Há 6 meses pesava cerca de _____ kg

Durante as duas últimas semanas o meu peso:

☐ diminuiu ☐ ficou igual ☐ aumentou

Caixa 1 ☐
Indicar somente (ver folha de trabalho 1)

2. Ingestão alimentar: No último mês, comparando com o habitual, eu classificaria a minha alimentação como:

☐ igual ☐
☐ mais que o habitual ☐
☐ menos que o habitual ☐

Eu agora como:

☐ comida normal mas em menor quantidade ☐
☐ poucos alimentos sólidos ☐
☐ apenas alimentos líquidos ☐
☐ apenas suplementos nutricionais ☐
☐ muito pouca quantidade de qualquer alimento ☐
☐ apenas alimentação por sonda ou pela veia ☐

Caixa 2 ☐
Indicar valores (ver folh)

3. Sintomas: Durante as duas últimas semanas, tenho tido problemas que me impedem de comer o suficiente (assinale todos os aplicáveis):

☐ não tive problemas em comer ☐
☐ não tive apetite, não me apeteceu comer ☐
☐ náuseas (enjoo) ☐
☐ obstipação (prazo de ventre) ☐
☐ feridas na boca ☐
☐ alimentos têm agora um sabor estranho ou não têm sabor ☐
☐ dificuldades em engolir ☐
☐ dor, onde? ☐
☐ outros* ☐

☐ vômitos ☐
☐ diarreia ☐
☐ boca seca ☐
☐ os cheiros incomodam-me ☐
☐ sinto-me cheio/depressa ☐
☐ cansaço (fadiga) ☐

*ex. dispnéia, problemas dentários ou fraturas, etc.

Caixa 3 ☐
Indicar somente

4. Atividades e capacidade funcional:
Relativamente ao meu passado, eu classificaria a minha atividade como:

☐ normal sem limitações e sou capaz de fazer a minha vida diária ☐
☐ não estou normal, mas sou capaz de fazer grande parte das minhas atividades diárias habituais ☐
☐ não me sinto capaz de realizar a maioria das minhas atividades e fico na cama ou sentado menos de metade do dia ☐
☐ sou capaz de realizar poucas atividades e passo a maior parte do dia na cama ou sentado ☐
☐ passo a maior parte do tempo na cama ☐

Caixa 4 ☐
Indicar valores (ver folh)

O restante questionário será preenchido pelo seu nutricionista, médico ou enfermeiro. Obrigada.

Soma das caixas 1 a 4 ☐ A

Sim (Chery, 2005, 2006, 2010 e 2012)
Portugal 33-003 v07.17.15

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)
Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente

Soma das caixas 1 a 4 (ver caixa 1) ☐ A

Folha de Trabalho 1 – Pontuação da perda de peso

Para determinar a pontuação use o valor do peso de há 1 mês, se disponível. Use o valor de há 6 meses se não estiver disponível o de há 1 mês. Use os pontos abaixo para pontuar a variação de peso e adicionar (0,000000) ao o doente tiver perdido peso durante as duas últimas semanas. Registar a pontuação total na caixa 1 da PG-SGA.

Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	Pontos
< 10%	0	< 10%	0
1 - 9.9%	1	10 - 19.9%	1
10 - 14.9%	2	20 - 29.9%	2
15 - 19.9%	3	30 - 39.9%	3
20 - 24.9%	4	40 - 49.9%	4
25 - 29.9%	5	50 - 59.9%	5
30 - 34.9%	6	60 - 69.9%	6
35 - 39.9%	7	70 - 79.9%	7
40 - 44.9%	8	80 - 89.9%	8
45 - 49.9%	9	90 - 99.9%	9
50 - 54.9%	10	100 - 109.9%	10
55 - 59.9%	11	110 - 119.9%	11
60 - 64.9%	12	120 - 129.9%	12
65 - 69.9%	13	130 - 139.9%	13
70 - 74.9%	14	140 - 149.9%	14
75 - 79.9%	15	150 - 159.9%	15
80 - 84.9%	16	160 - 169.9%	16
85 - 89.9%	17	170 - 179.9%	17
90 - 94.9%	18	180 - 189.9%	18
95 - 99.9%	19	190 - 199.9%	19
100 - 104.9%	20	200 - 209.9%	20
105 - 109.9%	21	210 - 219.9%	21
110 - 114.9%	22	220 - 229.9%	22
115 - 119.9%	23	230 - 239.9%	23
120 - 124.9%	24	240 - 249.9%	24
125 - 129.9%	25	250 - 259.9%	25
130 - 134.9%	26	260 - 269.9%	26
135 - 139.9%	27	270 - 279.9%	27
140 - 144.9%	28	280 - 289.9%	28
145 - 149.9%	29	290 - 299.9%	29
150 - 154.9%	30	300 - 309.9%	30
155 - 159.9%	31	310 - 319.9%	31
160 - 164.9%	32	320 - 329.9%	32
165 - 169.9%	33	330 - 339.9%	33
170 - 174.9%	34	340 - 349.9%	34
175 - 179.9%	35	350 - 359.9%	35
180 - 184.9%	36	360 - 369.9%	36
185 - 189.9%	37	370 - 379.9%	37
190 - 194.9%	38	380 - 389.9%	38
195 - 199.9%	39	390 - 399.9%	39
200 - 204.9%	40	400 - 409.9%	40
205 - 209.9%	41	410 - 419.9%	41
210 - 214.9%	42	420 - 429.9%	42
215 - 219.9%	43	430 - 439.9%	43
220 - 224.9%	44	440 - 449.9%	44
225 - 229.9%	45	450 - 459.9%	45
230 - 234.9%	46	460 - 469.9%	46
235 - 239.9%	47	470 - 479.9%	47
240 - 244.9%	48	480 - 489.9%	48
245 - 249.9%	49	490 - 499.9%	49
250 - 254.9%	50	500 - 509.9%	50
255 - 259.9%	51	510 - 519.9%	51
260 - 264.9%	52	520 - 529.9%	52
265 - 269.9%	53	530 - 539.9%	53
270 - 274.9%	54	540 - 549.9%	54
275 - 279.9%	55	550 - 559.9%	55
280 - 284.9%	56	560 - 569.9%	56
285 - 289.9%	57	570 - 579.9%	57
290 - 294.9%	58	580 - 589.9%	58
295 - 299.9%	59	590 - 599.9%	59
300 - 304.9%	60	600 - 609.9%	60
305 - 309.9%	61	610 - 619.9%	61
310 - 314.9%	62	620 - 629.9%	62
315 - 319.9%	63	630 - 639.9%	63
320 - 324.9%	64	640 - 649.9%	64
325 - 329.9%	65	650 - 659.9%	65
330 - 334.9%	66	660 - 669.9%	66
335 - 339.9%	67	670 - 679.9%	67
340 - 344.9%	68	680 - 689.9%	68
345 - 349.9%	69	690 - 699.9%	69
350 - 354.9%	70	700 - 709.9%	70
355 - 359.9%	71	710 - 719.9%	71
360 - 364.9%	72	720 - 729.9%	72
365 - 369.9%	73	730 - 739.9%	73
370 - 374.9%	74	740 - 749.9%	74
375 - 379.9%	75	750 - 759.9%	75
380 - 384.9%	76	760 - 769.9%	76
385 - 389.9%	77	770 - 779.9%	77
390 - 394.9%	78	780 - 789.9%	78
395 - 399.9%	79	790 - 799.9%	79
400 - 404.9%	80	800 - 809.9%	80
405 - 409.9%	81	810 - 819.9%	81
410 - 414.9%	82	820 - 829.9%	82
415 - 419.9%	83	830 - 839.9%	83
420 - 424.9%	84	840 - 849.9%	84
425 - 429.9%	85	850 - 859.9%	85
430 - 434.9%	86	860 - 869.9%	86
435 - 439.9%	87	870 - 879.9%	87
440 - 444.9%	88	880 - 889.9%	88
445 - 449.9%	89	890 - 899.9%	89
450 - 454.9%	90	900 - 909.9%	90
455 - 459.9%	91	910 - 919.9%	91
460 - 464.9%	92	920 - 929.9%	92
465 - 469.9%	93	930 - 939.9%	93
470 - 474.9%	94	940 - 949.9%	94
475 - 479.9%	95	950 - 959.9%	95
480 - 484.9%	96	960 - 969.9%	96
485 - 489.9%	97	970 - 979.9%	97
490 - 494.9%	98	980 - 989.9%	98
495 - 499.9%	99	990 - 999.9%	99
500 - 504.9%	100	1000 - 1009.9%	100
505 - 509.9%	101	1010 - 1019.9%	101
510 - 514.9%	102	1020 - 1029.9%	102
515 - 519.9%	103	1030 - 1039.9%	103
520 - 524.9%	104	1040 - 1049.9%	104
525 - 529.9%	105	1050 - 1059.9%	105
530 - 534.9%	106	1060 - 1069.9%	106
535 - 539.9%	107	1070 - 1079.9%	107
540 - 544.9%	108	1080 - 1089.9%	108
545 - 549.9%	109	1090 - 1099.9%	109
550 - 554.9%	110	1100 - 1109.9%	110
555 - 559.9%	111	1110 - 1119.9%	111
560 - 564.9%	112	1120 - 1129.9%	112
565 - 569.9%	113	1130 - 1139.9%	113
570 - 574.9%	114	1140 - 1149.9%	114
575 - 579.9%	115	1150 - 1159.9%	115
580 - 584.9%	116	1160 - 1169.9%	116
585 - 589.9%	117	1170 - 1179.9%	117
590 - 594.9%	118	1180 - 1189.9%	118
595 - 599.9%	119	1190 - 1199.9%	119
600 - 604.9%	120	1200 - 1209.9%	120
605 - 609.9%	121	1210 - 1219.9%	121
610 - 614.9%	122	1220 - 1229.9%	122
615 - 619.9%	123	1230 - 1239.9%	123
620 - 624.9%	124	1240 - 1249.9%	124
625 - 629.9%	125	1250 - 1259.9%	125
630 - 634.9%	126	1260 - 1269.9%	126
635 - 639.9%	127	1270 - 1279.9%	127
640 - 644.9%	128	1280 - 1289.9%	128
645 - 649.9%	129	1290 - 1299.9%	129
650 - 654.9%	130	1300 - 1309.9%	130
655 - 659.9%	131	1310 - 1319.9%	131
660 - 664.9%	132	1320 - 1329.9%	132
665 - 669.9%	133	1330 - 1339.9%	133
670 - 674.9%	134	1340 - 1349.9%	134
675 - 679.9%	135	1350 - 1359.9%	135
680 - 684.9%	136	1360 - 1369.9%	136
685 - 689.9%	137	1370 - 1379.9%	137
690 - 694.9%	138	1380 - 1389.9%	138
695 - 699.9%	139	1390 - 1399.9%	139
700 - 704.9%	140	1400 - 1409.9%	140
705 - 709.9%	141	1410 - 1419.9%	141
710 - 714.9%	142	1420 - 1429.9%	142
715 - 719.9%	143	1430 - 1439.9%	143
720 - 724.9%	144	1440 - 1449.9%	144
725 - 729.9%	145	1450 - 1459.9%	145
730 - 734.9%	146	1460 - 1469.9%	146
735 - 739.9%	147	1470 - 1479.9%	147
740 - 744.9%	148	1480 - 1489.9%	148
745 - 749.9%	149	1490 - 1499.9%	149
750 - 754.9%	150	1500 - 1509.9%	150
755 - 759.9%	151	1510 - 1519.9%	151
760 - 764.9%	152	1520 - 1529.9%	152
765 - 769.9%	153	1530 - 1539.9%	153
770 - 774.9%	154	1540 - 1549.9%	154
775 - 779.9%	155	1550 - 1559.9%	155
780 - 784.9%	156	1560 - 1569.9%	156
785 - 789.9%	157	1570 - 1579.9%	157
790 - 794.9%	158	1580 - 1589.9%	158
795 - 799.9%	159	1590 - 1599.9%	159
800 - 804.9%	160	1600 - 1609.9%	160
805 - 809.9%	161	1610 - 1619.9%	161
810 - 814.9%	162	1620 - 1629.9%	162
815 - 819.9%	163	1630 - 1639.9%	163
820 - 824.9%	164	1640 - 1649.9%	164
825 - 829.9%	165	1650 - 1659.9%	165
830 - 834.9%	166	1660 - 1669.9%	166
835 - 839.9%	167	1670 - 1679.9%	167
840 - 844.9%	168	1680 - 1689.9%	168
845 - 849.9%	169	1690 - 1699.9%	169
850 - 854.9%	170	1700 - 1709.9%	170
855 - 859.9%	171	1710 - 1719.9%	171
860 - 864.9%	172	1720 - 1729.9%	172
865 - 869.9%	173	1730 - 1739.9%	173
870 - 874.9%	174	1740 - 1749.9%	174
875 - 879.9%	175	1750 - 1759.9%	175
880 - 884.9%	176	1760 - 1769.9%	176
885 - 889.9%	177	1770 - 1779.9%	177
890 - 894.9%	178	1780 - 1789.9%	178
895 - 899.9%	179	1790 - 1799.9%	179
900 - 904.9%	180	1800 - 1809.9%	180
905 - 909.9%	181	1810 - 1819.9%	181
910 - 914.9%	182	1820 - 1829.9%	182
915 - 919.9%	183	1830 - 1839.9%	183
920 - 924.9%	184	1840 - 1849.9%	184
925 - 929.9%	185	1850 - 1859.9%	185
930 - 934.9%	186	1860 - 1869.9%	186
935 - 939.9%	187	1870 - 1879.9%	187
940 - 944.9%	188	1880 - 1889.9%	188
945 - 949.9%	189	1890 - 1899.9%	189
950 - 954.9%	190	1900 - 1909.9%	190
955 - 959.9%	191	1910 - 1	

ANEXO IV - GLOBAL LEADERSHIP INICIATIVE ON MALNUTRITION (GLIM)

Imagem 5 – Critérios para avaliação GLIM.

A proposta é que o diagnóstico seja realizado em duas etapas:

Etapa 1: Realização de Triagem Nutricional por ferramentas já validadas (NRS-2002, MNA-SF, MUST, ESPEN 2015, ASPEN/AND, SGA, Evans 2008, PEW 2008, Fearon 2011)

Etapa 2: Avaliação de critérios diagnósticos.

Etiologia:

Redução da ingestão ou absorção alimentar

Gravidade da doença/ inflamação

Fenótipo:

Perda de peso não intencional

Baixo Índice de massa corporal (IMC)

Redução da Massa muscular (DEXA, BIA, Ultrassom, tomografia computadorizada, ressonância magnética. Se indisponíveis –circunferência da panturrilha e circunferência muscular do braço)

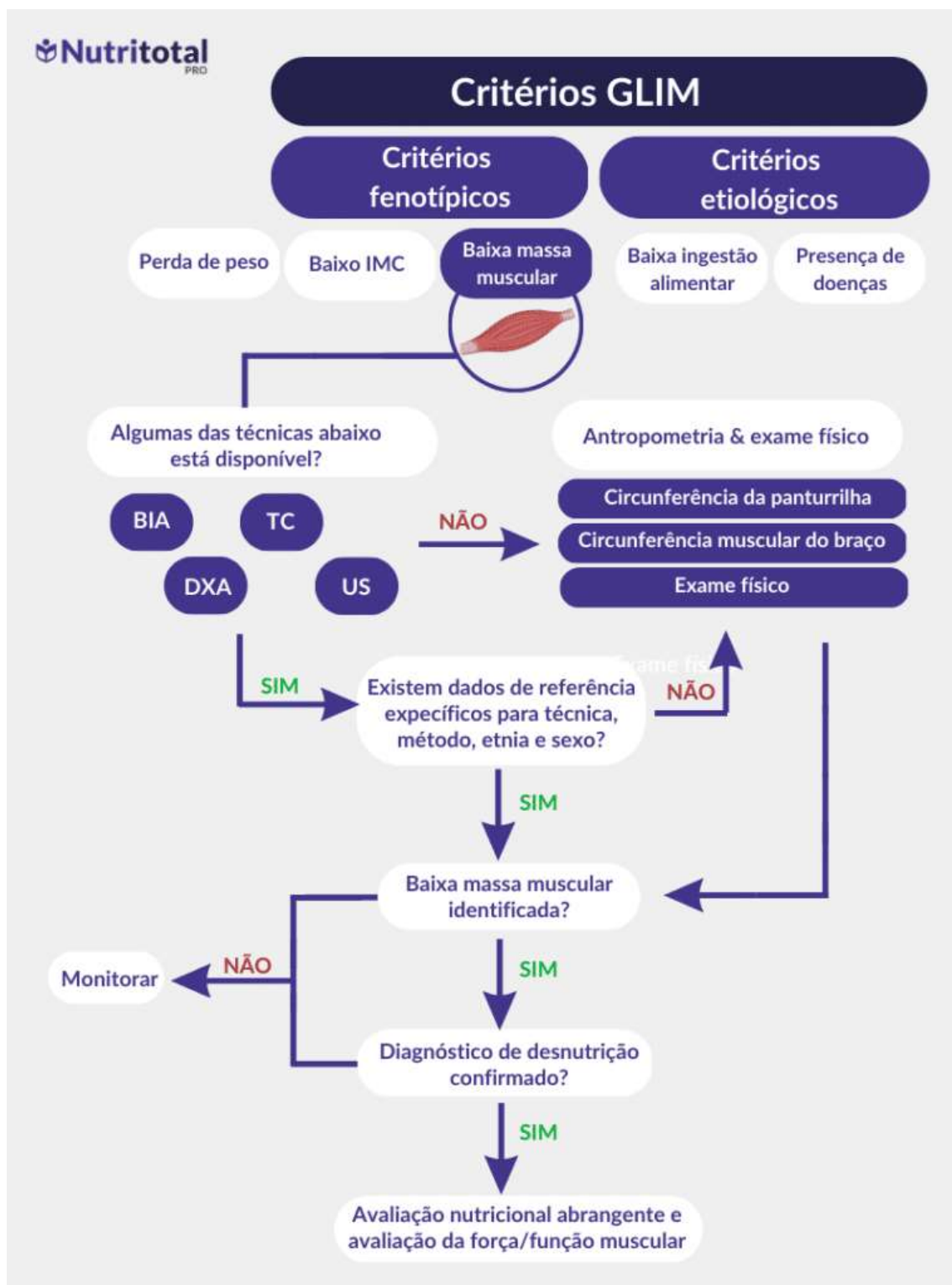
Resultado:

Para diagnóstico de desnutrição: necessária combinação de, no mínimo, 1 critério etiológico e um fenótipo

Classificação de gravidade da desnutrição: Estágio 1/ desnutrição moderada ou Estágio 2/ desnutrição grave de acordo com critérios de fenótipo

Fonte: Retirado de <https://nutritotal.com.br/pro/nova-ferramenta-para-diagnostico-da-desnutricao-a-o-a-glim/>

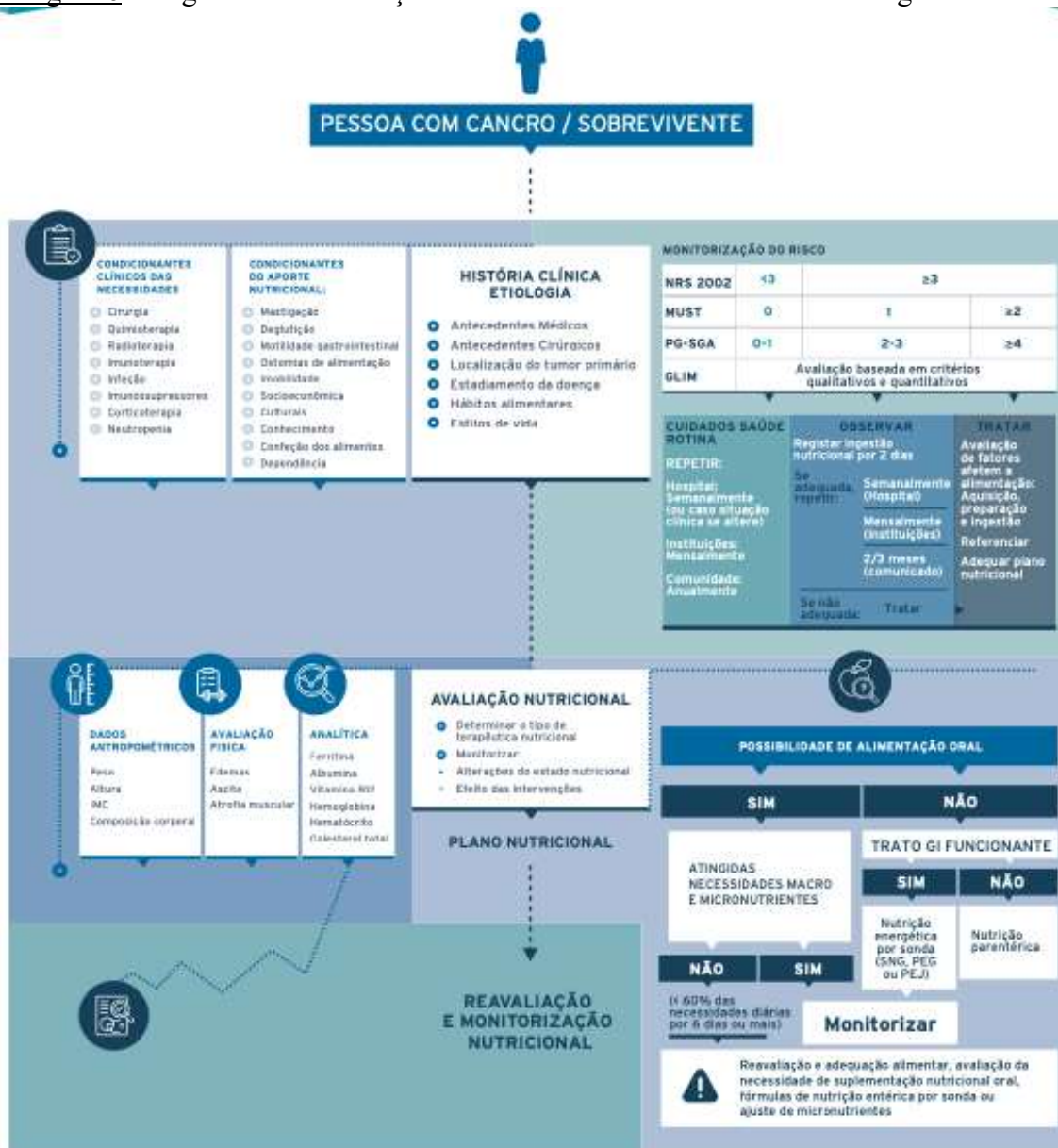
Imagem 6 – Avaliação da massa muscular segundo a GLIM



Fonte: Retirado de <https://nutritotal.com.br/pro/nova-ferramenta-para-diagnostico-da-desnutricao-a-a-glim/>

ANEXO V – ALGORITMO DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL AO DOENTE ONCOLÓGICO DA AEOP

Imagem 6 – Algoritmo de avaliação do Risco nutricional a doentes oncológicos da AEOP.



Fonte: Retirado de <https://www.aeop.pt/ficheiros/White-Paper-Rastreio-e-Intervencao-Nutricional-Oncologia-AEOP.pdf>