



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Contributo do enfermeiro especialista na relação da tríade academia-hospital-comunidade

Por Patrícia Marques Henriques

Lisboa, 2022



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Contribution of the specialist nurse in the triad relationship academy-hospital-community

Por Patrícia Marques Henriques

Sob a orientação da Prof. Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2022

Resumo

A elaboração deste relatório tem como propósito responder favoravelmente aos objetivos da unidade curricular Estágio Final e Relatório integrada no 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A realização do presente relatório permite partilhar algumas experiências vividas ao longo deste processo de aprendizagem, os objetivos atingidos e as competências adquiridas e desenvolvidas em estágio. Com base numa análise organizada, crítica e reflexiva procurei integrar a experiência vivida, promovendo o pensamento crítico sobre as situações e sobre mim própria fomentando momentos de crescimento pessoal e profissional com o intuito de promover uma prática de enfermagem autónoma, responsável, segura e de excelência.

Ao longo do primeiro estágio realizado em contexto de cuidados e intensivos e recobro aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa com falência ou risco de falência de um ou mais órgãos vitais. Valorizei a singularidade de cada cliente e da sua família, tendo procurado integrá-los no plano terapêutico e potenciar a sua autonomia e autodeterminação.

No segundo estágio, realizado em contexto de urgência, mobilizei e aprofundei os conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas no estágio anterior e ao longo do percurso académico, possibilitando a minha intervenção com maior incidência aos clientes admitidos no serviço de observação, respondendo prontamente às suas necessidades complexas e aos focos de instabilidade. Promovi também uma relação terapêutica com a família/ pessoa significativa que acompanhavam o cliente de forma a minimizar a ansiedade e o sofrimento que pudessem sentir.

O último estágio foi realizado numa unidade de cuidados continuados e paliativos uma vez que atualmente é reconhecida a abrangência dos cuidados paliativos em todas as áreas do cuidar em enfermagem. Ancorei a minha intervenção em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação terapêutica, o apoio à família e o trabalho em equipa. Desta forma, fui capaz de mobilizar e de me apropriar da filosofia do cuidar paliativo e prestar cuidados especializados à pessoa/ família com doença avançada e progressiva, tendo em atenção o alívio do sofrimento em todas as suas dimensões.

Em todos os estágios existiu uma clara necessidade de identificar a pessoa com necessidade paliativa promovendo um adequado cuidar que possa efetivamente ser holístico e enquadrado na realidade e singularidade de cada um.

A Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, justifica a necessidade de produzir e renovar de forma continuada e sustentada o seu próprio corpo de conhecimentos, o que se concretiza pela via da Investigação. Nesta continuidade, aliado ao facto de integrar o Projeto Capacitar Para Salvar, realizei uma pesquisa documental sobre o Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa, uma vez que as doenças cardiovasculares constituem uma problemática nacional e mundial. A investigação em enfermagem representa um contínuo à evolução da profissão, à melhoria dos cuidados e da prevenção de doenças. A pesquisa realizada visa compreender em termos nacionais qual a legislação em vigor que promove a literacia em saúde numa temática em específico que interfere diretamente com a taxa de morbilidade e mortalidade de uma vítima de paragem cardiorrespiratória. Uma intervenção que qualquer pessoa pode necessitar e que constitui um dever de cidadania, de ajuda ao próximo em que fazer nada não é opção, fazer alguma coisa ajuda, mas saber o que fazer e com qualidade é determinante.

Palavras-chave: enfermeiro especialista, competências, pessoa em situação crítica, suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa.

Abstract

The purpose of this report is to respond favorably to the objectives of the curricular unit Final Internship and Report, integrated in the 1st semester of the 2nd year of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing: in the area of nursing for the critically ill person at *Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa*.

The realization of this report makes it possible to share some experiences during this learning process, the objectives achieved, and the skills acquired and developed during the internship. Based on an organized, critical, and reflective analysis, I tried to integrate the lived experience, promoting critical thinking about the situations and about myself, fostering moments of personal and professional growth in order to promote an autonomous, responsible, safe and excellent nursing practice.

During the first internship, carried out in the context of intensive care and recovery, I deepened my knowledge and developed scientific, technical, ethical and relational skills in providing care to people with failure or risk of failure of one or more vital organs. I valued the uniqueness of each client and their family, having sought to integrate them into the therapeutic plan and enhance their autonomy and self-determination.

In the second internship, carried out in an emergency context, I mobilized and deepened the knowledge and skills acquired and developed in the previous internship and throughout the academic path, allowing my intervention with greater incidence to the clients admitted to the observation service, responding promptly to their needs. complexes and focus of instability. I also promoted a therapeutic relationship with the family/significant person who accompanied the client to minimize the anxiety and suffering they might feel.

The last stage was carried out in a continuous and palliative care unit since the scope of palliative care in all areas of nursing care is currently recognized. I anchored my intervention in four fundamental pillars: symptom control, therapeutic communication, family support and teamwork. In this way, I was able to mobilize and appropriate the philosophy of palliative care and provide specialized care to the person/family with advanced and progressive disease, considering the mitigation of suffering in all its dimensions.

At all stages, there was a clear need to identify the person with palliative need, promoting adequate care that can effectively be holistic and framed in the reality and uniqueness of each one.

Nursing, as a discipline and profession, justifies the need to continuously and sustainably produce and renew its own body of knowledge, which is achieved through research. In this continuity, together with the fact of being part of the *Capacitar Para Salvar* Project, I carried out documentary research on Basic Life Support with Automatic External Defibrillation, since cardiovascular diseases are a national and global problem. Nursing research represents a continuum of the evolution of the profession, the improvement of care and disease prevention. The research carried out aims to understand in national terms which legislation is in force that promotes health literacy in a specific theme, that directly interferes with the morbidity and mortality rate of a victim of cardiorespiratory arrest. An intervention that anyone may need and that constitutes a duty of citizenship, of helping others in which doing nothing is not an option, doing something helps, but knowing what to do and with quality is crucial.

Keywords: specialist nurse, skills, critically ill person, basic life support with automatic external defibrillation.

“Os rios não bebem a sua própria água; as árvores não comem os seus próprios frutos, o Sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham a sua fragância para si. **Jesus não se sacrificou por si mesmo, mas por nós.** Viver para os outros é uma regra da natureza.”

(Papa Francisco)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos docentes da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa pelo apoio e dedicação na formação diferenciada, numa relação de proximidade com o estudante, mas em particular...

- à Professora Doutora Manuela Madureira pela coordenação, orientação, disponibilidade, cuidado e sapiência que me tem transmitido ao longo dos anos;

- à Professora Doutora Isabel Rabiais pela presença, apoio incansável, disponibilidade em todos os momentos, pelas reflexões conjuntas e desafios colocados ao longo dos anos. Pelo seu lado humano e disponibilidade para com o outro, por suportar desde 2012 o Projeto Capacitar Para Salvar.

- à Professora Sílvia Caldeira pela transmissão dos saberes e o gosto pela investigação. Pela estimulação constante de fazer mais e melhor. Por pensar “out of the box” e me proporcionar momentos de reflexão conjunta e vontade em fazer diferente, pensa diferente.

... Bem-haja pelo que fazem por nós (estudantes).

Um agradecimento aos orientadores de estágio pela disponibilidade, transmissão de conhecimento e reflexão conjunta como forma de investimento na minha formação e crescimento. A todas as equipas com as quais privei. Aos colegas de curso pelo apoio ao longo do percurso que fizemos, pelos momentos de estudo conjunto e partilha de experiências. Acredito que a Enfermagem ganha por ter profissionais como vocês. Agradeço também aos meus colegas de equipa pela ajuda e apoio ao longo do percurso.

Um agradecimento muito especial à equipa “residente” que integra o Projeto Capacitar Para Salvar, por tudo o que fazem por este Projeto e pelos momentos vividos em equipa. Obrigada!

Um agradecimento gigante à Tia Isabel (sabes porquê) e às Raríssimas por me acompanharem em todos os desafios a que me proponho há tantos anos. À minha família, por quem são e pelo que representam no coletivo, por serem o meu porto de abrigo e estarem sempre disponíveis para me acompanharem nos desafios da vida...

Gratidão!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACIR	Área de Cuidados Intensivos e Recobro
ApS	Aprendizagem em Serviço
CODU	Centro de orientação de doentes urgentes
DAE	Desfibrilhador Automático Externo
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica I. P.
ISBAR	Identificação; Situação atual; Background/ antecedentes, Avaliação, Recomendações
NAS	Nursing Activities Score
NEMS	Nursing Manpower Use Score
PDF	Portable Document Format
PND AE	Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa
RCP	Ressuscitação/ reanimação cardiopulmonar
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SBAR	Situação, Background/ antecedentes, Avaliação, Recomendações
SBV	Suporte Básico de Vida
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SO	Serviço de observação
SPIKES	Setting; Perception; Inviatation or information; Knowlege; Empathy and Summarize or strategize
Sr.	Senhor
Sra.	Senhora
TAC	Tomografia computadorizada
TSS	Therapeutic Intervention Scoring System-28

Índice

Introdução	12
1. Reanimação cardiopulmonar: a realidade portuguesa	14
2. Percurso Metodológico	17
2.1. Pré-análise	19
2.2. Organização do material	19
2.3. Tratamento de dados	20
2.4. Resultados	20
3. Projetos de Suporte Básico de Vida no País	29
4. Projeto Capacitar Para Salvar	30
5. Percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto clínico	31
5.1. ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS E RECOBRO	32
5.2. ESTÁGIO EM UNIDADE DE ATENDIMENTO PERMANENTE DE ADULTOS	42
5.3. ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS	52
Considerações Finais	62
Bibliografia	64
Apêndice I – Colheita e análise de dados	73
Apêndice II – Locais de formação em suporte básico de vida em Portugal	83
Apêndice III – Projeto Capacitar Para Salvar	92
Apêndice V - Guia Prático Citotóxicos	101
Apêndice VI - Desmistificação do Linfedema	145
Apêndice VII – Guia de boas práticas sobre o cateter venoso central subcutâneo	157

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa de Portugal.....	29
Figura 2 - Constituição do cateter venoso central subcutâneo (Padilha, 2020).....	159

Introdução

A enfermagem é uma profissão, uma disciplina em constante evolução, atualização e aprendizagem que permite a aquisição de novos saberes, visando uma prática mais segura e informada na evidência.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) a enfermagem é *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a alcançar a sua capacidade máxima funcional tão rapidamente quanto possível”* (REPE - Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 99).

A profissão de enfermagem contempla quatro intervenções fundamentais: *“promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento”* (International Council of Nurses, 2006). O Santo Pontífice Papa Francisco afirma que os Enfermeiros são **peritos em humanidade**. Sua Santidade citou as 4 principais intervenções dos enfermeiros e referiu ainda que *“ao cuidar de homens e mulheres, crianças e pessoas idosas, - em qualquer fase da sua vida, desde o nascimento até à morte – vocês estão em contínua escuta e compreensão das exigências de um enfermo, cuja situação requer um árduo esforço de discernimento e atenção. Desta forma, sua profissão torna-se uma verdadeira missão.”* (Tavares, 2018, p. 6º parágrafo).

A promoção da saúde, um dos quatro pilares do cuidado em enfermagem segundo o International Council of Nurses (2006) torna-se determinante quando o foco é potenciar ganhos em saúde de forma a reduzir a morbilidade e mortalidade associada a eventos que podem ser parcialmente prevenidos como é o caso das doenças cardiovasculares.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2021), as doenças do aparelho circulatório, registaram 7 151 óbitos por doença isquémica do coração, representando 6,4% da mortalidade total em 2019, e uma redução de 1,2% em relação ao ano anterior. As mortes por enfarte agudo miocárdio (4 275) representaram 3,8% da mortalidade total e quase 60% das mortes por doenças isquémicas do coração em 2019, apesar da diminuição de 7,5% no número de óbitos comparativamente ao ano anterior.

Ao longo do presente documento o leitor irá contactar, numa fase inicial, com a problemática das doenças cardiovasculares, de seguida o percurso metodológico realizado para enquadrar, nos termos da lei portuguesa, os avanços no ensino de suporte básico de vida com desfibrilhador automático externo a pessoas não médicas/ leigas (termo adotado no presente relatório). Após a

análise documental é apresentado em forma de imagem o número de empresas sedeadas por distrito e que realizam formações remuneradas ou gratuitas sobre esta temática.

No seguimento das sessões de formação segue-se outro capítulo referente ao Projeto Capacitar Para Salvar, no qual é realizada uma breve contextualização sendo a exposição dos resultados obtidos ao longo dos anos bem como a devida análise e a comparação com a realidade portuguesa remetida para apêndice.

Por último, o leitor irá encontrar o capítulo intitulado de – Desenvolvimento de Competências – no qual procurei partilhar alguns dos momentos vivenciados e as competências desenvolvidas ao longo das 540 horas de contacto direto em contexto de estágio realizado em três instituições privadas da área metropolitana de Lisboa.

O documento contempla ainda referências bibliográficas e webgráfica elaboradas de acordo com as normas de referência bibliográfica da American Psychological Association Seventh Edition (American Psychological Association, 2022).

A redação do presente relatório foi realizada de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, sendo que poderá estar presente o antigo Acordo Ortográfico apenas em citações diretas.

1. Reanimação cardiopulmonar: a realidade portuguesa

A paragem cardiorespiratória é um acontecimento súbito que resulta na falência das funções cardíaca e respiratória com necessidade de uma rápida atuação, uma vez que a intervenção de qualidade e o tempo são duas variáveis que estão diretamente relacionadas com a taxa de morbilidade e mortalidade da vítima.

A doença cardiovascular continua a ser mundialmente uma das principais causas de morte. Estima-se que anualmente, só na Europa, ocorram cerca de 350 000 a 700 000 paragens cardiorrespiratórias. *“A análise efetuada aos equipamentos de desfibrilhação automática externa utilizados logo após uma paragem cardíaca indica uma elevada percentagem (76%) de vítimas com um incidente arritmico particular: fibrilhação ventricular. Está demonstrado que a desfibrilhação precoce, realizada entre 3 a 5 minutos após o colapso da vítima, resulta em taxas de sobrevivência de 50 a 70%; a sua eficácia reduz drasticamente a cada minuto que passa em cerca de 10 a 12%”* (Instituto Nacional de Emergência Médica; Departamento de Formação em Emergência Médica, 2022, p. 5). Relativamente à análise do ritmo inicial, *“cerca de 25 a 50% das vítimas de PCR pré-hospitalar têm fibrilhação ventricular”*. Na realidade europeia apenas 9% das vítimas de paragem cardiorespiratória por fibrilhação ventricular transportadas para o hospital têm alta (Madeira, et al., 2020, p. 8).

A taxa de paragem cardiorrespiratória presenciada por pessoas leigas varia entre países e nos próprios países com uma média de 58%, embora em 75% das situações haja registo de utilização de desfibrilhadores automáticos externos, a utilização deste equipamento permanece baixa (média 28%) (Grasner, et al., European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe, 2021).

Em Portugal, estima-se que existam *“cerca de 10 000 episódios de paragem cardiorrespiratória por ano. Apenas 3% das vítimas sobrevive e esta reduzida taxa de sobrevivência ganha ainda maior relevância quando comparada com a taxa de sucesso de outros países europeus (...) Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica I. P. (INEM), em 57% das paragens cardiorrespiratórias presenciadas não é realizada qualquer manobra de socorro até à chegada do 112”* (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2016, p. 1º parágrafo).

De acordo com o relatório do Instituto Nacional de Estatística (2021) *“os acidentes vasculares cerebrais continuaram a estar na origem do maior número de óbitos em 2019 (10 975),*

representando 9,8% da mortalidade e uma taxa de 106,5 mortes de residentes por 100 mil habitantes. Este resultado reflete, todavia, uma ligeira melhoria em relação a 2018.

Ainda no conjunto das doenças do aparelho circulatório, registaram-se 7 151 óbitos por doença isquémica do coração, representando 6,4% da mortalidade total em 2019, e uma redução de 1,2% em relação ao ano anterior. As mortes por enfarte agudo miocárdio (4 275) representaram 3,8% da mortalidade total e quase 60% das mortes por doenças isquémicas do coração em 2019, apesar da diminuição de 7,5% no número de óbitos em relação ao ano anterior.” (Instituto Nacional de Estatística, 2021, p. 2).

A maioria das ocorrências de paragem cardiorespiratória ocorrem em ambiente extra-hospitalar e a utilização de desfibriladores automáticos externos por leigos aumenta significativamente a probabilidade de sobrevivência das vítimas. No entanto, sendo a população leiga a primeira a intervir, só a existência de uma Cadeia de Sobrevivência eficiente e eficaz permite tornar a desfibrilhação automática externa uma via que promova a melhoria da sobrevivência da vítima após o evento de paragem cardiorrespiratória de origem cardíaca (Instituto de Emergência Médica, 2017).

A intervenção do cidadão torna-se crucial através da realização sequencial dos elos da cadeia de sobrevivência, cada minuto sem chamar ajuda diferenciada reduz as probabilidades de sobrevivência da vítima. A cadeia de sobrevivência em contexto extra-hospitalar, segundo a atualização da American Heart Association (2020), é constituída por 6 elos sendo os 3 primeiros realizados pelo cidadão e os restantes 3 pelas equipas médicas. O significado atribuído aos elos são: contactar o número de emergência médica; iniciar precocemente manobras de reanimação cardiopulmonar de alta qualidade; desfibrilhação automática externa (sempre que indicado); ressuscitação avançada; cuidados pós paragem cardiorrespiratória; recuperação.

Numa fase inicial perante uma vítima, a pessoa leiga deve ter a capacidade de avaliar a situação de forma a compreender que se trata de uma situação de emergência médica e rapidamente contactar o número de emergência médica (112, na Europa) que pode ser contactado mesmo sem saldo e sem rede. Quando contactado o 112, em Portugal, quem atende a chamada são agentes da polícia de segurança pública, que triam a situação e encaminham a chamada para o órgão mais apropriado. Em casos de emergência médica a chamada é transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes onde trabalham profissionais de saúde cujo objetivo é *“atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso (...) os meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros) são selecionados de forma criteriosa de acordo com: a situação clínica das vítimas; a proximidade do local da ocorrência e a acessibilidade*

ao local da ocorrência” (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017). Quando se contacta o 112 é necessário transmitir informações como: o nome de quem liga; o contacto telefónico do qual está a ligar; o tipo de situação; a gravidade aparente; o número de vítimas, sexo e idade aparente das mesmas; as principais queixas e alterações observadas. A chamada só deve ser desligada após indicação expressa para o fazer.

Se o socorrista estiver perante um adulto em paragem cardiorrespiratória deve precocemente iniciar manobras de reanimação cardiopulmonar a um ritmo de 100 a 120 compressões por minuto, com profundidade de 5 a 6 cm permitindo sempre o retorno do tórax à posição fisiológica. Deve ainda realizar 2 insuflações (se garantidas as condições de segurança) após a realização de 30 compressões. Motivado pela pandemia por SARS-CoV-2 é indicada a colocação de uma máscara na face da vítima e do socorrista ou até mesmo “colocar um pano/ toalha sobre a boca e nariz da vítima antes de realizar compressões torácicas” (Conselho Europeu de Ressuscitação Covid-19 Guidelines, 2020, p. 10) realizando desta forma compressões continuas até recuperação da vítima; chegada de ajuda diferenciada ou exaustão do socorrista.

A utilização do desfibrilhador automático externo está sempre indicada e “tem o propósito de poder ser utilizado também por não profissionais de saúde, idealmente com formação em Suporte Básico de vida (SBV)” (Serviço Nacional de Saúde, 2021, p. parágrafo 2). Uma vez que o mesmo tem um mecanismo simples e intuitivo, que transmite informações ao utilizador auxiliando na tomada de decisão e só permite a aplicação de “choque” se detetar um ritmo cardíaco na vítima compatível com possibilidade de reverter o quadro (fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso) e ainda assim o aparelho determina o momento no qual a descarga elétrica deve ser aplicada aumentando a segurança na utilização do mesmo.

Os cinco principais fatores para aumentar a sobrevida da pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória são: “o ritmo de compressões, a idade, a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) precoce que engloba 4 aspetos fundamentais no processo - a realização efetiva de RCP; o tempo entre a deteção e o início de RCP; a realização de RCP antes da chegada da equipa de emergência médica e o tempo desde a expedição da equipa até à chegada ao local.” (Al-Dury, et al., 2020, p. 3).

É fundamental que o socorrista leigo saiba reconhecer as vítimas em risco ou efetivamente em paragem cardiorrespiratória para uma resposta atempada e de qualidade e a sua intervenção tem um impacto direto na morbilidade e mortalidade da vítima. Sendo a paragem cardiorrespiratória um evento que ocorre maioritariamente em contexto extra-hospitalar, motivo pelo qual o cidadão é a primeira pessoa a intervir, justifica-se a realização de uma análise ao **histórico documental português acerca do ensino de suporte básico de vida com**

desfibrilhação automática externa a pessoas leigas. De forma a dar resposta a este objetivo procedeu-se a uma revisão centrada em documentos legislativos para a respetiva análise documental.

Importa compreender que a realização de uma investigação implica a elaboração de um projeto que depende de inúmeros fatores: o primeiro e mais importante refere-se à natureza do problema. A elaboração de um projeto concretiza-se mediante a consideração das etapas necessárias ao desenvolvimento da pesquisa: formulação de problema; construção de hipóteses; determinação do plano; operacionalização das variáveis; tratamento dos instrumentos de colheita de dados; pré-teste dos instrumentos; seleção da amostra; colheita de dados; análise e interpretação dos dados e redação do relatório de pesquisa (Gil, 2006). Em função da natureza do problema, dos objetivos e da hipótese assim difere o tipo de investigação mais adequada.

2. Percurso Metodológico

O início do percurso teve como ponto de partida a **pesquisa documental**, podendo ser definida como *“uma espécie de análise de conteúdo que incide sobre documentos relativos a um local ou a uma situação e que corresponde a uma observação de artefactos escritos”* (Lessard-H bert, Goyette e Boutin, 2005, p. 143). A pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser fonte rica e estável de dados: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes; permite uma análise menos demorada e mais eficiente que outros tipos de pesquisa; pesquisa mais disponível uma vez que a maioria dos documentos são de domínio público e os documentos tendem a ser discretos e não reativos, ou seja, *“não são afetados pelo processo de pesquisa pelo que contraria as preocupações relacionadas à flexibilidade (ou falta dela) inerente a outros métodos de pesquisa qualitativa.”* (Bowen, 2009, p. 31).

Este tipo de pesquisa é semelhante à pesquisa bibliográfica que é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos. O que diferencia estes dois métodos de investigação é a natureza das fontes, sendo a pesquisa documental fruto de fontes primárias, de material que ainda não recebeu tratamento analítico ou científico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa. A pesquisa documental tem objetivos específicos e pode ser um complemento à pesquisa bibliográfica (Gil, 2002).

A pesquisa só existe com o apoio de procedimentos metodológicos adequados. O desenho da pesquisa qualitativa deve dar uma visibilidade muito clara do objeto, objetivo e metodologia, de onde partimos e onde queremos chegar revelando o compromisso da qualidade da pesquisa.

Os documentos podem constituir o ponto de partida de uma pesquisa com o objetivo de conhecer determinada realidade. A análise documental é um método adequado para pesquisar a política educacional sobre suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa à população leiga, em Portugal.

A pesquisa documental permite fazer análises qualitativas sobre determinado fenómeno, mas também é possível fazer análise quantitativa através da análise de bancos de dados com informações numéricas, por exemplo. Podemos considerar que este tipo de pesquisa numa *“fase preliminar da constituição de um serviço de documentação, ou de um banco de dados, na medida em que temos como propósito, o armazenamento e a facilitação de acesso, de tal forma que consigamos obter o máximo de informação (aspeto quantitativo) com o máximo de pertinência (aspeto qualitativo). Permite passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro).”* (Rabiais, 2016, p. 130).

A realização de uma pesquisa documental contempla três fases: **pré-análise, organização do material e tratamento de dados**. A pré-análise corresponde à fase de elaboração dos objetivos pretendidos com a realização da pesquisa documental, as perguntas às quais se procura ter resposta a partir da análise de dados. Nesta fase também é importante identificar as fontes de dados e formular as hipóteses que no final da pesquisa poderão ser confirmadas ou rejeitadas.

Na segunda fase, na qual é pretendida a realização da organização do material de forma a facilitar a análise e interpretação dos dados, é necessário categorizar o material obtido para registar a interpretação sobre cada documento analisado.

Por último, na fase de tratamento dos dados, é realizada a análise das informações obtidas. *“Neste sentido, as interpretações dos dados irão confirmar ou rejeitar as hipóteses definidas e contribuir para a resposta do problema de pesquisa. Assim, deve-se analisar cada um dos materiais, fazer inferências comparando com informações comprovadamente verdadeiras para realizar a interpretação das análises e extrair conclusões de forma lógica.”* (Biblioteca Prof. Lydio Bandeira de Mello, 2021, p. 27º parágrafo).

Como fonte de dados necessários para a pesquisa, a partir de documentos eletrónicos, recorri a plataformas abrangentes com estabilidade e fiabilidade de dados: Diário da República Eletrónico, Direção-Geral da Educação, Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Emergência Médica. Realizei ainda pesquisa cinzenta em notícias nacionais sobre a temática na forma de texto ou vídeo. A pesquisa permitiu-me construir um mapeamento

histórico e contextualizar as políticas de saúde em educação para a saúde, especificamente sobre suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa.

2.1. Pré-análise

- **Critérios de inclusão de documentos**

Para a realização da análise documental importa delinear critérios de inclusão de forma a manter o foco de pesquisa, uma vez que o conteúdo dos documentos deve também ser considerado de forma a compreender o fenómeno.

Foram incluídos para análise todos os documentos de fontes primárias que abordem o ensino de suporte básico de vida com desfibrilhação automática, especificamente à população leiga em Portugal.

- **Procura e seleção de documentos**

A pesquisa de documentos primários foi realizada em: Diário da República Eletrónico, Direção-Geral da Educação, Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde e Instituto Nacional de Emergência Médica.

2.2. Organização do material

Para a realização de uma adequada extração de dados os documentos pesquisados foram mobilizados para a plataforma Mendley® e colocados em pastas dependendo da origem e consequentemente em função do enquadramento legal.

Por exemplo:

- ⇒ Despacho Normativo n.º 11/2002 - Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06, foi colocado dentro da pasta <Diário da República>, na subcategoria de <Despacho Normativo>.
- ⇒ Decreto-Lei n.º 184/2012 - Diário da República n.º 153/2012, Série I de 2012-08-08, foi colocado na mesma pasta intitulada de <Diário da República>, mas na subcategoria <Decreto-Lei>.

2.3. Tratamento de dados

Para a realização da análise dos documentos obtidos providenciei uma leitura integral dos mesmos de forma a integrar a contextualização e elaborei numa folha de Excel® o registo detalhado do documento (fonte; categoria legislativa; data de publicação; título e resumo da análise), consultar apêndice I.

Questão de investigação: Qual é o histórico documental sobre o ensino de suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa na população leiga em Portugal?

Objetivo: Analisar o histórico documental sobre o ensino de suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa na população leiga em Portugal.

Palavras-chave: Reanimação Cardiopulmonar; Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa; Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa.

2.4. Resultados

“Em Portugal, a taxa de sobrevivência da morte súbita cardíaca é muito baixa (menos de 3%), sobretudo em comparação com outros países europeus, onde a média de sobrevivência alcança os 20% ou 30%. Tal disparidade pode ser justificada pela ausência de investimento nesta área, porque vários são os países do mundo em que o SBV é lecionado nas escolas, há vários anos, nomeadamente nos Estados Unidos da América (desde 1963), no Canadá (desde 1965), na Irlanda (desde 1971), na Bélgica (desde 1971), no Reino Unido (desde 1973), no Luxemburgo (desde 1977) e na Itália (desde a década de 1990)” (Lopes, 2019, p. 4º e 5º parágrafo).

Em Portugal, atualmente já está integrado nos currícula do 9º ano, na disciplina de ciências da natureza, o ensino de SBV por parte de professores que presumivelmente tiveram formação na área por empresas acreditadas para o efeito, no entanto é necessário formar desde o ensino básico e permitir a reciclagem do conhecimento ao longo da formação escolar. *“A aposta no empowerment e literacia em saúde dos cidadãos, em particular, desde a idade jovem, com SBV, tem um impacto real no número de vidas salvas, em particular por desenvolver a capacidade de perceção e de intervenção numa situação de emergência.”* (Lopes, 2019, p. 6º parágrafo).

O excerto anterior, retirado de uma notícia do Diário de Notícias dá o mote para o que de seguida o leitor vai encontrar. Através da análise documental apresento de forma cronológica a evolução da formação em suporte básico de vida a “não médicos” em Portugal desde a criação do

protocolo entre os Ministérios da Saúde e da Educação em 2006, às normas da Direção-Geral da Saúde e atualizações do Plano Nacional de Saúde Escolar, bem como as recomendações da Assembleia da República Portuguesa ao Governo para instituir o ensino de suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa, em contexto escolar, numa faixa etária mais abrangente.

A **7 de Fevereiro de 2006** foi assinado um protocolo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para promover a saúde em meio escolar. O objetivo do visa “*o desenvolvimento de atividades de promoção da educação para a saúde em meio escolar, tendo como base as opções tomadas pelo Ministério da Educação no sentido da clarificação das políticas educativas de educação sexual e as opções tomadas pelo Ministério da Saúde no sentido da dinamização da promoção da saúde na escola.*” (Ministério da Educação; Ministério da Saúde, 2006, p. 1).

A **12 de Agosto de 2009**, é publicado o Decreto-Lei n.º 188/2009 que regulou pela primeira vez na ordem jurídica portuguesa, “*a utilização de desfibriladores automáticos externos por não médicos em ambiente extra-hospitalar, no âmbito, quer do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), quer de programas de acesso público à desfibrilhação*”. Esta tomada de decisão “*potenciou o acesso generalizado a meios de socorro adequados às necessidades de um significativo número de vítimas, visando assim uma diminuição das mortes evitáveis por eventos cardiovasculares.*” (Ministério da Saúde, 2009, p. 5247).

A decisão foi tomada com base no pressuposto de que apesar de se tratar de um aparelho automático e de fácil utilização em Portugal a literacia em saúde pela população (de forma generalizada) é incipiente, pelo que não se encontra apta na realização das técnicas de suporte básico de vida. Nesse sentido, “*ao contrário do que ocorre noutros países, nos quais existe uma verdadeira cultura de emergência médica enraizada na sociedade*”, na realidade Portuguesa, a utilização livre e correta de desfibriladores automáticos externos não seria assegurada pelo que a tomada de decisão do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Emergência Médica I. P. passou por permitir efetivamente a utilização de desfibriladores automáticos externos pela população leiga, mas apenas após a “*delegação de um médico e sob a sua supervisão*”. O sistema criado integra a utilização de desfibriladores automáticos externos em contexto extra-hospitalar “*num contexto organizativo estruturado e com rigoroso controlo médico, com o objetivo de minimizar, tanto quanto possível, os riscos de utilização indesejável dos equipamentos*” (idem. Ministério da Saúde, 2009, p. 5247).

A regulação da atividade de desfibrilhação automática externa em contexto extra-hospitalar é responsabilidade do INEM “*na qualidade de entidade responsável pela definição, organização, coordenação e avaliação das atividades de emergência médica, nomeadamente no que diz respeito ao sistema de socorro pré-hospitalar, que lhe é atribuída pelo Decreto-Lei n.º 220/2007, de 29 de Maio, que aprova a respetiva orgânica.*” (idem. Ministério da Saúde, 2009, p. 5247).

Ao INEM compete “*licenciar a utilização de desfibriladores automáticos externos, quer no âmbito do SIEM, quer em locais de acesso público, bem como monitorizar e fiscalizar o exercício da desfibrilhação automática externa, com o objetivo de garantir que, em condições normais, cada ato de desfibrilhação automática externa é realizado por um operador treinado e certificado, atuando por delegação médica, com recurso a equipamento em adequadas condições de funcionamento e corretamente integrado na cadeia de sobrevivência*” (idem. Ministério da Saúde, 2009, p. 5247).

No CAPÍTULO I - Disposições gerais - do artigo 5º do **Decreto-Lei n.º 188/2009** é determinada a criação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE) pelo INEM, I. P. Desta forma, o INEM desenvolveu o PNDAE “*previsto na legislação e, paralelamente, definiu os requisitos necessários quer para o licenciamento de programas de DAE quer para a acreditação de entidades ou escolas de formação em Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa.*” (Instituto Nacional de Emergência Médica I. P., 2009, p. 3º parágrafo).

Em Dezembro de 2009, a **Região autónoma da Madeira** adapta o Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto, através do qual estabelece “*as regras a que se encontra sujeita a prática de actos de desfibrilhação automática externa por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos*” (Ministério da Saúde, 2009, p. 5247).

Em **2010**, a Direção-Geral da Saúde reforça que “*Saúde Escolar é um Programa de indiscutível importância, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, não só pelo seu papel na promoção da saúde, na prevenção, resolução ou encaminhamento de problemas de saúde detetados, mas também pelo seu contributo para a criação de condições ambientais e de relação na escola, favorecedoras da saúde e bem-estar da população escolarizada e consequentemente do seu sucesso educativo e pessoal (...) a escola tem um lugar de destaque na promoção da saúde e na prevenção da doença das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa*” (Direção-Geral da Saúde, 2010, p. 1).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Educação emitiu um Manual de Primeiros Socorros uma vez que o *“Primeiro Socorro é o tratamento inicial e temporário dado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, com o objetivo de prevenir, alertar ou socorrer, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento (...) em situações de emergência, das mais comuns às mais complexas que podem ocorrer no dia-a-dia, para que professores, pais e alunos estejam preparados até à chegada do auxílio médico.”* (Direção-Geral da Educação, 2010, p. 1º e 3º parágrafo).

Em janeiro de 2011, nos Açores é publicado o **Decreto Legislativo Regional n.º 1/2011/A** no qual se pode ler, que na região, se *“prossegue com a implementação de programas de qualidade, certificação e acreditação dos serviços de saúde com vista a introduzir melhorias de qualidade na prestação de cuidados de saúde, assim como proporcionar o aumento da qualificação dos profissionais que desempenham funções na área”* (Região Autónoma dos Açores - Assembleia Legislativa, 2011, p. 27).

Ainda em 2011, a Região Autónoma dos Açores pretende ainda *“prosseguir e aprofundar o desenvolvimento da política de formação, privilegiando o envolvimento de toda a população, através do incremento das acção de formação e sensibilização à população, dos cursos básicos de proteção civil e de suporte básico de vida, dos projectos “O Idoso em Segurança” e “Aprender a Socorrer” bem como dos “Clubes de Protecção Civil” nas escolas.”* (Região Autónoma dos Açores - Assembleia Legislativa, 2011, p. 31).

A **8 de Agosto de 2012**, é procedida à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de agosto, *“que estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de atos de desfibrilhação automática externa por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos, em ambiente extra-hospitalar, tornando obrigatória a instalação de equipamentos de desfibrilhação automática externa em locais de acesso público.”* (Ministério da Saúde, 2012, p. 4182).

A principal atualização passa pela especificação da necessidade de desfibriladores automáticos externos em: *“Estabelecimentos de comércio e conjuntos estabelecimentos de comércio a retalho, isoladamente considerados ou inseridos em conjuntos comerciais, que tenham uma área de venda igual ou superior a 2000 m² e conjuntos comerciais que tenham uma área bruta locável igual ou superior a 8000 m²; Aeroportos e portos comerciais; Estações ferroviárias, de metro e de camionagem com fluxo médio diário superior a 10 000 passageiros; Recintos*

desportivos, de lazer e de recreio com lotação superior a 5000 pessoas” (idem. Ministério da Saúde, 2012, p. 4182).

A **23 de janeiro de 2012** é publicado o Decreto Legislativo Regional n.º 6/2012/A da região autónoma dos Açores. Neste documento podemos analisar que é pretendido ao nível da prevenção de risco e proteção civil *“reforçar a dinâmica do Programa Regional de Desfibrilhação Automática Externa (PR-DAE), através da expansão do programa piloto, em colaboração com o Sistema Regional de Saúde (...) e ainda prosseguir e aprofundar o desenvolvimento da política de formação, privilegiando o envolvimento de toda a população, através do incremento das ações de formação e sensibilização à população, dos cursos básicos de proteção civil e de suporte básico de vida, dos projetos «O Idoso em Segurança» e «Aprender a Socorrer» bem como dos «Clubes de Proteção Civil» nas escolas.”* (Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, 2012, p. 380)

Em 2013, a Direção-Geral da Saúde emana a norma 014/2013, intitulada **Programa Nacional de Saúde Escolar – Ano Letivo 2013/2014**, na qual é referida a importância de existirem conhecimentos em saúde para serem prestados cuidados de primeiros socorros à vítima e se adequado realizar manobras de suporte básico de vida de forma a reduzir a morbilidade e mortalidade das vítimas (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Posteriormente, em **2015** a Direção-Geral da Saúde reconhece que maioria dos profissionais de educação devem ter formação em SBV. Como pode ser consultado na norma 015/2015, *“a formação a alunos/as entre os 10 e 13 anos, durante quatro anos, a quem foi feita reciclagem anual, demonstrou que a partir dos 10 anos são capazes de aprender e de aplicar técnicas de SBV. Esta formação precoce reduz a ansiedade sobre os possíveis erros e aumenta a disponibilidade para ajudar”* (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 39). A Saúde Escolar, pode e deve capacitar alunos/as e profissionais de educação para intervirem em situações de emergência através da prestação de primeiros socorros e realização das técnicas de SBV.

De acordo com o **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**, houve um aumento no *“investimento em meios de suporte básico e avançado de vida, cujo rácio por 100 000 habitantes mais do que duplicou nos últimos anos. Durante o ano de 2011, 56% das ocorrências (a nível nacional) foram triadas pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) com envio de meios de emergência para o local da ocorrência, tendo-se verificado um aumento de 3% em relação ao ano 2010 (...) as doenças circulatórias representam 32%”* das causas de morte em

ambos os sexos (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 31). No **Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020** é definida como meta de saúde a “*redução em 25% da mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuíveis às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas)*.” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 10).

A **9 de Setembro de 2019**, a Assembleia da República, resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo o ensino de Suporte Básico de Vida nas escolas, mais concretamente pode-se ler:

“1 - Introduza o ensino de suporte básico de vida e de desfibrilhação externa (SBV-DAE) no currículo escolar dos alunos do 2.º e 3.º ciclo do ensino básico e do secundário.

2 - Garanta a formação dos professores e auxiliares de educação em suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa.

3 - Providencie medidas e condições no sentido de que a formação prevista nos números anteriores seja ministrada por profissionais com certificação credenciada em SBV e DAE.

4 - Promova e implemente campanhas de sensibilização, informação e divulgação em locais públicos de prevenção e combate à morte súbita cardíaca.” (Assembleia da República Portuguesa, 2019, p. 104).

Ainda em **Setembro de 2019**, a Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

“1 - Promova campanhas de sensibilização e informação, dirigidas à população, aumentando a literacia e incentivando a participação em cursos de suporte básico de vida.

2 - Promova o ensino de suporte básico de vida e de desfibrilhação automática externa (SBV-DAE) nas escolas, junto dos alunos, em particular do 3.º ciclo do ensino básico e do secundário, através dos Ministérios da Saúde e da Educação.

3 - Envolve o Instituto Nacional de Emergência Médica na definição do modelo e da estrutura do plano a desenvolver, com respeito pelo currículo oficial em vigor para o treino de Suporte Básico de Vida.

4 - O modelo de formação em SBV-DAE descrito no número anterior deve:

a) Compreender 50% do tempo de prática, com um manequim e simulador de DAE;

b) Ser ministrada por professores com formação certificada em SBV-DAE.

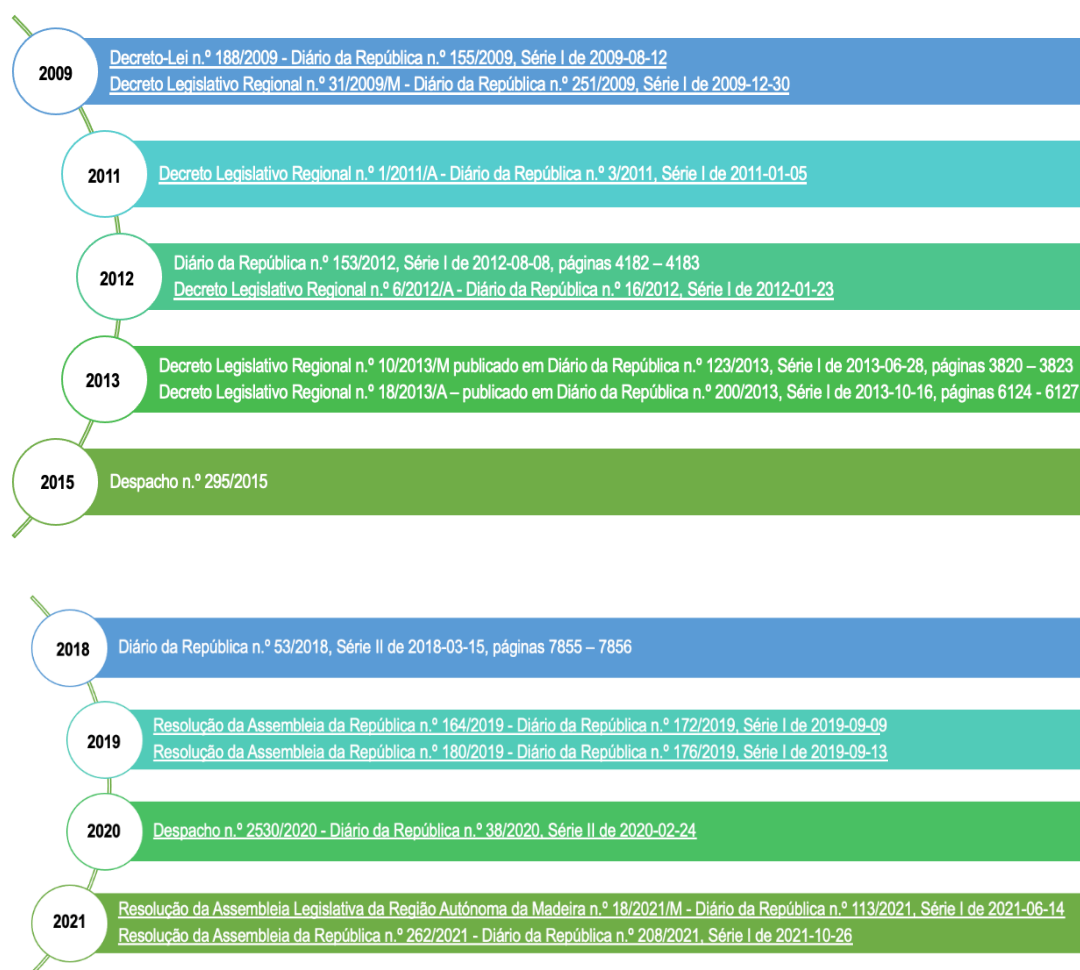
5 - Realize o levantamento das necessidades e do modo de articulação de meios humanos e de meios materiais, nomeadamente manequins, assegurando a sua existência atempada e adequada nos estabelecimentos de ensino.

6 - *Fomente a formação específica obrigatória em SBV-DAE para profissionais de saúde, bombeiros, treinadores, personal trainers e pessoal que trabalhe em ginásios, vigilantes e polícias, entre outros profissionais que se considere relevante.*” (Assembleia da República Portuguesa, 2019, p. 66).

Em **Fevereiro de 2020** foi criado um Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento do Plano Nacional de Desfibrilhação Automática Externa de forma a dar continuidade ao Grupo de Trabalho para Requalificação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa criado em 2018, pelo Despacho n.º 2715/2018, de 15 de março, cujo objetivo é a promoção, disseminação e utilização do DAE em Portugal e melhorar o acesso das vítimas em PCR a esta medida *life saving*. A missão deste grupo de trabalho passa pela *“análise das recomendações contidas no Relatório Final do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 2715/2018, de 15 de março, e a elaboração de um Plano de Ação para implementação dessas recomendações e de outras medidas que sejam relevantes para o atingimento do objetivo proposto.”* (Gabinetes das Secretárias de Estado do Turismo e da Administração Interna e dos Secretários de Estado Adjunto e da Educação e da Saúde, 2020, pp. 19-20).

É reconhecido o trabalho desenvolvido pelo INEM nesta matéria, no entanto existiu *“necessidade de envolver, entre outras entidades, as áreas governativas da Administração Interna, Educação e da Economia, neste último caso em razão da intervenção do Turismo de Portugal, I. P., a Região Autónoma dos Açores, através do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores, a Região Autónoma da Madeira, através do Serviço Regional de Proteção Civil, e as autarquias locais, para a definição de medidas concretas e efetivas que possam ajudar a concretizar esse desiderato”.* (idem Gabinetes das Secretárias de Estado do Turismo e da Administração Interna e dos Secretários de Estado Adjunto e da Educação e da Saúde, 2020, pp. 19-20).

Em junho de 2021 a **Região Autónoma da Madeira** *“recomenda ao Governo Regional que implemente um projeto-piloto em suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa «SBV-DAE» no ensino secundário”* (Assembleia Legislativa-Região Autónoma da Madeira, 2021, p. 1º parágrafo).



• Síntese

Ao longo dos anos a incidência de doenças cardiovasculares aumentou na sociedade portuguesa, motivado pelo estilo de vida de cada indivíduo. Através de medidas delineadas nos diferentes Planos Nacionais de Saúde, normas e Leis emanadas tem sido realizado um investimento que visa reduzir a taxa de doenças cardiovasculares e aumentar a capacidade de resposta perante vítimas em paragem cardiorespiratória em contexto extra-hospitalar. Atualmente, confrontamo-nos com um crescente problema mundial que surgiu através das infeções por SARS-CoV-2. De acordo com novos estudos verifica-se um aumento crescente de pessoas que foram infetadas com este vírus e apresentam alterações cardíacas, nomeadamente a miocardite que posteriormente pode evoluir para outro tipo de complicações cardíacas (Williamson, 2020) (Post, 2021); (Basu-Ray, Almaddah, Adeboye, & Soos, 2022).

“A doença aguda do coronavírus 2019 (COVID-19) pode levar a várias complicações cardiovasculares, incluindo arritmia, infarto do miocárdio, trombose venosa profunda e embolia

pulmonar, disfunção sistólica do ventrículo esquerdo e/ou direito, pericardite e acidente vascular cerebral (...) 20%-36% dos pacientes com infecção por COVID-19 são afetados por lesão miocárdica grave com maior prevalência do que aqueles sem lesão cardíaca, proporcional à elevação da troponina cardíaca (cTn). Além disso, 6%-17% dos pacientes experimentam arritmias cardíacas, como arritmias ventriculares malignas (VAs),^{5,6} com maior incidência (~44%) registrada em pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI).” (Niazi, Niazi, Doroodgar, & Safi, 2022).

Importa reforçar a literacia em saúde, a capacidade de transmitir conhecimento sobre suporte básico de vida com desfibrilhador automático externo de forma cada vez mais precoce. *"Crianças com 10 anos podem aprender completamente todo o âmbito das Competências Básicas Em Emergência (CBEE) e muitas destas podem também ser aprendidas por crianças ainda mais novas, daí que a escola seja o local ideal para introduzir a aprendizagem de CBEE."* (Concelho Europeu de Reanimação, 2016).

Verificam-se ao longo dos últimos anos esforços por parte de diferentes órgãos governativos no País com o intuito de aumentar a literacia em saúde, mais especificamente em Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa, no entanto, Portugal continua a contrastar com outros países europeus e, uma vez mais, a pandemia por SARS-CoV-2 veio atrasar o desenvolvimento de projetos e ações de formação.

A 9 de Setembro de 2019, a Assembleia da República propôs ao governo a implementação de formação em “suporte básico de vida com desfibrilhação externa (SBV-DAE) no currículo escolar dos alunos do 2.º e 3.º ciclo do ensino básico e do secundário”, bem como a garantia de “formação dos professores e auxiliares de educação em suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa” (Assembleia da República Portuguesa, 2019, p. 66). De acordo com os dados analisados tal implementação ainda não foi realizada. Torna-se perentório reforçar que a formação em suporte básico de vida deve “compreender 50% do tempo de prática, com um manequim e simulador de DAE” e “Ser ministrada por professores com formação certificada em SBV-DAE.” (Assembleia da República Portuguesa, 2019, p. 66). Nesse sentido, todas as escolas devem ter material didático adequado para o ensino e os docentes deve ter formação específica para se sentirem capacitados para lecionar de forma segura e consciente tanto a componente teórica como a prática.

É necessária uma reforma eficaz para que exista uma implementação em massa a nível nacional e continental. A população tem que estar formada e deve ter reciclagem dessa mesma formação periodicamente.

3. Projetos de Suporte Básico de Vida no País

Sendo a formação em suporte básico de vida com desfibrilhador automático externo tão importante, senti necessidade de identificar as empresas que realizam este tipo de formação para “não médicos” no território nacional e continental. De seguida, na figura 1, apresento o mapa de Portugal com a identificação do número de empresas sediadas em cada distrito que realizam este tipo de formação para leigos. No **apêndice II** o leitor pode encontrar a identificação das empresas e o respetivo link de acesso ao site.



Figura 1. Mapa de Portugal

Fonte: (Côrtes & Corrêa, 2019)

4. Projeto Capacitar Para Salvar

Na Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde, o trabalho na comunidade existe desde 2006, e tem desenvolvido ações de promoção de saúde e prevenção da doença em várias dimensões, visando aumentar os níveis de literacia em saúde.

O Projeto Capacitar para Salvar iniciou-se em 2012 e assume como propósito promover a cidadania numa linha de responsabilidade civil pela pessoa vitimada e pretende treinar a comunidade escolar sobre medidas de Suporte Básico de Vida e divulgar o Curso de Licenciatura em Enfermagem e a Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. O projeto integra-se simultaneamente numa lógica de ensino pela utilização das sessões sobre SBV enquanto atividade de promoção de ensino para a cidadania, de investigação ao permitir caracterizar o público-alvo das sessões SBV, realizar estudos sobre o resultado das avaliações das sessões de SBV e extensão à comunidade pela própria prestação de serviços à comunidade académica. Estas ações têm-se desenvolvido em várias instituições, como agrupamentos de escolas, Escuteiros, Juntas de Freguesia, Lares de idosos, Universidade Sénior, Feiras de Saúde e dentro do próprio *campus*.

A Universidade Católica Portuguesa integrou em 2020 a metodologia educativa de Aprendizagem em Serviço (ApS) à qual o Projeto Capacitar Para Salvar se agregou formalmente nesse mesmo ano uma vez que já promovia nos estudantes uma compreensão mais abrangente e aprofundada dos temas curriculares, a par de um maior sentido de responsabilidade cívica. A experiência desta metodologia une aprendizagens a um serviço na comunidade e estão normalmente inseridas em unidades curriculares. Existem unidades curriculares do Curso de Licenciatura e Mestrado em Enfermagem que permitem aos estudantes mobilizarem conhecimentos e demonstrarem competências para colaborarem sob supervisão neste projeto. No âmbito das atividades de ensino, a equipa é formada pela coordenadora, enfermeiros Alumni, estudantes do curso de licenciatura e mestrado em enfermagem.

No **apêndice III** o leitor pode encontrar a contextualização do projeto Capacitar Para Salvar, a relação com a ApS e ainda a análise aos resultados obtidos ao longo dos últimos 6 anos.

5. Percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto clínico

Ao longo do presente capítulo o leitor irá encontrar uma breve exposição do percurso realizado em três campos de estágio na área metropolitana de Lisboa. O capítulo foi redigido de forma crítica e reflexiva com o objetivo de evidenciar os conhecimentos, o desenvolvimento de competências e experiências vividas ao longo das 540 horas de estágio.

Para cada contexto de estágio elaborei um projeto individual de estágio que me permitiu estruturar o percurso formativo, com a identificação de objetivos gerais e específicos que me propus atingir ao longo do percurso, dando resposta ao proposto no Plano de Estudos do Curso de Mestrado, bem como às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Importa não apenas dar resposta às propostas académicas, mas também às motivações pessoais e profissionais.

O objetivo transversal aos diferentes estágios relaciona-se com o desenvolvimento de competências: científicas, técnicas, éticas e relacionais numa área especializada; a pessoa em situação crítica.

No intuito de responder às motivações pessoais, profissionais e académicas realizei estágio em contexto de Cuidados Intensivos que será abordado no ponto 5.1, em contexto de Urgência que será abordado no ponto 5.2 e ainda em contexto de Cuidados Continuados e Paliativos, abordado no ponto 5.3. sendo a realização de estágios um elemento fundamental na promoção do desenvolvimento e consolidação de saberes.

5.1. ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS E RECOBRO

O presente subcapítulo pretende evidenciar os objetivos delineados para este estágio, bem como a análise crítica e reflexiva do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

O estágio decorreu na Área de Cuidados Intensivos e Recobro entre 19 de abril e 4 de junho de 2021, tendo cumprido a totalidade da carga horária (180hs) prevista para o mesmo.

A escolha do contexto para a realização do presente estágio teve como principal objetivo a satisfação e realização pessoal, académica e profissional no percurso de desenvolvimento de competências. Suportada nesta motivação e no reconhecimento do cuidado aí prestado, solicitei autorização para realizar estágio na Área de Cuidados Intensivos e Recobro, futuramente designado de ACIR, sendo esta uma Unidade da instituição onde, na atualidade exerço funções e na qual presto cuidados no Hospital de Dia Oncológico. A realização do estágio na mesma instituição permite-me conhecer as várias fases do percurso de cuidado à pessoa doente e sua família. Permite-me também potenciar ganhos em saúde, uma vez que tive oportunidade de acompanhar a pessoa doente submetida a cirurgia eletiva ou de urgência que anteriormente possa ter realizado tratamentos ativos de quimioterapia e/ou anticorpos monoclonais ou que poderá num futuro próximo iniciar estes tratamentos no serviço de Hospital de Dia Oncológico, promovendo uma relação terapêutica com diminuição eficaz dos níveis de ansiedade, medo e incerteza face ao desconhecido.

A ACIR acolhe clientes provenientes do bloco operatório, do serviço de internamento ou de outro serviço por via de ativação do número de emergência interno 4444. A unidade é constituída por um total de 8 unidades sendo 2 indicadas para cuidados intensivos e 6 para recobro, 2 salas de indução anestésica partilhadas com o serviço de bloco operatório, 1 sala de preparação e armazenamento de medicação e material, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de reunião para a equipa médica, 1 copa e ainda 2 armazéns.

Como aspetos positivos destaca-se a valorização da privacidade do cliente e sua família, uma vez que as unidades são individualizadas com portas de vidro, o que também permite a diminuição do ruído, promovendo maior conforto para a pessoa doente. A ergonomia da unidade torna-a acolhedora pelas cores escolhidas (azul e laranja), pela vista que proporciona - jardim interno e/ou Rio Tejo – e ainda, pela existência de luz natural com possibilidade de reduzir a intensidade da mesma através de 2 mecanismos independentes de blackout.

As intervenções invasivas, intervenções dolorosas, imobilidade, horário de visitas, afastamento da família/ pessoas significativas, cheiros, alterações luminosas e ruído são fatores externos que causam ansiedade aos clientes (Karaer & Ozsaker, 2021).

O ruído é definido como um som indesejável que provoca efeito negativo nas pessoas. Entre vários danos fisiológicos, o ruído (de dia ou de noite) dificulta a comunicação e pode provocar distúrbios cardiovasculares, redução da saturação arterial de oxigénio, aumento de secreção gástrica, estimulação hipofisária, alteração do sono fisiológico, imunossupressão, aumentando o risco de doenças infecciosas e reduzindo o processo de cicatrização (Christensen, 2007) & (Organização Mundial da Saúde, 2011)), potenciando também um aumento da morbilidade e da mortalidade. O ruído não afeta apenas os clientes, mas também os profissionais de saúde. A exposição a níveis moderados de ruído pode causar: stress psicológico, interferência com atividades, cefaleias, fadiga, irritabilidade, pode ainda prejudicar a função intelectual e o desempenho de tarefas complexas potenciando o risco de erro. A exposição prolongada pode causar um comportamento aditivo ao ruído provocado pela diminuição da acuidade auditiva induzida pelo próprio ruído (Alduais & Salama, 2019).

A ACIR é constituída por uma equipa multidisciplinar com médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e administrativos. Nesta unidade, o método de distribuição de trabalho é ajustado com base na aplicação da escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem - Nursing Activities Score (NAS). A aplicação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos, com o intuito de gerir o cuidado e a segurança do doente, é determinante. A carga de trabalho de enfermagem é definida por Macedo, et al. (2021) como o tempo dedicado pelos enfermeiros, na prestação de cuidados ao cliente, decorrente das suas intervenções autónomas e interdependentes e sofrem a interferência do grau de dependência do doente, da complexidade da doença, das características da instituição, dos processos de trabalho, da planta física e do perfil dos profissionais da equipa.

Existe uma ampla variedade de instrumentos para avaliar a carga de trabalho em Enfermagem, cada um com as suas particularidades, que classificam os doentes segundo as suas necessidades de cuidados, favorecendo o controlo da qualidade e permitindo a comparação com outras unidades de características similares.

Até há poucos anos atrás, os principais instrumentos usados em cuidados intensivos eram o Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS) e o Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (NEMS). Porém, a sua aplicação prática mostrou falhas estruturais na avaliação da

carga de trabalho de Enfermagem, por não incluir as atividades relacionadas com o cuidado indireto ao doente, tais como o suporte organizacional, o apoio familiar e as tarefas administrativas. Neste sentido, com o objetivo de superar as deficiências identificadas e traduzir com maior precisão as atividades e a carga de trabalho dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos foi elaborado um novo instrumento (NAS).

A transição de cuidados é realizada com recurso à metodologia SBAR (Situação, Background/ antecedentes, Avaliação, Recomendações) - uma metodologia que visa a qualidade comunicacional e consequentemente a garantia da qualidade dos cuidados e a segurança do cliente – esta transição ocorre com todos os elementos da equipa de enfermagem que vão iniciar turno presentes. No início de cada turno, o chefe de equipa também partilha o plano cirúrgico do dia e a previsão de gestão de vagas para promover uma melhor organização e dinâmica da unidade, promovendo o espírito de equipa para que os clientes possam receber os melhores cuidados, sendo *“uma das dimensões mais importantes para determinar o resultado esperado de uma intervenção, é a qualidade da comunicação entre os profissionais envolvidos”* (Pereira & Rabiais, 2018). É reconhecido que quando a comunicação não é eficaz, *a segurança do cliente fica comprometida. Cerca de “70% dos eventos adversos que ocorrem são devidos a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados.”* (Direção Geral de Saúde, 2017, p. 5).

A elaboração do projeto de estágio tornou-se uma ferramenta útil ao longo de todo o percurso, pois, a definição dos objetivos, permitiu-me estruturar e orientar o processo de formação. O objetivo geral delineado para este estágio foi **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família, na Área de Cuidados Intensivos e Recobro.**

Além do objetivo geral de estágio foi importante desenvolver objetivos específicos que permitissem **desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos, intermédios e recobro e ainda contribuir para a melhoria da qualidade cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica submetida a tratamento de quimioterapia e/ ou anticorpos monoclonais.**

A realização do estágio neste contexto foi bastante desafiadora uma vez que nunca tinha trabalhado ou estagiado numa unidade de cuidados intensivos e associado ao facto de realizar estágio em contexto académico, tinha também a carga emocional de trabalhar nessa mesma instituição. Embora já tivesse conhecimento das normas institucionais, procurei **integrar-me na**

equipa, nas suas dinâmicas funcionais e organizacionais, assim como tomar conhecimento sobre os procedimentos internos da ACIR, nomeadamente e de atuação em situações críticas. Foi também importante compreender as dinâmicas de coordenação das equipas e prestação de cuidados, nomeadamente no reconhecimento das diversas funções de todos os membros da equipa.

A enfermagem em cuidados intensivos envolve cuidados complexos, diferenciados e com necessidade de maior vigilância. As unidades de cuidados intensivos evoluíram muito desde 1952 (associado ao aparecimento da epidemia de poliomielite em Copenhaga), atualmente as unidades têm equipamentos muito sofisticados que permitem efetuar monitorizações intensivas, observação dos parâmetros vitais fora da unidade (telemetria), valorização da luz natural e ruído, colchões mais adequados, entre outros aspetos bastante relevantes no processo de recuperação do cliente e que influenciam diretamente a família/ pessoa significativa pela ergonomia do espaço (Rua, 2014).

Prestar cuidados especializados à pessoa com falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais exige um grande foco e fluidez de raciocínio crítico. A reflexão com o enfermeiro orientador, a capacidade de adaptação a novas metodologias de trabalho, os desafios e dificuldades encontradas no processo diário de cuidar e a humildade no reconhecimento de aspetos de potencial melhoria permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências, de forma natural.

A realização de reflexões individuais, com o orientador e em equipa permitiram uma maior consciencialização da prática e potenciaram o meu desenvolvimento académico e profissional pela constante atualização de conhecimentos que visam uma prática informada na evidência.

A identificação e antecipação de diagnósticos de enfermagem detetando alterações relevantes para o curso de saúde do cliente, priorizando problemáticas e determinando objetivos, intervenções especializadas e resultados esperados contribuíram para que pudesse aumentar progressivamente a capacidade de decisão autónoma, de forma segura e demonstrar competências específicas no cuidar da pessoa em situação crítica e respetiva família/ pessoa significativa.

Sendo que a pessoa submetida a cirurgia passa por um processo composto por 4 etapas: pré-operatório, intra-operatório, pós-operatório e follow up, cada uma com especificidades particulares, mas interligadas, o que potencia a qualidade e segurança dos cuidados (Rabiais et al., 2021), assumi como um contributo importante para o desenvolvimento destas mesmas

competências estar presente em diferentes cirurgias e poder acompanhar e refletir sobre as diferentes intervenções do enfermeiro circulante, instrumentista e anestesista. Tive oportunidade de assistir a cirurgias eletivas em regime de ambulatório e cirurgias programadas em regime de internamento. Não tive oportunidade de assistir a nenhuma cirurgia de urgência.

No início de um turno verifiquei que estava internado na unidade, um cliente com adenocarcinoma do pâncreas a quem tinha realizado, em contexto de Hospital de Dia Oncológico, múltiplos tratamentos neoadjuvantes de quimioterapia. Quando tive oportunidade, fui visitá-lo, com o intuito de promover apoio emocional e reforçar a relação terapêutica já existente. Enquanto comunicava com o cliente apercebo-me que o mesmo não sabia que o propósito cirúrgico tinha sido adiado. “Enfermeira Patrícia não tenho metástases nenhuma, estou com muitas dores, mas ao menos já me tiraram o problema, desta já me livre!”. Quando escutei as palavras do doente senti um “murro no estômago” por ter percebido que o mesmo não tinha sido informado sobre a sua situação clínica. Quando me solicitou esclarecimentos sobre uma dúvida que tinha, expliquei que não tinha consultado o processo por completo por não lhe estar a prestar cuidados diretamente, mas que iria solicitar que as suas questões fossem esclarecidas junto da enfermeira e do médico responsáveis pelos cuidados diretos. Quis antes de mais, **assegurar que o cliente compreendesse a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão.**

A conspiração do silêncio pode partir da equipa de saúde, do doente ou da família, mas em todos os casos está associada a problemas emocionais e comunicativos. Os profissionais de saúde corroboram na conspiração do silêncio numa tentativa de evitar problemas futuros, por medo de não saberem como gerir as emoções do cliente e pelo medo de contribuir para a desesperança (Serrano-Gemes, Gil, Coelho, & Serrano-del-Rosal, 2021). A conspiração do silêncio é complexa e claramente colidia com os direitos daquela pessoa. Nesse sentido, conversei com a enfermeira responsável pelos cuidados ao cliente para que fosse delineada uma estratégia, de forma a pôr termo aquela conspiração do silêncio. A equipa cirúrgica foi contactada e uma vez que se encontrava fora do local de trabalho e que só regressaria no dia seguinte foi articulado com a esposa, a equipa residente e a própria enfermeira responsável pelos cuidados a transmissão da notícia real sobre o decurso da cirurgia ao cliente. Apesar da carga emocional, assumo que consegui gerir o trabalho em equipa, **fomentando a partilha e reflexão sobre o processo de cuidados e eventual instituição de medidas corretivas.**

Na transmissão de más notícias é importante perceber que as mesmas podem e devem ser transmitidas de forma faseada, pois o cliente integra uma dimensão bio-psico-socio-cultural e

também espiritual; a conspiração do silêncio adia o inadiável e colide com os direitos, a liberdade e o princípio da autonomia da pessoa doente. Entende-se por espiritualidade “*a dimensão de vida que faz de cada pessoa um ser único e singular. É uma dimensão universal uma vez que se encontra presente na vida de todos e que invoca sentimentos como o amor, a fé, a esperança e a confiança*” (Martins, et al., 2015, p. 90).

Esta transmissão foi realizada com base no protocolo SPIKES (*Setting; Perception; Inviatation or information; Knowlege; Empathy and Summarize or strategize*) de forma a apresentar a informação à pessoa alvo de cuidados de forma clara e organizada o que permite refletir que cada pessoa é única e que a informação não pode ser transmitida sem existir uma correta adequação à situação e à(s) pessoa(s) em causa. Uma vez que o cliente não estava sobre os meus cuidados diretos, colaborei com a Enfermeira na 1º etapa - *Setting* - ao fazer o planeamento da entrevista e um *rolleplay*, e na 2ª etapa – *Perception* - uma vez que outrora tive oportunidade de lhe prestar variadas vezes cuidados e em algumas ocasiões também na presença da esposa (principal cuidadora e com quem o cliente tem uma forte ligação emocional).

Posteriormente à transmissão da Enfermeira voltei a reunir com o cliente para demonstrar a minha disponibilidade, para o escutar e esclarecer dúvidas.

Outra situação que experienciei e que me foi muito significativa, relaciona-se com um cliente que foi submetido a pancreatectomia distal com esplenectomia. O dia em que tive o primeiro contacto com o mesmo foi muito importante por ter sido a primeira vez que prestei cuidados a uma pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e sob suporte de sedo-analgesia. Durante os cuidados procurei ir comunicando com o cliente, embora sem qualquer feedback, como seria expectável. Nessa tarde quando a esposa o visitou pela primeira vez procurei saber como se sentia, o que esperava encontrar, o que esperava ver. Escutei-a, esclareci as suas dúvidas e procurei que construíssemos juntas uma imagem mental do que iria encontrar de forma a tentar minimizar o impacto sentido pela hospitalização em contexto de unidade de cuidados intensivos.

Garantindo as condições de segurança, prevenção e controlo da infeção hospitalar, acompanhei-a no acolhimento à unidade. Inicialmente apresentou labilidade emocional, permiti que tivesse o seu espaço reforçando inteira disponibilidade para conversarmos. Coloquei uma cadeira junto da cama para que, se quisesse, ali se pudesse sentar. Reforcei que podia tocar e que poderia falar com o cliente embora não fosse obter qualquer resposta evidente, dada a terapêutica que se encontrava em perfusão. Enquanto conversava com o marido foi possível verificar uma ligeira subida da frequência cardíaca. Senti-me satisfeita pela interação com a

senhora, e considero ter demonstrado **conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”**.

Nos dias seguintes tive oportunidade de continuar a cuidar deste doente, antecipando possíveis complicações cirúrgicas uma vez que o cliente tinha sido novamente submetido a cirurgia, por deiscência da ferida cirúrgica.

Por reunir critérios clínicos foi realizado o desmame da sedo-analgesia, tendo demonstrado conhecimentos e habilidades na gestão de situações específicas neste âmbito, de forma a promover posteriormente o suporte ventilatório de volume controlado para volume espontâneo. Numa fase inicial o cliente encontrava-se mais agitado e a tentar remover o tubo endotraqueal, mas através de comunicação assertiva, toque terapêutico e ajuste medicamentoso, ficou progressivamente mais tranquilo e a cumprir ordens tendo efetivamente colaborado. Para este processo contribuiu mais uma vez o investimento que fiz em termos de **conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”**.

A teoria da incerteza na doença desenvolvida por Merle Mishel em 1988, é definida pela incapacidade de inferir significado ao evento. Essa incapacidade surge, fruto de estruturas cognitivas, através das quais ocorre uma interpretação subjetiva da incerteza do processo de doença associada ao pensamento estrutural, organizativo e previsível dos acontecimentos. Quando a teoria foi conceptualizada em 1990, os conceitos de auto-organização, pensamento probabilístico e formação de uma nova perspetiva de vida foram adicionados, e a avaliação da incerteza e o enfrentamento da incerteza foram eliminados (Mishel, 2020).

A ansiedade sentida pelo cliente surgia pela incerteza do que estava a viver e do que estava a experienciar. Acordar numa unidade de cuidados intensivos em que o ambiente e as pessoas não são familiares, com um tubo endotraqueal que é desconfortável e que altera a respiração espontânea habitual potencia uma enorme sensação de stress e incerteza (Zhang, Chen, Ni, Zhang, & Fan, 2017). Este é apenas um exemplo entre outros de intervenções potenciadoras de stress que ocorrem neste tipo de unidade. A consciencialização de tal permite antecipar intervenções promotoras de segurança para com o cliente, a antecipação pode ser através da comunicação.

O modelo de relação pessoa-a-pessoa desenvolvido por Travelbee preza a tríade enfermeiro-doente-família através da comunicação, da escuta e do cuidado uma vez que requer abertura às experiências e liberdade para usar o histórico pessoal e experiencial para apreciar e entender as experiências dos outros (Travelbee, 1966). A dor e o sofrimento não são considerados apenas experiências físicas, mas também experiências espirituais e emocionais. Para existir um

relacionamento pessoa-pessoa são necessárias 4 fases: o encontro original, as identidades emergentes, a empatia e a simpatia (Pinho, 2020).

O cliente, múltiplas vezes, tocava à campainha para beber água quando tinha a garrafa, com a palhinha colocada mesmo à sua frente e de fácil acesso. Procurei dar-lhe o máximo de autonomia e acima de tudo, que voltasse a encontrar um sentido para a vida, pois **identifiquei evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar**. A partir desse dia o cliente respondia a questões simples, mas após muito estímulo. Recusou receber a visita da esposa e nem falar com a própria aceitava. Por estar a cuidar apenas deste cliente durante vários dias, tive oportunidade de explorar as suas fragilidades, as suas motivações de forma gradual e não invasiva da sua privacidade. Ao fim de 2 dias aceitou ouvir a esposa via telefónica, mas de forma muito perentória disse-me que só responderia “Okey”. Quando explorei o que significava para ele o “Okey” respondeu-me que “Okey” é estou bem e quando lhe perguntei se para a esposa o “Okey” teria o mesmo significado ficou pensativo (**inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação**).

A sua barreira comunicacional surgia, segundo o próprio, pelo medo de chorar enquanto falasse com a esposa porque a deixaria preocupada e triste. Quando lhe perguntei o porquê de não querer visitas respondeu que seria muito “pesado” para a esposa vê-lo naquela situação, numa cama, com muitas máquinas e fios em volta. Ficou surpreendido quando o recordei que a esposa já o tinha visitado enquanto se encontrava sedado e numa situação de maior fragilidade e impacto para a esposa e que a partir do momento em que verbalizou não receber visitas a sua decisão prevaleceu, que teria sido mais impactante esse momento sem estímulos do que agora que estava reativo e que ambos poderiam tirar ainda mais proveito da força um do outro para lidar com a situação.

Considero, com esta interação ter sido capaz de **demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, em situação crítica**.

Foi necessário abordar e explorar o tema morte, a sua perspetiva, os seus medos, as suas preocupações, os seus desejos e projetos. No dia seguinte, por um decréscimo repentino da hemoglobina houve necessidade de ser transportado até ao serviço de imagiologia para realizar uma tomografia axial computadorizada (TAC) e todo esse processo aumentou os níveis de ansiedade e medo. A partir desse dia decidiu receber a visita da esposa. Diariamente conversei com os dois sobre a evolução, as principais preocupações, perdas e ganhos de uma forma realista para ajustar corretamente as expectativas, tendo tido a capacidade de **demonstrar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica**.

Durante todo o processo de internamento houve momentos de instabilidade hemodinâmica, necessidade de ir novamente ao bloco operatório para resolução de complicações cirúrgicas desde discência da ferida, infeção do local cirúrgico, deiscência das anastomoses. Houve necessidade de antecipar, diagnosticar, intervir atempadamente sempre que possível e avaliar as intervenções, tendo **executado cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica.**

A realização de tratamentos de quimioterapia e/ou anticorpos monoclonais não constitui uma prática diária no serviço ACIR, mas é algo que por vezes ocorre e que, na sequência de momentos de reflexão com o Enfermeiro Orientador, foi identificado como uma necessidade formativa em serviço. Desta forma, considerei como objetivo específico - **contribuir para a melhoria da qualidade cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica submetida a tratamento de quimioterapia e/ ou anticorpos monoclonais** – pelo que elaborei um guia prático sobre administração de citotóxicos e anticorpos monoclonais, o qual inclui informação sobre os protocolos mais comuns na instituição, qual a terapêutica que constitui cada protocolo, pré-medicação inerente e ritmos de perfusão adequados, tal como os principais efeitos secundários associados (**apêndice IV**).

O guia prático, disponibilizado em versão PDF, poderá também ser partilhado institucionalmente com outros serviços nomeadamente com o serviço de internamento para onde os doentes são transferidos, se não tiverem alta quando deixam de necessitar de cuidados intensivos ou intermédios.

No internamento, os clientes também podem realizar tratamentos de terapia sistémica ativa e, no período noturno, é esta a equipa responsável pelo atendimento telefónico do número de apoio (24hs) disponibilizado a todos os clientes que se encontrem a realizar tratamento em contexto de Hospital de Dia Oncológico. A construção do guia prático permite, face aos contactos telefónicos, que haja uma correta contextualização da sintomatologia face ao tratamento que o cliente tenha realizado, por exemplo, se o cliente contacta a reportar que está com a urina rosada é importante despistar se se trata de hematúria ou se fez tratamento com o fármaco Epirubicina; ou se o cliente contacta a reportar um episódio de febre, importa saber se estará em período nadir. Se um cliente foi submetido a tratamento com Oxaliplatina, não deve ingerir nada frio e, por vezes, até alimentos/ líquidos à temperatura ambiente podem ser sentidos como “frios”.

Ao longo deste subcapítulo analisei alguns episódios experienciados de forma reflexiva demonstrando a capacidade de identificar prioridades no processo de cuidar, a valorização da

autonomia, da autodeterminação e da singularidade de cada cliente/ família. Selecionei e utilizei de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda e avaliei o processo da relação estabelecida à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e sua família em contexto de cuidados intensivos e recobro. Este foi um processo muito enriquecedor pela dinâmica do serviço, pelos diferentes momentos de aprendizagem proporcionados e que tive oportunidade de aproveitar. Também sublinho a relação desenvolvida com a equipa multidisciplinar e com o cliente/ família que, ao permitir que dele(s) cuide, participaram direta ou indiretamente no meu processo formativo.

5.2. ESTÁGIO EM UNIDADE DE ATENDIMENTO PERMANENTE DE ADULTOS

No presente subcapítulo é apresentada uma breve contextualização do local de estágio, bem como a reflexão de alguns momentos vivenciados e que muito contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeira especialista. Realizei o estágio de urgência no Serviço de Atendimento Permanente de Adultos (SAPA) de um Hospital Privado na área metropolitana de Lisboa entre 06 de Setembro e 27 de Outubro de 2021, tendo cumprido a totalidade da carga horária prevista para o mesmo (180hs).

O serviço de atendimento permanente, à data da realização do estágio, funcionava de segunda-feira a domingo das 8h às 23hs. Quando o cliente entra no serviço pretendido, realiza a admissão junto da equipa administrativa que lhe entrega uma senha com um número através do qual será chamado para as variadas valências desse mesmo serviço de forma a preservar a proteção de dados. Anteriormente, o serviço de atendimento permanente acolhia doentes pediátricos e adultos, num regime de 24hs, mas devido à pandemia por SARS-CoV-2, em 2020, existiu necessidade de reestruturar a unidade em 2 serviços distintos, o atendimento pediátrico e o atendimento de adultos.

Este serviço de adultos está dividido em duas áreas: unidade de atendimento geral e unidade de atendimento específico, sendo que o encaminhamento do cliente ocorre após a realização da triagem. Ambos os serviços são constituídos por gabinetes médicos, sala de tratamentos, sala de observação (SO), gabinete de pequena cirurgia (apenas no geral), sala de espera e casa de banho.

Após a admissão no serviço de atendimento permanente, o cliente é chamado ao gabinete de triagem onde se encontra um elemento da equipa de enfermagem que irá realizar uma avaliação precisa, num curto período de tempo, baseada no sistema de triagem de Manchester.

Após a realização da triagem, caso o doente apresente sintomatologia sugestiva de infeção por SARS-CoV-2 é encaminhado para a sala de espera da unidade de atendimento específico. Após a realização da consulta médica, o cliente é chamado para realização de cuidados por parte da equipa de enfermagem ou para realização de exames complementares de diagnóstico.

Importa referir que dependendo da gravidade da situação avaliada em contexto, o cliente poderá ser transferido diretamente para o serviço de observação onde se encontra pelo menos um elemento da equipa de enfermagem e um elemento da equipa médica.

Sendo a integração de um elemento num serviço bastante importante, preocupei-me desde o início em conhecer a estrutura física e dinâmica funcional da unidade, bem como os diferentes elementos da equipa, as normas e protocolos internos.

Em conciliação com a Enfermeira Orientadora acordamos que durante o período de estágio teria oportunidade de estar nas diferentes valências com o intuito de conhecer a dinâmica funcional e as competências específicas do enfermeiro em cada uma. A grande maioria dos turnos foram realizados em contexto de serviço de observação uma vez que seria o contexto mais potenciador do processo de aprendizagem e direccionado ao objetivo específico delineado: **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de serviço de atendimento permanente de adultos.**

Para melhor integrar os critérios de prioridade de atendimento do cliente, tive oportunidade de estar presente na sala de triagem e de discutir com a enfermeira orientadora a realização da triagem após o encaminhamento do cliente e sempre que possível, mobilizando conhecimentos e competências. Nesta Unidade é utilizado o Sistema de Triagem de Prioridade de Manchester cujo objetivo é a identificação de critérios de gravidade. As questões colocadas têm por base um fluxograma de decisão com 52 diagnósticos possíveis que irá determinar qual o nível de prioridade no atendimento. A utilização deste sistema classifica uma de cinco categorias de atendimento expressas através de cores. A cor vermelha corresponde ao cliente emergente que carece de atendimento imediato; a cor laranja é atribuída ao cliente muito urgente que deverá ser atendido num período até 10 minutos; a cor amarela corresponde ao cliente urgente que deverá ser atendido num período até 60 minutos; a cor verde é atribuída ao cliente pouco urgente que deverá ser atendido num período até 120 minutos; a cor azul é atribuída ao cliente não urgente que carece de um atendimento até 240 minutos e a cor branca é entregue ao cliente com atendimento programado (Direção-Geral da Saúde, 2018). Nesta unidade existe ainda a pulseira de cor rosa que é atribuída ao familiar. Sempre que é colocada a pulseira ao cliente/ familiar, a mesma também tem uma etiqueta com a identificação do cliente.

O fluxograma da triagem deve ser dinâmico e individualizado no sentido em que a avaliação holística pelo enfermeiro, baseado e informado na evidência científica, na sua intuição e suportada em princípios, normas e valores éticos e deontológicos deve-se sobrepor a qualquer algoritmo. Considero de extrema importância ter tido oportunidade de poder estar na triagem algumas vezes para contactar com a intervenção e avaliação realizada pelo enfermeiro, observar e refletir sobre a sequência do fluxograma e compreender a capacidade de adaptação que o enfermeiro tem em função do que o cliente transmite.

O estágio em contexto de urgência foi bastante desafiador, uma vez que foi a primeira vez que contactei com tal serviço enquanto profissional e estudante também. Senti medo, ansiedade pelo desconhecido, mas com o passar do tempo fui-me sentindo mais confiante e mais integrada no serviço. Nesse sentido, recordo Benner (2001) quando através da aplicação do modelo de Dreyfus, aplicado à enfermagem, introduz o conceito de proficiência como o caminho a percorrer como método de aquisição e desenvolvimento de competências. Segundo Benner, existem cinco níveis de desenvolvimento: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, sendo a experiência em contexto clínico transformadora e potenciadora de melhor atuação prática ressalvando sempre a componente de aprendizagem teórica no processo.

O acompanhamento pela Enfermeira Orientadora, as partilhas e reflexões conjuntas foram muito benéficas e acima de tudo a vontade em querer aprender e nunca esconder qualquer fragilidade que tenha sentido porque a relação Enfermeiro-Estudante tem que ser construída com base na verdade (Rabiais, 2016). Demonstrei sempre vontade em aprender, em contactar com realidades que me eram desconhecidas e que ultrapassavam a minha zona de conforto, procurei saber e conhecer mais, sempre que oportuno realizávamos *debriefings* e no final de cada turno procurei tempo para realizar uma autorreflexão.

Debriefing é uma discussão intencional após a experiência de simulação que permite aos participantes obter uma compreensão clara de suas ações e processos de pensamento para promover resultados de aprendizagem e melhorar o desempenho clínico futuro (Abulebda, Auerbach, & Lima, 2021). O desenvolvimento de novos conceitos concretiza-se a partir de novas experiências, nesse sentido a realização de *debriefings* e a autorreflexão permitiram-me personalizar o meu processo de aprendizagem recorrendo às 4 etapas de aprendizagem de Kolb.

David Allen Kolb foi um professor universitário de Harvard e teórico educacional norte-americano que, em 1984, desenvolveu um ciclo de aprendizagem cuja finalidade é a aquisição de competências com conceitos abstratos cuja aplicação deve ser flexível em diferentes situações. Este processo de aprendizagem contempla 4 fases: experiência concreta (agir), observação reflexiva (refletir), conceitualização abstrata (conceptualizar) e experimentação ativa (aplicar) (Haak, 2021). No percurso de aprendizagem é necessário ter humildade e vontade em aprender pela teoria, pela prática, aprender com o outro e com a sua experiência, sem nunca deixar de parte as emoções sentidas no processo porque a sua interpretação promove um crescimento autêntico e verdadeiro.

Um dos *debriefings* realizados prendia-se com a perceção de situações de urgência e a capacidade de priorizar intervenções mediante a avaliação direta e indireta tanto na aplicação do fluxograma de triagem de Manchester como em outros momentos de cuidar em que priorizar é

fulcral. Importa compreender o significado de pessoa em situação crítica para melhor intervir e melhor cuidar: *“Entende-se 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.*

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

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata.” Regulamento 429/2018, (Assembleia da República Portuguesa, 2018, p. 19363).

Na abordagem ao cliente em contexto de serviço de observação a minha atuação foi de acordo com a informação e evidência mais recente. Tive possibilidade de participar no acolhimento do cliente/ família, realização da anamnese com vista à realização de diagnósticos de enfermagem, com consequente planeamento, intervenção e avaliação dos cuidados de enfermagem realizados, tendo procurado respeitar a pessoa na sua singularidade e, nesse sentido, individualizar os cuidados.

A admissão no serviço de observação acarreta sempre um elevado nível de ansiedade e stress para o cliente, acompanhante(s) e demais profissionais. Procurei manter-me o mais serena possível, apresentei-me e procurei saber (sempre que possível) como a pessoa queria ser tratada, transmitir confiança face aos cuidados prestados, questionei o que queria ou não saber sobre os cuidados prestados, tendo sempre demonstrado disponibilidade para escutar.

Sempre que possível procurava saber se o cliente estava acompanhado por alguém e qual o nome da pessoa em causa, saber se gostaria de receber a visita da pessoa que aguardava na sala de espera ou se autorizava a partilha de informação e o quê especificamente. Sempre que houve necessidade de solicitar ao(s) acompanhante(s) que aguardasse(m) na sala de espera, após autorização do cliente, transmiti informações tranquilizadoras garantindo sempre a proteção de dados, exceto quando autorizada pelo cliente para transmitir alguma informação específica. A família não pode ser considerada com a finalidade de transmissor de informação relevante e

complementar ao processo de cuidar, mas também como pessoa alvo dos cuidados de enfermagem por se apresentar angustiada e ansiosa face à situação experienciada.

Tive a preocupação de cumprir com a informação transmitida, ou seja, se dizia que voltava para falar com a família fazia-o, mesmo que não tivesse mais nenhuma informação a acrescentar e antes de deixar o serviço tinha o cuidado de transmitir isso mesmo, que outro colega ficaria a assegurar os cuidados e que seria com ele que passariam a articular o que fosse necessário. Tanto a família como o cliente devem saber com quem estão a falar e perceber qual o acompanhamento real que podem esperar.

De todas as situações vivenciadas em contexto de urgência destaco três que passo a apresentar, por terem sido bastante significativas no meu percurso e por se relacionarem com a identificação de cuidados paliativos em contexto de urgência; a desmistificação do linfedema e ainda um episódio de catástrofe.

Um cliente de 58 anos de idade, com diagnóstico de glioblastoma multiforme, deu entrada no atendimento permanente por um quadro de prostração com evolução de 24hs. Encontrava-se eupneico, respiração predominantemente torácica; pulso fino, perceptível e rítmico; normotenso e normocárdico com traçado cardíaco de base sinusal; preenchimento capilar inferior a 2 segundos. Pele e mucosas pálidas e descoradas, extremidades frias. Não reativo a estímulos, sem resposta motora, sem resposta verbal - score de 3 de acordo com aplicação da escala de Glasgow. Segundo a família, o cliente não teria feito nenhum incremento/ rotação terapêutica nem nenhum SOS nas últimas 24hs. Foi realizada colheita de sangue para análises para compreender se haveria alguma alteração que justificasse o quadro de prostração além da possibilidade de progressão de doença. O cliente estava a ser acompanhado por uma unidade de cuidados paliativos e a realizar tratamentos com Bevacizumab®. Tive oportunidade de partilhar com a equipa o meu conhecimento sobre a patologia, a terapêutica em causa e quais os cuidados a ter.

A família tinha conhecimento da patologia de base e que era expectável a progressão de doença. Uma vez que o cliente se encontrava numa unidade de isolamento (encaminhado pela triagem para a unidade de cuidados específicos por um internamento recente) tive o cuidado de permitir que todos os elementos da família estivessem com o cliente tendo questionado previamente e de forma individual o que esperavam encontrar e explorar as suas emoções. Sempre que necessário expliquei a finalidade do material presente na unidade e possibilitei espaço para estarem sozinhos com o seu familiar. No final acompanhei cada um à sala de espera, disponibilizei-me para qualquer esclarecimento que sentissem necessário e para os escutar. Nestes momentos de interação valorizei o **potencial da pessoa e da família na vivência do**

processo de transição saúde-doença, capacitando-a para a gestão situacional. No momento antes de entrar na unidade e no momento em que saíram da mesma, garanti que todos desinfetaram de forma correta as mãos e que tinham uma máscara de proteção individual adequada e bem aplicada, o que facilitou **a adesão da pessoa e da família na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados.**

Após a realização de exames de imagem identificou-se que este quadro se devia à evolução de doença. O cliente foi transferido para o serviço de internamento por um enfermeiro (aplicada a escala de transferência de doente crítico em meio intra-hospitalar), com recurso à metodologia ISBAR (I = identificação; S = situação atual; B = antecedentes; A = avaliação e R = recomendações), uma metodologia comunicacional padronizada em enfermagem com o objetivo de promover a transição de cuidados em saúde por meio de comunicação eficaz, clara e concisa; reduzindo a possibilidade de erros e lapsos o que poderia danificar a continuidade de cuidados que se pretendem de excelência.

Outro episódio de interação que considero importante, surgiu na sequência de contacto com uma cliente transferida de uma residência sénior por um quadro de prostração e febre. À chegada apresentava um score de 11 de acordo com a escala de Glasgow. Encontrava-se polipneica 18rpm, com oxigenoterapia por óculos nasais a 2L/min, normotensa, normocardica, com dor grau 2 (desconforto generalizado). Pele e mucosas pálidas e descoradas, extremidades frias. Apresentava ainda um linfedema secundário de grau I. Sonolenta, desperta ao toque mais vigoroso, apresentava discurso confuso e redundante.

Pretendia-se realizar colheita de sangue para análise, mas dada a fragilidade do pavimento venoso periférico por ter realizado tratamentos de quimioterapia no passado, tornou-se difícil a punção tendo ocorrido 3 tentativas de colocação de cateter venoso periférico. Nesse sentido reforcei que poderia ser colocado um cateter no membro afetado dado a mais recente evidência sobre o linfedema e a mudança de paradigma.

O linfedema de membros superiores ocorre entre 15 e 28% das sobreviventes de cancro de mama e é mais comum nas doentes que tiveram dissecação linfática axilar, sendo que todas as doentes mantêm risco de desenvolver linfedema ao longo da vida (Oncology Nursing Society , 2020). De acordo com evidência mais recentes verifica-se uma mudança de paradigma face a intervenções mais conservadoras no membro afetado como a avaliação da tensão arterial, a realização de punção venosa periférica (colheita de sangue, administração terapêutica ou fluidoterapia) e ainda a realização de viagens de avião.

Segundo Asdourian, et al., (2017), a “avaliação da tensão arterial, colheitas de sangue, injeções e número ou duração de voos não foram significativamente associados a aumentos no volume do braço. Esses achados podem ajudar a orientar a educação dos doentes sobre estratégias de redução de risco de linfedema para aqueles que se submetem à cirurgia bilateral de cancro de mama.”. Também, e sobre a mesma temática, Fodi, et al. (2017), referem que as “intervenções médicas, como punções venosas, injeções e infusões, bem como a aplicação de um manguito de pressão arterial ou cirurgia, correm o risco de aumentar as cargas linfáticas e/ ou reduzir ainda mais a capacidade de transporte de linfa remanescente em áreas de congestão linfática por trauma ou infeção. Portanto, tais intervenções podem desencadear a manifestação inicial do linfedema secundário ou podem levar à deterioração do linfedema já presente. Os relatórios da literatura disponíveis sobre essas intervenções, no entanto, são parcialmente inconsistentes” (Földi, et al., 2017).

Na sequência da obra supracitada, foi puncionado a doente com um cateter no membro afetado para que fosse possível realizar colheita de sangue para análises e administração de Paracetamol, 1G, EV em perfusão. No entanto, a médica assistente não concorda com a intervenção mesmo após repetir a partilha da mais recente evidência e a cliente acaba por ser puncionada mais 2 vezes no membro contralateral até ser obtido um acesso viável por ser uma medida mais conservadora (**fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica**).

Na sequência deste episódio, senti necessidade de realizar um documento informativo (**apêndice V**) de forma a contribuir para a melhoria e segurança da prestação de cuidados aos clientes com linfedema. Não só os próprios clientes como também os profissionais de saúde podem ter resistência em realizar intervenções como avaliação da tensão arterial, punções venosas, entre outras, no membro afetado podendo eventualmente colocar o conforto da pessoa doente em causa. De acordo com a evidência científica o membro afetado poderia efetivamente ter sido puncionado e o tratamento administrado sem colocar a segurança da cliente em risco. Pelo exposto, considero ter **fundamentado a minha intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica**.

Outro episódio bastante relevante no meu percurso surge no decorrer de um turno em que um incêndio deflagrou no piso -3 (garagem) e se prolongou ao exterior do edifício tendo-se centralizado junto do serviço de farmácia. A situação foi rapidamente controlada, tendo sido de imediato ativado o Plano de Emergência do Hospital pelo que foi iniciada a evacuação de todos

os clientes do serviço de atendimento de adultos para o exterior. Felizmente, nessa manhã ainda não havia clientes no SO, o que facilitou o processo. Este decorreu de forma organizada e com a colaboração dos clientes e familiares, o que me permite assumir que **assegurei meios de evacuação e transporte nesta situação de emergência.**

Constatei que de variados pisos se juntavam no átrio principal clientes e profissionais a conversar e a obliterar as saídas de emergências bem como outros locais de acesso. Nesse sentido, de forma autónoma iniciei o processo de evacuação para o exterior, com o intuito de salvaguardar a segurança de todos, reforçando quais os locais no exterior para onde se deveriam deslocar e onde não seria permitido, nem seguro, permanecer. Demonstrei capacidade e competência para adaptar o **plano de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico, neste contexto específico de atuação.**

Quando chegaram elementos responsáveis por ficar junto da entrada do hospital para evacuar quem ainda estivesse no interior do edifício e para impedir que “curiosos” entrassem, por ter garantidas as condições de segurança, regresssei ao serviço para apontar o nome de todos os clientes que estavam ao cuidado do serviço para que pudessem ser identificados no exterior do edifício e assegurar que nenhum ficaria sem a devida supervisão e cuidado. Alguns clientes foram encaminhados para outras unidades durante o processo, de forma a garantir o acesso a cuidados de saúde de forma segura e no timing adequado. Nesta continuidade, **salvuardei a segurança e a qualidade dos cuidados em articulação com comissões específicas da instituição.**

A abordagem e vivência numa situação com estas características foi uma aprendizagem muito significativa e gratificante. Compreender a dinâmica do incidente, conhecer previamente o plano de ação, os riscos inerentes no processo, a evacuação, a continuidade de cuidados fora do contexto, o apoio prestado, a gestão do stress tanto dos clientes/ familiares como dos próprios profissionais, permitiu-me **demonstrar conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe.** Nesta situação, além de ter colaborado na evacuação dos clientes do serviço onde me encontrava a realizar estágio, tive a capacidade de interpretar o cenário, identificar possíveis riscos e consequências de comportamentos menos corretos de algumas pessoas e ter atuado nesse sentido; bem como antecipar a necessidade de identificação dos clientes inscritos porque se o sistema informático ficasse inacessível teríamos algumas informações úteis, além de ter garantido a definição de **prioridades de atuação e ter adequado a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe.**

Ao longo do estágio também tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Recordo-me de um cliente que recorre ao atendimento permanente por sensação de palpitações com 2 horas de

evolução e um episódio de lipotimia nessa manhã. Após realização de eletrocardiograma em repouso detetei que o cliente apresentava fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, tendo sido iniciado imediatamente o protocolo de atuação perante tal situação, o que me permite assumir a capacidade de **responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade**.

Tive oportunidade de cuidar de um cliente admitido por suspeita de oclusão intestinal desde a sua admissão até à transferência para o bloco operatório. Desde o início estabeleci uma relação empática com o cliente, e escutar quais as suas principais preocupações e medos para esclarecer as suas dúvidas e desmistificar o que fosse necessário. O cliente pretendia ser informado sobre tudo o que estava a acontecer e o que seria previsível que ocorresse, nesse sentido fui partilhando consigo o planeamento, a necessidade e finalidade das intervenções realizadas, bem como a avaliação das mesmas e a perspetiva das seguintes. Considero essencial **reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica** e nessa continuidade **identifiquei as necessidades do cliente em situação perioperatória**.

Aquando da realização da anamnese, compreendi que uma das suas principais preocupações se relacionava com a família, uma vez que nenhum familiar residia em Portugal, motivo pelo qual sinalizou um amigo como a pessoa de referência. Nesse momento, elaborei o **plano de intervenção em função das necessidades identificadas**, conversámos sobre os benefício e malefícios de informar a família da necessidade cirúrgica, o cliente acabou por tomar a decisão de fazer uma videochamada para a família para os informar da situação clínica e eu cedi os contactos da instituição para que pudessem estar informados caso não conseguissem falar com o familiar ou pretendessem falar diretamente com o corpo clínico.

Junto da Enfermeira Orientadora também tive oportunidade de desenvolver competências ao nível da gestão de equipa e de serviço uma vez que em muitos turnos a Enfermeira desempenhava funções de chefe de equipa e ficava responsável pela gestão de vagas em termos hospitalares. Neste sentido, tive oportunidade de refletir e partilhar experiências sobre gestão de conflitos de equipa e com clientes. Aqui, e relacionado com a gestão dos recursos humanos, chamo a texto Caldeira, Calapez Gomes e Frederico (2011) pela importância do afirmado:

“As pessoas são “recursos humanos” se entendidas no seu pleno valor e não como mais um segmento utilitário de recursos necessários à dinâmica e funcionamento de uma organização. A organização “é” fundamentalmente “às pessoas”, porque elas conferem-lhe desenvolvimento, dinamismo, criação, transformação e abertura aos novos tempos e aos novos desafios. Ser

peessoa, nas organizações de hoje, deverá prender-se com a oportunidade de demonstrar o seu valor, ter oportunidade de realizar-se como ser humano, ter oportunidade de encontrar, no trabalho, um sentido transformador para a sua existência e colaborar na espiritualidade da organização, enquanto grupo de pessoas com objetivos laborais comuns, mas, acima disso, iguais em dignidade e humanismo. Pessoa é “ser em relação”. O ser humano realiza-se na relação com os outros. (Caldeira, Calapez Gomes, & Frederico, 2011).

Junto da equipa, entre outros momentos de reflexão conjunta e tertúlias sobre outras formas de intervir suportadas na informação mais recente e diferentes experiências, senti que seria oportuno partilhar conteúdo informativo sobre a manutenção dos cateteres venosos centrais subcutâneos. Nesse sentido delineei como 2º objetivo específico do estágio - **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa portadora de cateter venoso central subcutâneo.**

Alguns clientes que recorrem ao serviço são doentes oncológicos que estão ou estiveram sob tratamentos ativos e que apresentam este tipo de cateteres. Nestas circunstâncias em que o cliente já tem o cateter, pode não haver necessidade de puncionar um acesso periférico, o que muitas vezes até constitui uma dificuldade para as equipas, dada a fragilidade do pavimento venoso. Além de que, esta Instituição de Saúde tem um serviço de hospital de dia e aos fins de semana pode haver necessidade do cliente se deslocar ao serviço de atendimento permanente de adultos para realizar a remoção da bomba de infusão elastomérica. A realização do guia prático (**apêndice VI**) tornou-se segundo as Enfermeiras desta equipa uma ferramenta útil e prática, difundida internamente através da plataforma Google Drive®, como uma nova ferramenta de trabalho que promove a segurança do cliente e do enfermeiro.

Face ao exposto neste subcapítulo, refletindo apenas alguns momentos vivenciados sinto ter evidenciado a capacidade de identificar prioridades no processo de cuidar, reconhecer o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa e família em situação crítica; selecionei e utilizei de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda e avaliei o processo da relação estabelecida à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e sua família em contexto de atendimento permanente de adultos e ainda capacidade de atuar de forma calma, consciente e eficaz em momentos de maior stress como peri-paragens e catástrofe.

5.3. ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos de um Hospital Privado na área metropolitana de Lisboa, onde realizei estágio entre o dia 28 de outubro e o dia 18 de dezembro de 2021, é constituída por um total de 32 quartos, dos quais 16 são individuais e 16 são duplos. Cada quarto tem uma lateral em vidro o que permite a entrada de luz natural, sendo um aspeto determinante, uma vez que a presença de luz natural influencia diretamente a qualidade do sono e reduz a possibilidade de *delirium*.

O stress provocado por um internamento afeta os padrões de sono do cliente e consequentemente aumenta o stress experienciado, a ocorrência de *delirium*, e a diminuição da imunidade o que concorre para potenciar a morbilidade associada ao processo de doença. A luz natural refletida na retina influencia diretamente o ciclo circadiano, aumentando a produção de melatonina e reduzindo os níveis de cortisol e adrenalina em circulação, logo quanto maior a proximidade do cliente a uma janela, maior a exposição solar, menor será o stress sentido e melhor será a qualidade do sono (Toledo & Cárdena, 2015).

“Alguns doentes apresentam sintomas prodrômicos (‘delirium subclínico’) como inquietude, ansiedade, irritabilidade ou perturbação do sono, um a três dias antes da expressão plena do delirium (...) Entre as principais abordagens não farmacológicas destacam-se a reorientação temporo-espacial do doente; garantir um espaço calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília, e que disponha de ajudas visuais que auxiliem a orientação como: relógio, calendário ou placas indicativas da divisão, e que poderá ainda ser complementado com elementos pessoais e familiares ao doente” (Prayce, Quaresma, & Neto, 2018, p. 52 e 54).

Atualmente, como forma de prevenção de contágios por SARS-CoV-2, os clientes são testados previamente à admissão na unidade caso não tenham realizado um teste de despiste inferior a 48hs. Após a admissão todos os clientes são submetidos a novo teste de despiste a cada 7 dias exceto se apresentarem um esquema de vacinação completo. É de ressaltar que todas as intervenções são ajustadas aos clientes pelo que se for identificado um cliente ao qual a realização do teste seria prejudicial o mesmo não será realizado. O mesmo procedimento é aplicado à pessoa significativa que fique a acompanhar o cliente 24hs, sendo que além da realização dos testes o/a acompanhante não pode sair da Unidade. O cliente pode receber diariamente 2 visitas, por um período de 30 minutos cada, sendo que durante todo o período de internamento terão que ser sempre as mesmas 2 pessoas, salvo raras exceções, e estas deverão apresentar certificado de vacinação ou resultado negativo para despiste de SARS-CoV-2.

As medidas adotadas pela pandemia por SARS-CoV-2 criam uma barreira na tríada cliente-família-equipa multidisciplinar e esta barreira não é exceção na unidade de cuidados continuados e paliativos. A utilização de equipamentos de proteção individual dificulta a comunicação verbal e não verbal. O período de visitas e o número de pessoas autorizadas a realizar a mesma, torna o processo de internamento solitário, uma vez que a pessoa com necessidades paliativas mantém a capacidade de comunicar e de interagir, praticamente até ao momento da morte. Para a família, a distância, a ausência de contacto físico e a utilização de equipamento de proteção individual (máscara) torna-se também doloroso e o sofrimento da família não pode ser negligenciado. *“Neste contexto, surgem frequentemente interrogações legítimas sobre o bem-estar do doente, a par de maior ansiedade, angústia, por vezes sentimentos de culpa, revolta e frustração compreensíveis.”* (Neto, Abril, Romero, & Castro, 2021, p. 248).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos são explicitamente reconhecidos sobre o Direito Humano à saúde através da oferta de um sistema de suporte para ajudar uma pessoa doente a viver o mais ativamente possível até ao momento da morte. O foco de cuidar está também no ajuste real e sustentado da pessoa doente e das pessoas significativas aos desafios do momento.

Ao longo dos anos, os vários progressos científicos e sociais promoveram o aumento da esperança média de vida, dando origem a um *“fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada.”* (...) *Anualmente 40 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos. O Conselho Internacional de Controlo de Narcóticos averiguou que, em 2018, 79% da população mundial, principalmente pessoas em países de baixa e média renda, consumiam apenas 13% da quantidade total de morfina usada para o controlo da dor e do sofrimento, ou 1% das 388 toneladas de morfina fabricadas em todo o mundo.”* (Organização Mundial de Saúde, 2020, p. 7º e 10º parágrafo).

Cuidados paliativos são necessários para múltiplas doenças e não apenas para o momento do fim de vida. A maioria dos adultos que precisam de cuidados paliativos têm doenças crónicas como: doenças cardiovasculares (38,5%), cancro (34%), doenças respiratórias crónicas (10,3%), síndrome da imunodeficiência adquirida (5,7%) e diabetes (4,6%). Muitas outras condições podem exigir cuidados paliativos, incluindo insuficiência renal, doença hepática crónica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doença neurológica, demência, anomalias congénitas e tuberculose resistente a medicamentos (Organização Mundial de Saúde, 2020).

A compreensão do conceito de cuidados paliativos enquanto área de cuidado, deveria permitir aos profissionais de saúde uma identificação precoce da pessoa doente com necessidades paliativas em diferentes contextos de saúde: primário, secundário e terciário, uma vez que os serviços de saúde integrados e centrados na pessoa devem prestar especial atenção às suas necessidades e preferências específicas.

A realização do estágio na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos permitiu-me desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica que transita para cuidados paliativos e sua família.

Nesta unidade, os cuidados são prestados através do reconhecimento do Ser Humano na sua unicidade sendo os cuidados baseados no modelo holístico em que a realização biopsicossocial cultural e ética se fundem num minucioso cuidado terapêutico informado na evidência.

O Hospital foi recentemente acreditado através do reconhecimento de qualidade dos serviços ao cliente por parte da Joint Commission International, sendo esta a Unidade que mais se destacou positivamente de acordo com a comissão de avaliação e acreditação.

A abordagem à pessoa com necessidades de cuidados paliativos e sua família potencia ganhos em saúde através da identificação precoce e intervenção atempada ao nível das necessidades físicas, psicossociais e espirituais.

Ao longo das 8 semanas de estágio desenvolvi competências no âmbito do curso de mestrado através de pesquisa bibliográfica, planeamento, identificação de diagnósticos e construção de um plano terapêutico com intervenções, *outcomes* esperados e respetiva avaliação dos resultados.

Ao nível da saúde primária, secundária e terciária há doentes que beneficiam desta referenciação. Ainda existe necessidade de desmistificação da finalidade dos cuidados numa rede ou unidade de cuidados continuados e paliativos, tanto para a população doente para que aceite ser cuidada nesta unidade, bem como também para a classe profissional que os irá referenciar.

No decorrer do período de estágio, um cliente estava internado no serviço de cuidados intensivos e a equipa responsável avaliou que o cliente teria vantagens em ser transferido para a unidade de cuidados paliativos. No entanto, o cliente recusou ser transferido para a unidade em questão por percecionar que esta seria uma unidade que cuida de pessoas em fim de vida. Apesar das explicações e tentativa de desmistificação do conceito, o cliente só aceitou ser transferido para o serviço de medicina interna.

Em termos de percurso profissional efetuado, desenvolvo a minha atividade profissional no cuidado ao doente oncológico sob tratamento sistémico ativo. Muitas são as vezes em que ao identificar que determinado cliente beneficiaria ser referenciado para uma unidade de cuidados paliativos, os mesmos questionam quase instintivamente se estão a morrer e outros afirmam não ser necessário uma vez que o tratamento que realizam está a ter resultados (analíticos) positivos.

Motivado pela pandemia, uma das normas institucionais de forma a minimizar os riscos de contacto, mas permitindo a realização de visita, foi que cada cliente pode receber um total de 2 visitas por dia, num período máximo de 30 minutos para cada pessoa e sempre com a máscara de proteção colocada. Em função do estado pandémico houve algumas atualizações à norma em vigor como, por exemplo, a necessidade de realização de teste de despiste para SARS-CoV-2 independentemente da existência ou inexistência de esquema vacinal completo. Foi uma preocupação ao longo do período de estágio confirmar a existência de plano vacinal completo e se haveria necessidade de realizar teste de despiste para SARS-CoV-2.

A necessidade de apresentação de teste de despiste para SARS-CoV-2 causou alguns constrangimentos familiares, pois algumas pessoas ou não tinham conhecimento desta norma (nacional) ou tinham dificuldade em realizar testes na comunidade. Foram vários os momentos em que demonstrei conhecimentos específicos na **prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos**, especificamente neste âmbito.

Estas medidas de proteção podem provocar um maior distanciamento físico o que pode potenciar futuramente lutos patológicos. Embora *“o recurso a estratégias de comunicação à distância, através do uso de novas tecnologias (teleconferência, vídeo chamadas) tem-se revelado muito útil nesta fase, mas poderá não substituir a qualidade terapêutica das intervenções presenciais.”* (Neto, Abril, Romero, & Castro, 2021, p. 248).

Uma ocasião, o filho de um cliente ligou ao pai por videochamada, mas este não conseguia tirar proveito da oportunidade de ver o filho por desconhecimento da utilização do equipamento. Atendeu o telemóvel, mas automaticamente colocou-o junto à face. Uma vez que estava presente tive oportunidade de ajudar esta família a estabelecer contacto à distância. Combinei com o filho do cliente que poderíamos tentar realizar agendamentos das videochamadas uma vez que era importante para o filho falar/ ver o pai de manhã para saber como este se sentia e como tinha passado a noite, mesmo tendo a possibilidade de visita no período da tarde. A individualização do cuidado valoriza as intervenções planeadas/ realizadas. A família entendeu posteriormente através dos tiros de aviso que a equipa foi dando que não seria benéfico realizar mais videochamadas uma vez que o estado clínico do cliente se estava a agravar e que o mesmo tinha dificuldade em comunicar devido ao cansaço fácil e que essa dificuldade o deixava irritado porque

o discurso era impercetível. Foi realizado o reforço positivo pelo seu esforço e procuradas outras estratégias de comunicação adequadas como a mimica. Nesta continuidade, considero ter **demonstrado conhecimentos que permitiram a intervenção junto da pessoa, família/cuidador com patologia oncológica).**

Numa relação de empatia e de ajuda, devem ser minimizadas as barreiras comunicacionais causadas pela iliteracia, pela infoexclusão digital, ou até mesmo pelas barreiras linguísticas. É importante que as barreiras comunicacionais sejam identificadas precocemente para elaborar um planeamento eficaz e eficiente, minimizando os potenciais constrangimentos e erros, permitindo a valorização da singularidade de cada um.

Durante o período de estágio tive oportunidade de cuidar de um cliente francês e de uma cliente norte-americana. Neste caso a única barreira linguística que senti foi para com o cliente francês motivo pelo qual procurei ouvir podcasts em francês e antes de entrar no seu quarto, sabendo algumas coisas que queria dizer e questionar, procurei previamente confirmar a correta tradução das mesmas, o que me permitiu **demostrar competências específicas em técnicas de comunicação e adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto.** Relativamente à cliente norte-americana, durante a prestação de cuidados houve necessidade de colaborar na comunicação entre a mesma com outros elementos da equipa de através da tradução, minimizando assim as barreiras linguísticas.

No primeiro dia em que cuidei da cliente norte-americana (Sra. Natali – nome fictício) a mesma estava incomodada com a possibilidade de ser um homem a colaborar nos seus cuidados de higiene. Expliquei que nesse dia era possível não ser cuidada por um homem e que posteriormente seria uma preocupação da equipa esse seu incómodo para que dentro das possibilidades da unidade tal não ocorresse. Procurei que o momento dos cuidados de higiene fosse o menos constrangedor possível para a cliente e que a mesma colaborasse dentro das suas possibilidades, de forma a devolver-lhe o controlo e estimular a sua autonomia. Conversámos sobre o regime terapêutico e o plano de cuidados, procurei compreender qual a sua expectativa para que pudesse ser o mais real possível, tendo **adequado estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto.**

Num outro dia, voltei a ter oportunidade de prestar cuidados a esta cliente que partilhou comigo o seu incómodo face a uma anterior ocorrência durante os cuidados de higiene no leito. A Sra. Natali estaria exposta quando o médico assistente (de medicina interna) entrou na unidade, nessa altura a cliente pediu-lhe uns minutos para que se pudesse cobrir, mas o médico ignorou o

seu pedido e fez a avaliação que pretendia. Verbalizou ter perdido a confiança no clínico uma vez que o mesmo não atendeu ao seu pedido, invadindo a sua privacidade e sentiu-se numa exposição que não deveria ter ocorrido. Houve ainda uma quebra de confiança quando o médico promete que nesse dia volta para a observar e não o faz nas 48hs seguintes. Após ouvir atentamente e reforçar a importância desta partilha no sentido de ser possível uma reflexão em equipa para que estas situações ou similares não ocorram, a cliente teve medo que, se eu falasse desta situação, “o médico assistente pode ficar melindrado por ter um grande ego e vai-me prejudicar, vou ficar mais dias sem me poder levantar, ele pode fazer o que quiser” (sic). Reforcei que em nenhum momento, conscientemente a equipa vai permitir que seja prejudicada por qualquer elemento e que poderia transmitir esta situação à equipa sem mencionar o seu nome. A cliente ficou mais tranquila, após sentir que foi feito ajuste de expectativas e valorizada a relação de confiança. O cuidado transcultural e o processo saúde-doença em enfermagem estão diretamente relacionados com a prática do enfermeiro no ambiente de trabalho, tendo como princípio o respeito pela diversidade cultural de cada indivíduo. Assumidamente, **priorizei as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação da Sra. Natali aos processos de transição saúde/doença.**

A realidade de existirem clientes de diferentes serviços internados na unidade de cuidados continuados e paliativos faz com que a metodologia de cuidados seja diferente e esta diferença no cuidado foi algo que tive de trabalhar ao longo do estágio, uma vez que a equipa multidisciplinar da unidade de cuidados paliativos é muito coesa e está presente no serviço o que permite partilhas, reflexões conjuntas e a elaboração de plano de cuidados em equipa. Contudo, se um cliente estiver internado ao cuidado de outra equipa médica, esta não está presente no serviço, por vezes essa ausência física dificulta a discussão de casos clínicos e as necessárias atualizações do plano terapêutico em tempo útil. Esta barreira comunicacional entre profissionais pode comprometer o cuidado de qualidade e a segurança do mesmo.

A comunicação eficaz, por vezes, é tão ou mais eficiente que a administração de alguns fármacos. Um cliente com quem tive a oportunidade de privar alguns dias estava convicto que iria ter alta cerca de 4 dias após o seu internamento. No quarto dia de internamento foi-lhe explicado que ainda não havia previsão de alta. Nesse mesmo dia referiu que não conseguiu dormir durante a noite porque teve insónia inicial e tinha dor moderada ao nível da região sagrada (apresentava uma lesão prévia ao internamento). Posteriormente foi questionado sobre o motivo de não ter conseguido dormir contrastando com as outras noites, o cliente apenas respondeu não saber o motivo e negou qualquer preocupação. Durante a manhã de cuidados verbalizava estar “pior”, esticava a mão direita que apresentava tremores (não objetivados anteriormente). Nesse dia

recusou cuidados de higiene algo que anteriormente não tinha ocorrido. Após alguma exploração através de questões diretas e devolução da resposta, verifiquei que o motivo desta inquietação surgia de uma comunicação ineficaz. O que presumivelmente lhe terá sido transmitido é que o planeamento da alta iria ser iniciado na quinta-feira, 4 dias após a data de admissão e controlo de sintomas e não, que nesse dia teria alta; com o esclarecimento do planeamento, o cliente ficou mais tranquilo e então verbalizou que não se sentia em condições de ter alta e que esse era o motivo de estar ansioso. Foi reforçado o compromisso de não abandono e após a **utilização de estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo, o estado clínico do senhor estabilizou.**

Recordo-me de um momento de interação em que estava com o enfermeiro orientador a prestar cuidados a um cliente com uma ferida maligna ao nível da região cervical anterior. O maior medo deste cliente, verbalizado pela esposa, era o medo de exteriorização da traqueostomia e consequentemente asfixiar.

A esposa estava 24hs com o cliente, uma vez que pernoitava na unidade e não se podia ausentar da mesma pelas normas emanadas pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar de forma a minimizar os contágios por SARS-CoV-2. Após abordagem com a Sra. Madalena (nome fictício) compreendemos que seria benéfico existir uma autorização para que tivesse possibilidade de sair da unidade por um curto período de tempo. Foi valorizado o percurso de acompanhamento, perseverança, empenho e participação ativa no processo de transição saúde-doença do marido.

Sr. Manuel (nome fictício), por vezes, chamava a equipa de enfermagem para reportar dispneia. Comunicava apenas por escrito, mas com o passar dos dias e uma astenia acentuada foram delineadas outras estratégias comunicacionais mais simples como o apertar da mão com o significado de sim ou não em função do que era combinado com o cliente. Esta estratégia teve como objetivo **capacitar a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão** e apresentou resultados satisfatórios.

Os episódios de dispneia ocorriam maioritariamente associados a momentos de stress como a não objetivação da esposa no seu ângulo de visão, por exemplo, por estar na casa de banho. Nesses momentos de ansiedade o cliente provocava episódios de tosse e colocava a mão ou um guardanapo à frente da traqueostomia para confirmar se existiam ou não secreções na estrutura pois tinha receio de obstrução da cânula da traqueostomia. De forma a reduzir os momentos de ansiedade tanto por parte do cliente como da esposa, a mesma só se ausentava da unidade quando a equipa de enfermagem estava presente.

Numa fase inicial foi transmitido ao cliente que pretendíamos realizar os cuidados à ferida maligna e explicamos que a esposa se iria ausentar temporariamente, mas que nós estaríamos com ele e consentiu. Durante os cuidados manteve-se sereno, fomos verbalizando reforços positivos e tranquilizando-o face ao que estávamos a realizar. No final da realização dos cuidados à lesão, quando estava a ser realizado o ajuste do fio de nastro, o cliente apresenta um acesso de tosse forte do qual ocorreu a exteriorização accidental e total da traqueostomia (cuff corretamente insuflado) sem qualquer repercussão: dificuldade respiratória, dispneia, ansiedade ou mesmo desconforto. Nesse momento, chamámos a equipa de enfermagem que já tinha ficado de sobreaviso para providenciarem terapêutica SOS ou qualquer outra ajuda necessária.

Para garantir que o cliente se mantinha consciente, mas mais sereno possível foi administrado Midazolam e, entretanto, justificámos a presença das Enfermeiras para avaliar a lesão (de forma a não potenciar um momento de stress para o doente). Foi contactada no imediato a médica de apoio que articulou com um médico otorrinolaringologista. Após desinsuflação do cuff foi possível realizar a reintrodução da traqueostomia, insuflação do cuff e fixação da mesma com fio de nastro. Apenas apresentou esporadicamente acessos de tosse com resíduos hemáticos associados à mobilização da traqueostomia. Mais tarde foi observado pela médica de apoio, sem necessidade de ajuste terapêutico ou alteração do planeamento delineado.

Foi explicado à esposa a intercorrência, que numa fase inicial apresentava uma postura defensiva de braços cruzados a direcionar o olhar maioritariamente para a rua evitando desta forma olhar diretamente para os profissionais. Permitindo uma explicação assertiva da intercorrência, da ausência de consequências e ainda da finalidade em manter a traqueostomia em caso de hemorragia e eliminação de secreções; permitindo ainda uma partilha de angústia e dúvidas que foram esclarecidas a Sra. Madalena ficou mais tranquila.

No momento de reflexão com o orientador foi referida a importância de ter **demonstrado conhecimentos que permitiram a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e a respetiva integração de medidas terapêuticas.**

O apoio familiar em momentos de angústia, a sintetização da informação que é transmitida ao cliente que tem direito a saber tudo caso queira, mas a seleção da informação a ser transmitida e o momento em que a mesma ocorre é de elevadíssima importância.

No domicílio a esposa era a principal cuidadora e de forma a devolver algum controlo, sugerimos que mantivesse a administração da alimentação através da sonda de gastrostomia endoscópica percutânea, no entanto existiu necessidade de garantir que desenvolvesse competências necessárias à gestão do processo nutricional do cliente. Também era a esposa

quem realizava a higienização da cânula da traqueostomia no domicílio e em contexto hospitalar diariamente conversávamos com a mesma para aferir se queria que realizássemos alguma intervenção ou se continuava a realizá-la de forma autónoma, corrigindo o necessário e valorizando sempre o seu empenho e dedicação, o que **garantiu envolver a pessoa e família/cuidador no processo de cuidar, rumo ao bem-estar e qualidade de vida.**

Um episódio que me marcou foi o momento de fim de vida de um cliente (Sr. Afonso – nome fictício) que estava acompanhado pelo marido. Na primeira abordagem o companheiro (Sr. Artur – nome fictício) apresentava um olhar distante, quando comunicávamos com o mesmo não dirigia o olhar e estava de braços cruzados. Nessa manhã procurámos valorizar a sua presença, o apoio manifestado para com o companheiro e a força interna que demonstrava. Sugerimos que, se sentisse vontade, durante os cuidados de higiene e conforto poderia aproveitar para se ausentar um pouco da unidade, tomar café e conversar com a psicóloga se desejasse. Aceitou apenas ir tomar café. Mais tarde soubemos que tinha hábitos tabágicos, mas que para acompanhar o cliente 24hs e pelas normas institucionais, não se poderia ausentar do serviço. Após conversa com o corpo clínico foi autorizada a possibilidade de se ausentar temporariamente para fumar. Com esta atitude proactiva conseguimos reforçar a relação de proximidade e empatia.

No dia seguinte, durante os cuidados de higiene e conforto, questioneei o Sr. Afonso se gostaria de ouvir música relaxante durante os cuidados de higiene, que aceitou. Quando o companheiro entrou na unidade ficou muito contente com o ambiente criado pela música. Solicitei que escolhesse a roupa para o cliente usar nesse dia e confirmei com o mesmo se estava de acordo. No final dos cuidados mantive-me com o Sr. Artur e juntos escolhemos a playlist e outras semelhantes que poderia encontrar. Desde então, havia sempre música ambiente, exceto à noite para dormirem (por opção de ambos). No dia seguinte de manhã, na passagem de turno, a Enfermeira transmitiu que o Sr. Afonso estaria nas últimas horas de vida e que tinha alertado o marido. Quando nos dirigíamos ao quarto o Sr. Artur acionou a campainha para nos informar de algo que já estávamos conscientes. Permitimos que ficasse junto do marido e posteriormente incentivamos que tomasse um duche e fosse comer pois previa-se um dia longo. A psicóloga disponibilizou-se para fazerem juntos a chamada telefónica para os restantes membros da família. Enquanto se encontrava ausente do quarto, prestamos respeitosamente, os cuidados ao corpo e permitimos que a família pudesse estar presente na unidade sem limite de visitas. Desde cedo assumo que **estabeleci uma relação terapêutica com a pessoa com doença incurável, em fase terminal, e seu familiar, proporcionando suporte no processo de adaptação à morte e no acompanhamento no luto.**

Nesta vivência o familiar estava presente no momento da partida do seu ent querido, mas muitas vezes tal não acontece e é necessário realizar uma chamada telefónica no momento ou posteriormente dependendo da preferência da família/ pessoa significativa. Trata-se de um momento de grande fragilidade.

A comunicação de más notícias que não acontece apenas no momento do falecimento de um cliente revela-se uma atividade complexa que requer a colaboração e participação dos membros da equipa multidisciplinar e não apenas do médico. Estas equipas devem estar munidas de paciência e empatia e o recurso a protocolos de transmissão de más notícias como é o caso do protocolo SPIKES e do protocolo PEWTER é fundamental, de forma a apresentar a informação à pessoa alvo de cuidados (pessoa doente e/ou família) de forma clara e organizada o que permite refletir que cada pessoa é única e que a informação não pode ser transmitida sem existir uma correta adequação à situação e à(s) pessoa(s) em causa. O protocolo SPIKES é composto por seis passos: S = setting, P = perception, I = invitation or information; K = knowledge; E = empathy; S = summarize ou strategize (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos, 2020).

O protocolo PEWTER também é composto por seis passos: P = prepare; E = evaluate; W = warning; E = emotional response; R = regrouping. A importância da adequação da transmissão de más notícias apesar da utilização dos protocolos reveste-se de uma enorme importância pois por detrás de cada pessoa na sua individualidade e singularidade existem aspetos socioculturais, religiosos, étnicos e ainda as diferentes perceções e desafios que o próprio profissional enfrenta perante o mesmo problema vivenciado pelo doente e sua família (Bumb et al., 2017).

Os cuidados continuados e em fim de vida é uma área da enfermagem em grande desenvolvimento, sendo cada vez mais notória a necessidade de cuidados paliativos em diferentes contextos como no internamento, no serviço de urgência ou nos cuidados intensivos. A capacitação de profissionais para um olhar atento, conhecedor desta realidade permite mudar o paradigma em saúde. Considerar que um cliente necessita de cuidados paliativos não é desinvestir no mesmo, é investir cuidado na medida que o próprio precisa. É pensar em novas estratégias comunicacionais, na gestão de expectativa, focar a esperança, a autonomia, as vontades, as crenças pessoais e familiares.

Partilhei apenas alguns momentos vivenciados, mas sinto ter adquirido e desenvolvido competências científicas, éticas e relacionais especializadas à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados continuados e paliativos.

Considerações Finais

Na lógica do processo formativo, a elaboração do relatório final constituiu-se determinante para maximizar as experiências vivenciadas, perspectivando-as numa ótica de enfermeira especialista, tanto a nível profissional e pessoal muito importantes, quer pelo desafio técnico-científico e humano que acarreta, quer pelas mudanças que proporcionou. A elaboração deste documento não só cumpre uma exigência da unidade curricular, como também, certamente, integra uma necessidade de organização/ metodologia de trabalho que permite a consciencialização de competências desenvolvidas e adquiridas na minha formação enquanto Enfermeira Especialista. Os desafios com que atualmente os enfermeiros se confrontam, relacionam-se com a complexidade das situações de saúde/ doença que exigem uma abordagem inter e multidisciplinar e que determinam um verdadeiro trabalho de equipa e a utilização da criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua atividade.

Ao enfermeiro especialista é exigida uma prática/ exercício profissional onde se verifiquem competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa sob cuidados de enfermagem, sendo reconhecido como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular da enfermagem.

O percurso de aprendizagem realizado em três contextos clínicos diferentes, mas que se complementam inteiramente, foram ricos em momentos marcantes e aprendizagens que, da teoria são colocadas em prática e onde os resultados esperados surgem. Em todos, principalmente numa fase inicial, uma vez que nunca tinha trabalhado ou realizado estágios previamente ao nível do curso de licenciatura nestas unidades, senti medo, ansiedade, receio, angústia e incerteza, mas o trabalho árduo e a humildade no conhecimento permitiram-me crescer, desenvolver e adquirir competências que se esperam de qualidade num enfermeiro especialista.

Procurei em cada estágio compreender de que forma poderia ter mais ganhos em experiências e conhecimento, procurei junto da equipa multidisciplinar novos momentos de aprendizagem, respeitando sempre a dignidade e singularidade da pessoa cuidada e sua família. A promoção de momentos de "partilha de saberes" foi uma atividade bem conseguida. Estes deram lugar a discussões, reflexões e foram extremamente construtivos.

A relação academia-comunidade surge também através da participação no Projeto Capacitar Para Salvar que integra a dimensão de extensão comunitária. Participo neste projeto há 8 anos, em regime de voluntariado e neste último ano também integrado em contexto de

Aprendizagem em Serviço uma vez que me revejo na sua missão e valores e reconheço a importância que tem para a comunidade.

Foi muito gratificante desenvolver competências ao nível da investigação por ser uma área, para mim, muito desafiante e que guia o futuro da enfermagem em prol dos cuidados de excelência. Quando escrevo cuidado de excelência procuro uma única expressão incluir a ideia de que o cuidado tem que ser centrado na pessoa doente e na sua família, com a complexidade de compreender a sua realidade e a sua história de vida para poder cuidar com singularidade o doente-família, respeitando sempre a sua cultura e preferências.

Bibliografia

- Abulebda, K., Auerbach, M., & Limaiem, F. (1 de Outubro de 2021). Debriefing Techniques Utilized in Medical Simulation. *National Center for Biotechnology Information*.
- Alduais, S. A., & Salama, K. F. (5 de Dezembro de 2019). Assessment Of Ambient-Noise Exposure Among Female Nurses In Surgical Cardiac Intensive Care Unit. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 12, 1007–1011.
- Al-Dury, N., Ravn-Fischer, A., Hollenberg, J., Israelsson, J., Nordberg, P., Strömsöe, A., . . . Rawshani, A. (25 de Junho de 2020). Identifying the relative importance of predictors of survival in out of hospital cardiac arrest: a machine learning study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 28 (1).
- American Cancer Society. (25 de Maio de 2021). *For People at Risk of Lymphedema*. Obtido de American Cancer Society : <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/lymphedema/for-people-at-risk-of-lymphedema.html>
- American Hearth Association. (2020). *Diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência*. Obtido de American Hearth Association: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlights_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf
- American Psychological Association. (2022). *Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition (2020)*. Washington, DC : APA.
- Asdourian, M. S., Swaroop, M. N., Sayegh, H. E., Brunelle, C. L., Mina, A. I., Zheng, H., . . . G., A. (04 de Outubro de 2017). *Association Between Precautionary Behaviors and Breast Cancer–Related Lymphedema in Patients Undergoing Bilateral Surgery*. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5721227/>
- Assembleia da República Portuguesa. (16 de julho de 2018). *Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Assembleia da República Portuguesa. (13 de Setembro de 2019). *Resolução da Assembleia da República n.º 180/2019*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17600/0006600066.pdf>
- Assembleia da República Portuguesa. (9 de Setembro de 2019). *Resolução da Assembleia da República n.o 164/2019*. Obtido de Recomenda ao Governo o ensino de Suporte Básico de Vida nas escolas: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17200/0010400104.pdf>

- Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores. (23 de Janeiro de 2012). *Decreto Legislativo Regional n.o 6/2012/A*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2012/01/01600/0036400417.pdf>
- Assembleia Legislativa-Região Autónoma da Madeira . (14 de junho de 2021). *DIARIO DA REPUBLICA - 1.ª SERIE, Nº 113*. Obtido de <https://dre.pt/dre/analise-juridica/resolucao-assembleia-legislativa-regiao-autonoma-madeira/18-2021-165036165>
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos. (Julho de 2020). *Comunicar más notícias*. Obtido de <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Comunicar-Más-Not%C3%ADcias.pdf>
- Basu-Ray, I., Almaddah, N. k., Adeboye, A., & Soos, M. P. (15 de Janeiro de 2022). *Cardiac Manifestations Of Coronavirus (COVID-19)*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556152/>
- Benner, P. (1984). *De iniciante a especialista: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *de iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Biblioteca Prof. Lydio Bandeira de Mello. (03 de Junho de 2021). *O que é pesquisa documental?* Obtido de <https://biblio.direito.ufmg.br/?p=5114>
- Borges, A. (2021). *Desenvolvimento de competências na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Bowen, G. (Agosto de 2009). *Document Analysis as a Qualitative Research Method*. Obtido de Research Gate: <https://www.researchgate.net/publication/240807798>
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., & Overcash, J. (2017). Breaking Bad News: An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), 573-580. Obtido de Oncology Nursing Society : <https://cjon.ons.org/cjon/21/5/breaking-bad-news-evidence-based-review-communication-models-oncology-nurses>
- Caldeira, S., Calapez Gomes, A., & Frederico, M. (Março de 2011). De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho. *Revista de Enfermagem Referência, III*, 25-35.
- Christensen, M. (2007). Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study. *National Library of Medicine: National Center of Biotechnology Information*, 188-197.

- Conselho Europeu de Ressuscitação Covid-19 Guidelines. (24 de Abril de 2020). *Conselho Europeu de Ressuscitação*. Obtido de <http://cpressuscitacao.pt/wp-content/uploads/2020/05/Guidelines-ERC-COVID-19-1.pdf>
- Concelho Europeu de Reanimação. (2016). *Projeto "escolinhas"*. Obtido de <https://cpressuscitacao.pt/projecto-escolinhas/>
- Considerations for Clinicians in the Diagnosis, P. a.-R. (01 de Agosto de 2017). Sarah A. McLaughlin; Sarah M. DeSnyder; Suzanne Klimberg; Michael Alatraste; Francesco Boccardo; Mark L. Smith; Alicia C. Staley; Paul T. R. Thiruchelvam; Nancy A. Hutchison. Obtido de *Annals of Surgical Oncology*: <https://link.springer.com/article/10.1245%2Fs10434-017-5964-6>
- Crosbie, J., Kilbreath, S. L., Dylke, E., Refshauge, K. M., Nicholson, L. L., Beith, J. M., . . . White, K. (Maio de 2010). *Effects of mastectomy on shoulder and spinal kinematics during bilateral upper-limb movement*. Obtido de National Library of Medicine - National Center of Biotechnology Information: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20223945/>
- Côrtes, A., & Corrêa, A. (29 de Abril de 2019). *Mapa de Portugal: entenda como o país é dividido*. Obtido de <https://www.eurodicas.com.br/mapa-de-portugal/>
- Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dionísio, M. R., Lamas, S., & Silva, F. S. (s.d.). *PATIENT INFORMATION LEAFLETS ARE NOT MEANT TO REPLACE THE INFORMATION, ADVICE AND SUPPORT PROVIDED BY YOUR DOCTOR*. Obtido de *Cancer In Family*: https://www.cancronafamilia.org/media/filer_private/2018/11/07/07_linfedema_en.pdf
- Direção Geral de Saúde. (Fevereiro de 2017). *Norma número 001/2017*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>
- Direção-Geral da Educação. (2010). *Manual de Primeiros Socorros*. Obtido de *SITUAÇÕES DE URGENCIA NAS ESCOLAS, JARDINS DE INFANCIA E CAMPOS DE FÉRIAS*: <https://www.dge.mec.pt/manual-de-primeiros-socorros>
- Direção-Geral da Saúde. (14 de Outubro de 2010). *Norma 008/2010: Programa Nacional de Saúde Escolar - Implementação nos agrupamentos de centros de saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082010-de-14102010-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (28 de Outubro de 2013). *Norma 014/2013, Programa Nacional de Saúde Escolar – Ano Letivo 2013/2014*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2014/04/Orientação-DGS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (Maio de 2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (12 de Agosto de 2015). *Norma 015/2015 - Programa Nacional de Saúde Escolar*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde; Ministério da Saúde. (Maio de 2015). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Földi, M., Albert, U.-S., Helmbrecht, S., Jud, S., Radisic, V. B., Strubel, G., . . . Wagner, S. (Maio de 2017). *S2k Guideline ‘Diagnostics and therapy of lymphoedema’*. Obtido de Das Portal der wissenschaftlichen Medizin: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/058_Ges_D_Lymphologen/058-001le_S2k_Diagnostics_and_therapy_of_lymphoedema_2019-07.pdf
- Ferguson, C. M., Swaroop, M. N., Horick, N., Skolny, M. N., Miller, C. L., Jammallo, L. S., . . . G., A. (07 de Dezembro de 2015). *Impact of Ipsilateral Blood Draws, Injections, Blood Pressure Measurements, and Air Travel on the Risk of Lymphedema for Patients Treated for Breast Cancer*. Obtido de United States National Library of Medicine - National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872021/#B5>
- Ferguson, C. M., Swaroop, M. N., Horick, N., Skolny, M. N., Miller, C. L., Jammallo, L. S., . . . G., A. (07 de Dezembro de 2015). *Impact of Ipsilateral Blood Draws, Injections, Blood Pressure Measurements, and Air Travel on the Risk of Lymphedema for Patients Treated for Breast Cancer*. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872021/#B5>
- Ferguson, C. M., Swaroop, M. N., Horick, N., Skolny, M. N., Miller, C. L., Jammallo, L. S., . . . G., A. (01 de Março de 2016). *Impact of Ipsilateral Blood Draws, Injections, Blood Pressure Measurements, and Air Travel on the Risk of Lymphedema for Patients Treated for Breast Cancer*. Obtido de United States National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872021/#B5>
- Fu, M. R., & Ridner, S. (Setembro de 2011). *Inflammation-Infection: A Complication or Trigger of Lymphedema*. Obtido de National Lymphedema Network:

http://www.overtherainbow.ie/Over_the_Rainbow/Price_List_files/Inflammation%20and%20Infection.pdf

Gabinetes das Secretárias de Estado do Turismo e da Administração Interna e dos Secretários de Estado Adjunto e da Educação e da Saúde. (24 de Fevereiro de 2020). *Despacho n.º 2530/2020*. Obtido de ECONOMIA E TRANSIÇÃO DIGITAL, ADMINISTRAÇÃO INTERNA, EDUCAÇÃO E SAÚDE: <https://files.dre.pt/2s/2020/02/038000000/0001900020.pdf>

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4 ed.). São Paulo: Atlas.

Gil, A. C. (2006). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Brasil: Atlas S.A.

Grasner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., . . . Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *RESUSCITATION*, 161, 61-79.

Grasner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., . . . Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *European Resuscitation Council*, 61-79.

Haak, E. (14 de Novembro de 2021). *Learning cycle*. Obtido de Inchainge Knowledge Base: <https://inchainge.com/knowledge/experiential-learning/learning-cycle/>

Hospital da CUF. (2 de Abril de 2021). *Efeitos da COVID-19 no coração*. Obtido de <https://www.cuf.pt/mais-saude/efeitos-da-covid-19-no-coracao>

Instituto de Emergência Médica. (2017). *Programa de Desfibrilhação Automática Externa*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.inem.pt/category/entidades/programa-dae/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes: <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes/>

Instituto Nacional de Emergência Médica I. P. (2009). *Programa Nacional de DAE*. Obtido de <https://www.inem.pt/category/entidades/programa-dae/>

Instituto Nacional de Emergência Médica; Departamento de Formação em Emergência Médica. (2022). *Manual de Suporte Básico de Vida*. Obtido de https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/10/MANUAL-SBV-DAE-Versão-1-1a-Edição-2021_6Out2021.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (1 de Março de 2021). *Mortes por enfarte agudo do miocárdio*. Obtido de Causas de Morte : https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=458514604&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

- International Council of Nurses. (2006). International Council of Nurses Code of Ethics for Nurses. *International Council of Nurses*, 16.
- Jakes, A. D., & Twelves, C. (20 de Novembro de 2015). *Breast cancer-related lymphoedema and venepuncture: a review and evidence-based recommendations*. Obtido de <https://lymphoedemaeducation.com.au/wp-content/uploads/2020/05/3-Breast-cancer-related-lymphoedema-and-venepuncture-a-review-and-evidence-based-recommendations.pdf>
- Karaer, H., & Ozsaker, E. (2021). Environmental stressors perceived by patients in the surgical intensive care unit and their level of satisfaction with nursing care. *Journal of Perioperative Nursing*, 34, 29-37.
- Kilbreath, S. L., Refshauge, K. M., Beith, J. M., Ward, L. C., Ung, O. A., Dylke, E. S., . . . Gaitatzis, K. (Agosto de 2016). *Risk factors for lymphoedema in women with breast cancer: A large prospective cohort*. Obtido de National Institutes of Health (NIH) - Turning Discovery into Health: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183497/>
- Lee, T. S., & Baumgart, K. W. (Junho de 2012). *Vaccines and risk of lymphoedema: a case report of a breast cancer patient*. Obtido de National Library of Medicine - National Center of Biotechnology Information: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22675681/>
- Leininger, M. M. (1991). *Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality*. Obtido de Nursology: <https://nursology.net/nurse-theories/leiningers-theory-of-culture-care-diversity-and-universality/>
- Lopes, M. B. (06 de Julho de 2019). *Diário de Notícias*. Obtido de Suporte Básico de Vida: <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/06-jul-2019/suporte-basico-de-vida-11080345.html>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). *Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa (Vol. 2(1))*. SERVIR.
- Madeira, S., Porto, J., Henriques, A., Nieves, F., Pinto, N., & Henriques, G. (2020). *Suporte Avançado de Vida (1 ed.)*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S., & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, 89-97.
- McLaughlin, S. A., Brunelle, C. L., & Taghian, A. (22 de Maio de 2020). *Breast Cancer-Related Lymphedema: Risk Factors, Screening, Management, and the Impact of Locoregional Treatment*. Obtido de Journal of Clinical Oncology: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7343436/>

- Ministério da Educação; Ministério da Saúde. (7 de Fevereiro de 2006). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de Saúde Escolar: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/ProtocoloME_MS.pdf
- Ministério da Saúde. (12 de Agosto de 2009). *Decreto-Lei n.º 188/2009 de 12 de Agosto*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2009/08/15500/0524705252.pdf>
- Ministério da Saúde. (8 de Agosto de 2012). *Decreto-Lei n.º 184/2012 de 8 de agosto*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/02-Decreto-Lei-184-2012-de-.....pdf>
- Mishel, M. H. (24 de Maio de 2020). *NURSOLOGY*. Obtido de Incerteza de Mishel na Teoria da Doença e Incerteza Reconceitualizada na Teoria da Doença: <https://nursology.net/nurse-theories/mishels-uncertainty-in-illness-theory/>
- Nabhani-Gebara, S., & Salman, D. (2019). Delivering chemotherapy at home: How much do we know? *British Journal of Community Nursing*. *British Journal of Community Nursing*, 482–484.
- Neto, I. G., Abril, R., Romero, I., & Castro, J. (2021). Desafios e Oportunidades: O Impacto da COVID-19 nos Cuidados Paliativos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 34 (4), 247-249.
- Niazi, S., Niazi, F., Doroodgar, F., & Safi, M. (2022). The Cardiac Effects of COVID-19: Review of articles. *Curr Probl Cardiol*, 47(2).
- Oncology Nursing Society . (Agosto de 2020). *Lymphedema*. Obtido de Oncology Nursing Society: https://www.ons.org/pep/lymphedema?display=pepnavigator&sort_by=created&items_per_page=50
- Organização Mundial da Saúde. (2011). Occupational and community noise.
- Organização Mundial de Saúde. (20 de Agosto de 2020). *Palliative Care*. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Padilha, G. (2020). *Felipe Ades*. Obtido de <https://drfelipeades.com/2016/05/24/conheca-o-port-a-cath-ou-cateter-totalmente-implantado-uma-importante-ferramenta-no-tratamento-com-quimioterapia/>
- Pereira, S., & Rabiais, I. (2018). *SBAR - um modelo de comunicação promotora de segurança do cliente*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Pinho, C. A. (2020). *A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos*. Portalegre: Politécnico de Portalegre.
- Post, W. S. (8 de Dezembro de 2021). *Heart Problems after COVID-19*. Obtido de <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/heart-problems-after-covid19>

- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th Vital Sign? *Acta Médica Portuguesa*, 31 (1), 51-58.
- Rabiais, I. (2016). *A centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado*. Deutschland: Novas Edições Académicas.
- Rabiais, I., Borges, A., & Henriques, P. (2021). *Cirurgia de Ambulatório*. Loures.
- Região Autónoma dos Açores - Assembleia Legislativa. (5 de janeiro de 2011). *Decreto Legislativo Regional n.º 1/2011/A*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-legislativo-regional/1-2011-485601>
- Região Autónoma dos Açores - Assembleia Legislativa. (5 de janeiro de 2011). *Decreto Legislativo Regional n.º 1/2011/A*. Obtido de Diário da República Portuguesa: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-legislativo-regional/1-2011-485601>
- Rua, F. (2014). Os 50 anos do Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Geral de Santo António. *Cuidados Intermédios em Perspectiva*, 89, 1-4.
- Serrano-Gemes, G., Gil, I., Coelho, A., & Serrano-del-Rosal, R. (2021). Avoidant Coping of the Decision-Making Process on the Location of Care in Old Age: A Possible Conspiracy of Silence? *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Serviço Nacional de Saúde. (31 de Maio de 2021). *Guias da Saúde*. Obtido de Suporte básico de vida com desfibrilhador automático externo: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/paragem-cardiorrespiratoria/suporte-basico-de-vida-com-desfibrilhador-automatico-externo/#sec-0>
- Showalter, S. L., Brown, J. C., Cheville, A. L., Fisher, C. S., Sataloff, D., & Schmitz, K. H. (03 de Outubro de 2012). *Lifestyle Risk Factors Associated with Arm Swelling among Women with Breast Cancer*. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122425/>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2016). *Declaração conjunta de entidades Suporte Básico de Vida e Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Obtido de <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a6c445579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a67305a544a6d5a574d7a4c57497759>
- Tavares, M. (3 de Março de 2018). *Vatican News*. Obtido de <https://www.vaticannews.va/pt/papa/news/2018-03/papa-francisco-enfermeiros-saude.html>

- Taveira, M. C. (2015). *Comportamentos de liderança na gestão de conflitos em equipas de trabalho*. Portugal: Academia Militar.
- Thomas F. O'Donnell, J., Rasmussen, J. C., & Sevick-Muraca, E. M. (16 de Janeiro de 2017). *New Diagnostic Modalities in the Evaluation of Lymphedema*. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325714/>
- Thomas F. O'Donnell, J., Rasmussen, J. C., & Sevick-Muraca, E. M. (2017). *New Diagnostic Modalities in the Evaluation of Lymphedema*. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*.
- Thomas F. O'Donnell, J., Rasmussen, J. C., & Sevick-Muraca, E. M. (16 de Janeiro de 2017). *New Diagnostic Modalities in the Evaluation of Lymphedema*. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325714/>
- Toledo, G. E., & Cárdena, O. F. (2015). Análise dos efeitos visuais e não visuais da iluminação natural: benefícios e estratégias. *Cadernos de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo*, pp. 113-129.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Obtido de Nursology: <https://nursology.net/nurse-theories/interpersonal-aspects-of-nursing/>
- Universidade Católica Portuguesa. (25 de Novembro de 2016). *Missão, Visão e Estratégia*. Obtido de <https://www.ucp.pt/pt-pt/catolica/institucional/apresentacao/missao-visao-e-estrategia>
- Universidade Católica Portuguesa. (24 de Janeiro de 2020). *Católica desenvolve projeto CAPS que promove a metodologia Aprendizagem-Serviço*. Obtido de <https://www.ucp.pt/pt-pt/noticias/catolica-desenvolve-projeto-caps-que-promove-metodologia-aprendizagem-servico>
- Williamson, L. (3 de Setembro de 2020). *What COVID-19 is doing to the heart, even after recovery*. Obtido de American Heart Association News: <https://www.heart.org/en/news/2020/09/03/what-covid-19-is-doing-to-the-heart-even-after-recovery>
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B., & Al-Aly, Z. (7 de Fevereiro de 2022). *Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35132265/>
- Zhang, Z., Chen, K., Ni, H., Zhang, X., & Fan, H. (2017). Sedation of mechanically ventilated adults in intensive care unit: a network meta-analysis. *Scientific Reports*.

Apêndice I – Colheita e análise de dados

Fonte	Tipologia	Data de publicação	Título	Análise
Diário da República Portuguesa	Decreto-Lei	ago/09	<u>Decreto-Lei n.º 188/2009 - Diário da República n.º 155/2009, Série I de 2009-08-12</u>	O presente decreto-lei estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de actos de desfibrilhação automática externa (DAE) por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos em ambiente extra-hospitalar no âmbito, quer do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), quer de programas de acesso público à desfibrilhação.
Diário da República Portuguesa	Decreto Legislativo Regional Região Autónoma da Madeira	dez/09	<u>Decreto Legislativo Regional n.º 31/2009/M - Diário da República n.º 251/2009, Série I de 2009-12-30</u>	O presente decreto legislativo regional adapta à Região Autónoma da Madeira o Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto, que estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de actos de desfibrilhação automática externa por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos.

Diário da República Portuguesa	Decreto Legislativo Regional Região Autónoma dos Açores	jan/11	<u>Decreto Legislativo Regional n.º 1/2011/A - Diário da República n.º 3/2011, Série I de 2011-01-05</u>	Prosseguir com a implementação de programas de qualidade, certificação e acreditação dos serviços de saúde com vista a introduzir melhorias de qualidade na prestação de cuidados de saúde, assim como proporcionar o aumento da qualificação dos profissionais que desempenham funções na área. (...) Prosseguir e aprofundar o desenvolvimento da política de formação, privilegiando o envolvimento de toda a população, através do incremento das acção de formação e sensibilização à população, dos cursos básicos de protecção civil e de suporte básico de vida, dos projectos "O Idoso em Segurança" e "Aprender a Socorrer" bem como dos "Clubes de Protecção Civil" nas escolas.
Diário da República Portuguesa	Decreto Legislativo Regional Região Autónoma dos Açores	jan/12	<u>Decreto Legislativo Regional n.º 6/2012/A publicado em Diário da República n.º 16/2012, Série I de 2012-01-23</u>	Aprofundar as parcerias com as regiões ultraperiféricas através de fundos comunitários e reforçar a capacidade de intervenção em sede de emergência médica, nomeadamente dando continuidade à implementação do Programa Regional para a Utilização de DAE por Não Médicos e de Acesso Público à Desfibrilhação (...) .Prosseguir e aprofundar o desenvolvimento da política de formação, privilegiando o envolvimento de toda a população,

				através do incremento das ações de formação e sensibilização à população, dos cursos básicos de proteção civil e de suporte básico de vida, dos projetos «O Idoso em Segurança» e «Aprender a Socorrer» bem como dos «Clubes de Proteção Civil» nas escolas;
Diário da República Portuguesa	Diário da República	ago/12	Diário da República n.º 153/2012, Série I de 2012-08-08, páginas 4182 - 4183	O presente diploma procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de agosto, que estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de atos de desfibrilhação automática externa por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos, em ambiente extra-hospitalar, tornando obrigatória a instalação de equipamentos de desfibrilhação automática externa em locais de acesso público.
Diário da República Portuguesa	Decreto Legislativo Regional Região Autónoma da Madeira	jul/13	Decreto Legislativo Regional n.º 10/2013/M publicado em Diário da República n.º 123/2013, Série I de 2013-06-28, páginas 3820 - 3823	Primeira alteração ao Decreto Legislativo Regional n.º 31/2009/M, de 30 de dezembro, que adaptou à Região Autónoma da Madeira o Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto, que estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de atos de desfibrilhação automática externa por não médicos, bem como a instalação e utilização de

				desfibriladores automáticos externos. Reforçar a dinâmica do Programa Regional de Desfibrilhação Automática Externa (PR-DAE), através da expansão do programa piloto, em colaboração com o Sistema Regional de Saúde;
Diário da República Portuguesa	Decreto Legislativo Regional Região Autónoma dos Açores	out/13	Decreto Legislativo Regional n.º 18/2013/A – publicado em Diário da República n.º 200/2013, Série I de 2013-10-16, páginas 6124 - 6127	Estabelece as regras aplicáveis na Região Autónoma dos Açores à prática de atos de desfibrilhação automática externa (DAE) por não médicos.
Diário da República Portuguesa	Despacho Região Autónoma dos Açores	jan/15	Despacho n.º 295/2015	Açores - aprova o Programa Regional de Desfibrilhação Automática Externa (PRDAE).
Diário da República Portuguesa	Despacho	jul/18	Diário da República n.º 53/2018, Série II de 2018-03-15, páginas 7855 – 7856	Criação do Grupo de Trabalho para Requalificação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa
Diário da República Portuguesa	Resolução da Assembleia da República	set/19	<u>Resolução da Assembleia da República n.º 164/2019 - Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09</u>	A Assembleia da República Portuguesa recomenda ao Governo o ensino de Suporte Básico de Vida nas escolas

Diário da República Portuguesa	Resolução da Assembleia da República	set/19	<u>Resolução da Assembleia da República n.º 180/2019 - Diário da República n.º 176/2019, Série I de 2019-09-13</u>	A Assembleia da República Portuguesa recomenda ao Governo a adoção de medidas de capacitação da população em reanimação cardiopulmonar
Diário da República Portuguesa	Despacho	fev/20	<u>Despacho n.º 2530/2020 - Diário da República n.º 38/2020, Série II de 2020-02-24</u>	Cria o Grupo de Trabalho para Desenvolvimento do Plano Nacional de Desfibrilhação Automática Externa
Diário da República Portuguesa	Resolução da Assembleia da República Região Autónoma da Madeira	jun/2021	<u>Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira n.º 18/2021/M - Diário da República n.º 113/2021, Série I de 2021-06-14</u>	Recomenda ao Governo Regional que implemente um projeto-piloto em suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa «SBV-DAE» no ensino secundário
Diário da República Portuguesa	Resolução da Assembleia da República	out/21	<u>Resolução da Assembleia da República n.º 262/2021 - Diário da República n.º 208/2021, Série I de 2021-10-26</u>	Recomenda a instalação de desfibriladores automáticos externos (DAE) em todos os recintos desportivos e escolas e o reforço da formação em suporte básico de vida
Direção Geral da Educação		jun/2006	Despacho n.º 12.045 /2006	Celebração do protocolo entre o Ministério da Educação e Ciência, através da Direção-Geral da Educação

Direção Geral da Educação	Manual Direção-Geral da Educação	2010	Manual de Primeiros Socorros	Primeiro Socorro é o tratamento inicial e temporário dado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, com o objetivo de prevenir, alertar ou socorrer, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento. Com o Manual de Primeiros Socorros – Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias, a Direção-Geral da Educação, em parceria com instituições de referência, pretende facultar à Escola, com rigor científico, de forma simples e ilustrada, os cuidados mais relevantes a ter em situações de emergência, das mais comuns às mais complexas que podem ocorrer no dia a dia, para que professores, pais e alunos estejam preparados até à chegada do auxílio médico.
Serviço Nacional de Saúde	Despacho n.º 12.045 /2006	fev/06	Despacho n.º 12.045 /2006	Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das

				crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa.
Direção-Geral da Saúde	Plano Nacional de Saúde	2006	Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares	O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, que agora se apresenta, obriga a uma abordagem nacional abrangente e integrada que potencie na população portuguesa, tendo em consideração as especificidades ligadas ao género, a redução dos riscos de contrair estas doenças e a concretização do seu adequado tratamento. (...) Este programa visa atingir os seguintes objectivos finais: Reduzir a incidência de enfarte do miocárdio, particularmente das pessoas abaixo dos 65 anos; Reduzir a incidência de AVC, particularmente das pessoas abaixo dos 65 anos.

Direção-Geral da Saúde	Norma 008/2010	out/10	Programa Nacional de Saúde Escolar, Implementação nos agrupamentos de centros de saúde	A Saúde Escolar é um Programa de indiscutível importância, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, não só pelo seu papel na promoção da saúde, na prevenção, resolução ou encaminhamento de problemas de saúde detectados, mas também pelo seu contributo para a criação de condições ambientais e de relação na escola, favorecedoras da saúde e bem-estar da população escolarizada e consequentemente do seu sucesso educativo e pessoal.
Direção-Geral da Saúde	Plano Nacional de Saúde	mai/13	Plano Nacional de Saúde 2012-2016	Houve investimento em meios de suporte básico e avançado de vida, cujo rácio por 100 000 habitantes mais do que duplicou nos últimos anos. Durante o ano de 2011, 56% das ocorrências (a nível nacional) foram triadas pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) com envio de meios de emergência para o local da ocorrência, tendo-se verificado um aumento de 3% em relação ao ano 2010.
Direção-Geral da Saúde	Norma 014/2013	out/13	Programa Nacional de Saúde Escolar – Ano Letivo 2013/2014	importância de existirem conhecimentos em saúde para serem prestados cuidados de primeiros socorros à vítima e se adequado realizar manobras de suporte básico de vida de forma a reduzir a morbilidade e mortalidade das vítimas

Direção-Geral da Saúde	Plano Nacional de Saúde	mai/15	Plano Nacional de Saúde 2016-2020	A taxa de mortalidade prematura (%) antes dos 70 anos de idade em 2012 é de 22,8%. A projeção deste indicador para 2020 de uma taxa previsível entre 20,5 e 22,0 % Esta revisão do Plano Nacional de Saúde assume o compromisso pela redução progressiva da mortalidade prematura, que deverão ficar em linha com o compromisso assumido para 2020, abaixo dos 20% (Um Estado Melhor, 2014). Esta meta alinha-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuíveis doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas.
Direção-Geral da Saúde	Norma 015/2015	ago/15	Programa Nacional de Saúde Escolar 2015	a formação a alunos/as entre os 10 e 13 anos, durante quatro anos, a quem foi feita reciclagem anual, demonstrou que a partir dos 10 anos são capazes de aprender e de aplicar técnicas de SBV. Esta formação precoce reduz a ansiedade sobre os possíveis erros e aumenta a disponibilidade para ajudar

Palavras-chave:

Reanimação – Diário da República Portuguesa - 749 resultados

Desfibrilhação automática externa – Diário da República Portuguesa - 101 resultados

Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa – Diário da República Portuguesa - 54 resultados

Apêndice II – Locais de formação em suporte básico de vida em Portugal

Nome da Empresa	Sede da Empresa	Link de acesso
Associação humanitária de bombeiros voluntários do faial	Açores	<u>Curso de "Suporte Básico de Vida" - AHBVF</u>
Life First, Emergency Training, SU, Lda.	Açores	<u>https://teamlifefirst.com</u>
Bombeiros Voluntários de Albufeira	Algarve	<u>http://www.bv-albufeira.pt/UPLOAD/Cursos.pdf</u>
Bombeiros Voluntários de Lagos	Algarve	<u>https://correiodelagos.com/associativismo/bombeiros-de-lagos-ministram-varias-formacoes/</u>
Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas	Algarve	<u>https://fmcb.ualg.pt/projeto-crescer-salvar</u>
Unave	Aveiro	<u>Suporte Básico de Vida – Unave</u>
Alento	Beja	<u>Suporte Básico de Vida com DAE - Alento</u>

Sindicato independente dos profissionais de enfermagem	Coimbra	https://www.sipenf.org.pt/cursos-sbv-dae/
Safetymar	Coimbra	<u>Curso SBV (INEM) – Suporte Básico de Vida Adulto – SafetyMar</u>
Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus	Évora	<u>Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus / Informações / Cursos Livres - Suporte Básico de Vida (uevora.pt)</u>
2siglas	Faro	<u>Primeiros socorros e suporte básico de vida - 2Siglas</u>
Associação Multifacetada da Guarda	Guarda	<u>https://doity.pt/curso-sbv-dae-c1</u>
associação portuguesa dos guias-intérpretes e correios de turismo	Lisboa	<u>https://agicportugal.com/formacao/curso-suporte-basico-de-vida/</u>
Associação Salvar mais vidas	Lisboa	<u>https://pt-pt.facebook.com/salvarmaisvidas/</u>

CEFAD	Lisboa	<u>Suporte Básico de Vida DAE - Cefad Formação Profissional</u>
CURSOS COM ACREDITAÇÃO INEM - cruz vermelha portuguesa	Lisboa	<u>ESO- Cursos Inem (esocvp.org)</u>
Dar+	Lisboa	<u>Workshop Suporte Básico de Vida (darmais.pt)</u>
Espiral Soft	Lisboa	<u>Curso de Suporte Básico de Vida (SBV) (espiralsoft.pt)</u>
Formação desportiva	Lisboa	<u>CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (com DAE) Formação Desportiva (formacaodesportiva.pt)</u>
Hospital Fernando Fonseca	Lisboa	<u>https://hff.min-saude.pt/escola-reanimacao/</u>
Ordem dos Farmacêuticos	Lisboa	<u>Formação Contínua Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa - Eventos - Ordem dos Farmacêuticos (ordemfarmaceuticos.pt)</u>
Quironprevention	Lisboa	<u>http://www.vivamais.com/lojaformacaoelearning/Home/Curso/1009</u>
Blue Ocean Medical, Lda.	Lisboa	<u>Renata</u>

OCEAN médica	Lisboa	<u>Ocean Medical - Formação certificada em Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Avançado de Vida (SAV), Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) e Trauma. (ocean-medical.com)</u>
Madeira Emergência	Madeira	https://www.madeira-emergencia.com/cursos
PRO eLearning Institute	Madeira	https://proinstitute.pt/produto/suporte-basico-de-vida-8h/
Comunilog Consulting Lda	Portalegre	https://www.emagister.pt/comunilog-consulting-lda-cursos-79827-centrodetalles.htm
Infeira	Porto	<u>Formação de Suporte Básico de Vida (SBV) - INFEIRA</u>
CESPU	Porto	<u>Curso de Suporte Básico de Vida/DAE (cespu.pt)</u>
Escola Superior de Saúde de Santa Maria	Porto	https://www.santamariasaude.pt/curso-de-suporte-basico-de-vida-com-desfibrilhacao-automatica-externa/
Escola superior de saúde do porto	Porto	<u>FORMAÇÃO "SBV-DAE (Suporte Básico de Vida c/ Desfibrilação Automática Externa)" — Escola Superior de Saúde (ipp.pt)</u>
I9project	Porto	<u>Suporte Básico de Vida - I9PROJECT - Formação e eLearning</u>

Projeto escolinhas (Concelho Português de Ressuscitação)	Porto	https://cpressuscitacao.pt/projecto-escolinhas/
Reanima	Porto	<u>Reanima - Formação Certificada em Reanimação e Doente Crítico Curso de Reanimação Cardiopulmonar / Desfibrilhação Automática Externa</u>
VP Formação	Porto	https://vpformacao.com/regulamento-interno/
Workapt	Porto	<u>WORKAPT</u>
Itm Consultoria	Porto	https://itm.pt/cursos-de-socorrismo-sbv-inem-dae/#SBVDAE
Associação humanitária bombeiros voluntários de Abrantes	Santarém	<u>Formação - AHBVA (bvabrant.es.pt)</u>
CNAPEF – EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO	Setúbal	https://cnapec.wordpress.com/2019/12/12/suporte-basico-de-vida-nas-aprendizagens-essenciais-na-educacao-fisica/
Associação humanitária bombeiros voluntários da quinta do conde	Setúbal	<u>Suporte Básico de Vida (SBV) - Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Vila do Conde (bvviladoconde.pt)</u>

Sinestecnopolo	Setúbal	<u>Suporte Básico de Vida Adultos (SBV- Adultos) Sines Tecnopolo</u>
Motriviana	Viana do Castelo	<u>Suporte Básico de Vida - Adulto Motriviana</u>

Apêndice III – Projeto Capacitar Para Salvar

O projeto de intervenção nas escolas - **Capacitar para Salvar** - iniciou em 2012 a sua atividade, sendo suportado por workshops de sessões de educação para a saúde sobre suporte básico de vida e a desenvolver-se em torno da divulgação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A realização do Projeto Capacitar para Salvar mantém-se imperativo nos dias de hoje, uma vez que a principal causa de morte em Portugal são as doenças cardiovasculares e a capacidade de atuação, com qualidade aumenta a probabilidade de sobrevivência da vítima.

Segundo o Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020, a promoção e proteção da saúde enfatiza a importância de obter ganhos em saúde de forma individual ou coletiva através de objetivos comuns que se demonstrem determinantes em saúde, a integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis, potenciando ganhos em saúde (Direção-Geral da Saúde; Ministério da Saúde, 2015).

Tendo por base a missão da Universidade Católica Portuguesa “*produzir e partilhar conhecimento crítico, inovador e socialmente relevante, ao serviço do desenvolvimento integral da pessoa e do bem comum*” (Universidade Católica Portuguesa, 2016) e considerando que o ser humano é conceptualizado como pessoa que se concretiza num projeto de saúde, cuidando de si, dos outros, das coisas e do mundo que o rodeia, suportamos, o projeto de formação em suporte básico de vida nas escolas secundárias.

O projeto assume como objetivo geral: capacitar os estudantes, para uma intervenção cívica, enquanto agentes promotores de saúde, prevenindo a doença e construindo uma sociedade saudável, onde suscitar estas experiências também é educar para a cidadania com repercussões para a coesão social.

Suporta-se também em objetivos específicos, que dão corpo às sessões de formação, onde se pretende ensinar, instruir e treinar a comunidade escolar sobre medidas de Suporte Básico de Vida; divulgar o Curso de Licenciatura em Enfermagem e a Escola de Enfermagem; Contribuir para o desenvolvimento de competências no domínio da promoção da saúde, dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

No âmbito das atividades de ensino, a equipa é formada pela coordenadora do projeto e que está presente nas formações, 7 enfermeiros Alumni, 4 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem

e 2 estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A apresentação dos estudantes, dos professores enquanto enfermeiros e docentes na Universidade Católica, visa, no início da sessão, promover e divulgar o Curso de Licenciatura em Enfermagem, enfatizando o ensino de proximidade e qualidade que caracteriza a instituição ao longo dos anos.

As referidas formações, mantiveram uma componente teórica, uma fase de demonstração e uma componente prática de treino, supervisionado pelos formadores, com uma duração média de 90 minutos.

O Centro de Enfermagem da Católica (Lisboa) é uma estrutura que agrega os projetos de extensão comunitária e promove as atividades de serviços de enfermagem. A prestação de serviços de Enfermagem inclui a prestação de cuidados, mas também a ação formativa e de assessoria científica e técnica no âmbito dos Projetos de extensão Comunitária.

Em 2020, *“a Universidade Católica Portuguesa (UCP) arrancou em janeiro com um projeto nacional que visa a promoção da metodologia Aprendizagem-Serviço (ApS) na Universidade e o envolvimento futuro de outras instituições de ensino superior (IES) em Portugal. Este modelo de aprendizagem integra-se em linhas de inovação pedagógica e de responsabilidade social em que a UCP tem vindo a apostar, reforçando assim a sua vocação de intervenção na sociedade, seja através dos profissionais que forma ou do trabalho que desenvolve em parceria com múltiplos interlocutores, em alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).”* (Universidade Católica Portuguesa, 2020). Nesse ano o Projeto Capacitar Para Salvar integrou formalmente esta a metodologia.

A metodologia educativa ApS promove nos estudantes uma compreensão mais abrangente e aprofundada dos temas curriculares, a par de um maior sentido de responsabilidade cívica. As experiências unem aprendizagens a um serviço na comunidade e estão normalmente inseridas em unidades curriculares. Existem unidades curriculares do Curso de Licenciatura em Enfermagem que permitem aos estudantes mobilizarem conhecimentos e demonstrarem competências para colaborarem sob supervisão neste projeto, concretamente: Enfermagem e Corporalidade, Enfermagem e Adoecer Humano II, Ensino Clínico 10 – Intervenção na Comunidade, Ensino Clínico 11 – Enfermagem Integral. No curso de Mestrado e no Curso de Pós-Graduação, os estudantes desenvolvem a dimensão da investigação associada à formação, numa lógica de complementaridade.

A formação académica e o compromisso social têm que estar de mãos dadas no percurso da Vida, nesse sentido, os estudantes desenvolvem os seus conhecimentos e as suas competências quer através da vivência e intervenção numa atividade de serviço que responde a necessidades previamente identificadas com a comunidade, quer através de um processo contínuo de reflexão guiada.

A ApS assenta no ideal de que a melhor forma de aprender é fazer e o Projeto Capacitar Para Salvar potencia nos seus workshops momentos de treino sendo, por isso, 50% do tempo da formação dedicado à simulação. *“O realismo de uma experiência clínica simulada atinge o seu expoente máximo quando se associa a um conjunto de materiais e equipamentos que recriam um ambiente semelhante ao da prática clínica e a um simulador de alta-fidelidade, que reage fisiologicamente como se de uma pessoa se tratasse”* (Batista, (2010) citado por (Borges, 2021, p. 19)).

“A prática simulada enquanto estratégia ativa utilizada na formação em saúde, contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico e da autoconfiança, auxiliando na promoção da segurança do doente, sendo profícua na aquisição de novos conhecimentos e no entendimento de relações conceituais e práticas” (idem (Borges, 2021, p. 26)).

Antes de todas as sessões de formação é realizada uma reunião de equipa para delinear estratégias de abordagem e redefinir intervenções. No final das mesmas é realizado um debriefing sendo este uma ferramenta educacional *“com base nos princípios da teoria de aprendizagem de adultos através de determinado evento com o intuito de gerar uma discussão referente à vivência do cenário clínico”*, de forma a promover o desenvolvimento do pensamento crítico e da autoconfiança (Borges, 2021, p. 29).

No final dos workshops é entregue um questionário ou o link da plataforma Google Forms® para que posteriormente os formandos possam avaliar a sessão de formação e para que possamos compreender o estado de arte do conhecimento em SBV previamente à realização da mesma. Os dados são exportados para uma base de dados criada na plataforma Excel® para posterior análise.

Planeamento

Desde 2020 verificou-se um aumento de pedidos de formação em suporte básico de vida, assume-se que este aumento esteja diretamente relacionado com o facto da comunidade escolar assumir a importância da temática e das formações por profissionais, numa sociedade que se pretende cada vez mais capacitada e na qual a necessidade de formação é imperativa.

O crescente número de sessões às quais foi dada resposta superou a carga horária contemplada pelo Instituto de Ciências da Saúde, mas a equipa assumiu o compromisso por saber o impacto e benefício social implícito na realização das mesmas.

Este ano, como já no ano transato, aguardamos que as instituições de ensino nos contactem e após esse contacto, analisamos a possibilidade de realizar as sessões solicitadas.

- **Novas estratégias**

Nos últimos três anos o número de estudantes formados foi superior ao expectável dadas as restrições inerentes ao estado pandémico desde 2020. Entre 2017 e 2022, por ausência de resultados entre 2012 e 2017 foram formados em suporte básico de vida, **2673 pessoas**.

Em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou o estado de Pandemia por SARS-Cov-2, pelas medidas de segurança implementadas pela Direção-Geral da Saúde através do documento Referencial para as escolas | 2020 e ainda pela norma 004/2020, Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2 tornou-se perentório delinear novas estratégias de atuação de forma a realizar as formações de suporte básico de vida em contexto escolar que se revelam fulcrais dado o crescente aumento de casos de morte súbita em Portugal e em populações cada vez mais jovens.

Numa geração cada vez mais tecnológica, importa potenciar a literacia em saúde através das redes sociais onde os jovens passam tantas horas. Após reunião de equipa, passamos a realizar as sessões de suporte básico de vida através de plataformas como Zoom Colibri® e Microsoft Teams® sempre que as condições de segurança não estejam garantidas para formações presenciais (preferencial) uma vez que a componente prática assume um cariz importante nas mesmas e a interação se torna mais dinâmica e com mais qualidade.

Assumimos também como objetivo aumentar a proximidade à comunidade estudantil através da criação de uma conta de Instagram, gerida pela coordenadora do projeto e os 3 Enfermeiros Alumni (formadores), na qual consta o link de acesso à página do Projeto no site do Instituto Superior da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, fotografias, vídeos e outras informações escritas relevantes sobre a temática e o Projeto.

Após a realização de cada formação é partilhado com os estudantes através de um Qr Code a página @capacitarparasalvar.

Desta forma, a comunidade estudantil, familiares, amigos, professores, entre outros, poderão acompanhar as nossas publicações com o objetivo de recordar o seu conhecimento, com a possibilidade de partilhar o conteúdo, sustentado em informação de acesso livre e científica.

Para que esta partilha seja possível a conta é de cariz público, no entanto não serão permitidos comentários públicos face às publicações e também não serão garantidas respostas face a mensagens privadas.

Para a implementação das alterações ao projeto a Coordenadora do Projeto solicitou autorização, por e-mail, à Coordenadora da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a criação da conta pública de Instagram, realização de sessões

de formação online e criação de questionários de avaliação das mesmas via Google Forms®. Convido os leitores a conhecerem a página de Instagram **@capacitarparasalvar**.

Forão criados vídeos de simulação sobre a forma de atuar face a uma ocorrência de perda de consciência, mas com manutenção da via aérea e ainda situações de paragem cardiorrespiratória.

Valorizada a importância e existência deste Projeto todas as publicações feitas, sempre que solicitado, também serão partilhadas na página de Facebook Há Saúde na Católica (convido o leitor a conhecerem também esta página).

- **Recursos Financeiros**

Impressão de documentos, compressas 5x5, álcool 70º, lavagem do cobertor, manutenção do manequim, aquisição de pólos azuis da Universidade Católica Portuguesa.

* Todos os intervenientes encontram-se em regime de voluntariado.

- **Recursos Humanos**

Coordenadora, Formadores (Alumni) e Colaboradores (estudantes do curso de licenciatura).

- **Recursos Materiais**

Rool-up, manequim de simulação, cobertor, pocket mask, documentos de avaliação das sessões, panfletos de divulgação do curso de licenciatura, compressas 5x5 não esterilizadas, álcool 70º, pólos azuis da Universidade Católica Portuguesa, álcool gel e máscaras de proteção individual (cirúrgicas ou FFP2).

- **Formação**

Nos dias 28 e 29 Outubro de 2021 participámos no II Simpósio Global Uniservitate sob o tema «Aprendizagem-Serviço, Educação Integral e Espiritualidade Transformadora», considerando as seguintes vertentes:

1. A Aprendizagem-Serviço como caminho de espiritualidade.
2. A Aprendizagem-Serviço como contributo para a educação integral: mãos, cabeça e coração.
3. A Aprendizagem-Serviço: experiências e processos de institucionalização.

A participação no evento decorreu na vertente de Aprendizagem-Serviço, Educação Integral e Espiritualidade Transformadora, sob a forma de apresentação em mesa-redonda intitulada:

CAPACITAR PARA SALVAR: UMA EXPERIÊNCIA DE ESPIRITUALIDADE E APRENDIZAGEM EM SERVIÇO

APRENDIZAJE-SERVICIO EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR CATÓLICA

CAMPUS





PROJECT NETWORK EXPERIENCES RESOURCES SYMPOSIA NEWS EN Q

21 OCTOBER, 2021

CAPACITAR PARA SALVAR: UMA EXPERIÊNCIA DE ESPIRITUALIDADE E APRENDIZAGEM EM SERVIÇO



AN EVER-EXPANDING GLOBAL NETWORK

Each day offers us a new opportunity, a new possibility... We have the space we need for co-responsibility in creating and putting into place new processes and changes. Let us take an active part in renewing and supporting our troubled societies. Today we have a great opportunity to express our innate sense of fraternity... (Fratelli Tutti, 77)

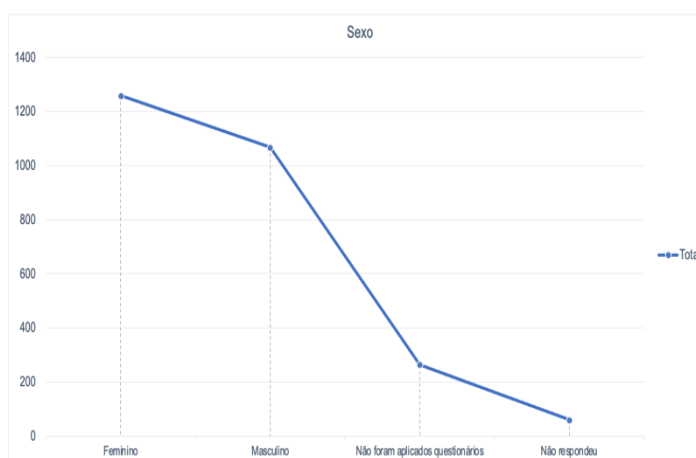


Resultados

A análise de conteúdo traduz que entre 2017 e 2022 foram realizados workshops para 2675 formandos, aos formandos com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos foi aplicado um questionário diferente, adaptado à idade que não contempla todas as questões analisadas de seguida. Às crianças entre os 2 e os 5 anos não foram aplicados questionários.

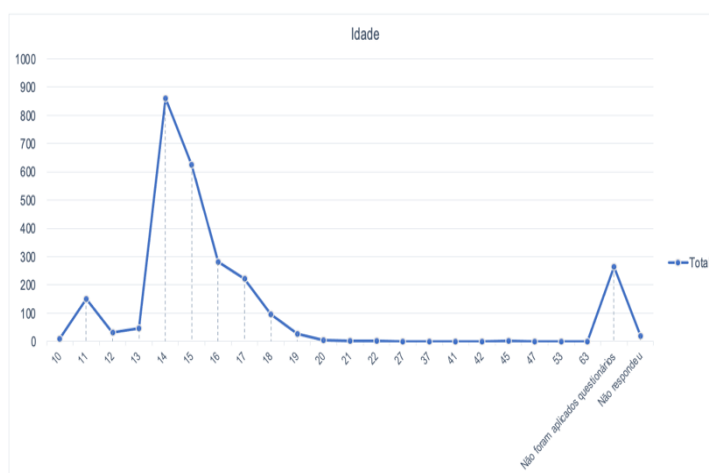
Dos 2675 formandos, 1270 (47,48%) são do género feminino, 1078 (40,30%) do género masculino, 63 (2,36%) não responderam e a 264 (9,87%) não foram aplicados os questionários.

Sexo	Contagem de Nº Q
Feminino	1259
Masculino	1068
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	60
Total Geral	2651



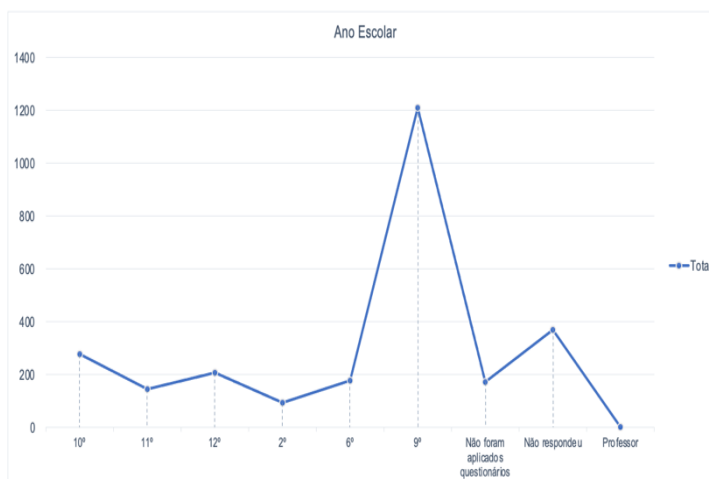
As idades estão compreendidas entre os 2 e os 63 anos sendo que só a partir dos 5 anos foram aplicados questionários. Dos 2675 formandos 1 (0,04%) tinha 5 anos, 4 (0,15%) tinha 6 anos, 6 (0,22%) tinham 7 anos, 4 (0,15%) tinham 8 anos, 4 (0,15%) tinham 9 anos, 11 (0,41%) tinham 10 anos, 150 (15,61%) tinham 11 anos, 32 (1,20%) tinham 12 anos, 46 (1,72%) tinham 13 anos, **859 (32,11%) tinham 14 anos**, 624 (23,33%) tinham 15 anos, 281 (10,50%) tinham 16 anos, 223 (8,34%) tinham 17 anos, 97 (3,33%) tinham 18 anos, 27 (0,01%) tinham 19 anos, 5 (0,19%) tinham 20 anos, 3 (0,11%) tinham 21, outros 3 (0,11%) formandos tinham 22 anos, 4 formandos (0,04%/cada) tinham 27, 37, 41, 42 anos respetivamente, 2 pessoas (0,07%) com 45 anos, 1 (0,04%) formando com 47, outro (0,04%) com 53 e por fim, o formando mais velho outro 63 anos (0,04%).

Idade	Contagem de Nº Q
10	9
11	150
12	32
13	46
14	859
15	624
16	281
17	223
18	97
19	27
20	5
21	3
22	3
27	1
37	1
41	1
42	1
45	2
47	1
53	1
63	1
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	19
Total Geral	2651



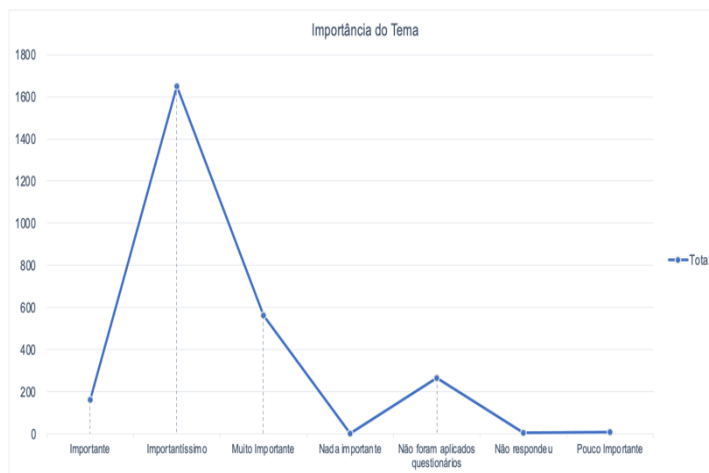
Relativamente ao ano de escolaridade verifica-se que 3 (0,11%) frequentavam o 1º ano, 95 (3,55%) o 2º ano, 1 (0,04%) o 3º ano, 3 (0,11%) o 4º ano, 178 (6,75%) o 6º ano, **1209 (45,20%) o 9º ano**, 277 (10,76%) o 10º ano, 145 (5,42%) o 11º ano, 207 (7,74%) o 12º ano. 285 (10,65%) não responderam à questão e a 171 (6,39%) formandos não foi aplicado o questionário.

Ano Escolar	Contagem de Nº Q
10º	277
11º	145
12º	207
2º	93
6º	178
9º	1209
Não foram aplicados questionários	171
Não respondeu	370
Professor	1
Total Geral	2651



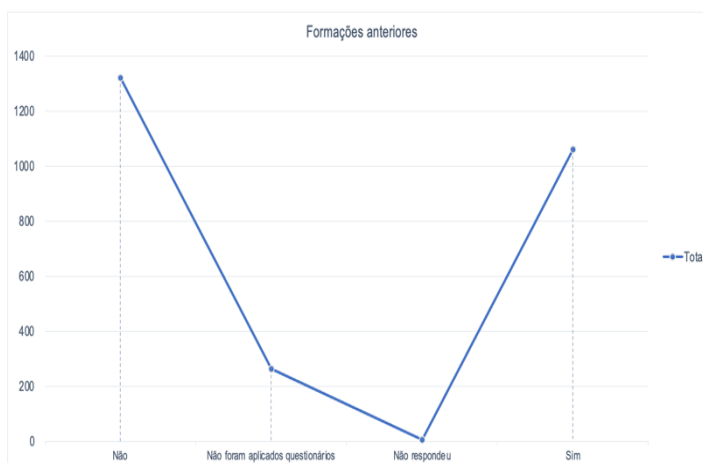
Dos 2651 formandos, **1651 (61,72%)** consideraram o workshop como **importantíssimo**, 561 (20,97%) como muito importante, 161 (6,02%) como importante, 8 (0,34%) como pouco importante, 1 (0,04%) como nada importante, 5 (0,19%) não responderam e a 264 (9,87%) não foi aplicado o questionário.

Importância do Tema	Contagem de Nº Q
Importante	161
Importantíssimo	1651
Muito importante	561
Nada importante	1
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	5
Pouco importante	8
Total Geral	2651



Verifica-se que 1060 (39,63%) já tinham realizado previamente formações de suporte básico de vida, **1321 (49,38%) nunca tinham realizado qualquer formação na área** e 6 (0,22%) não responderam e a 264 (9,87%) não foi aplicado o questionário.

Formações anteriores	Contagem de Nº Q
Não	1321
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	6
Sim	1060
Total Geral	2651



Face ao motivo pelo qual, eventualmente nunca teriam realizado uma formação sobre suporte básico de vida, 120 (4,49%) desconheciam a existência destas formações, 209 (7,81%) não sabiam onde poderiam realizá-las, 66 (2,47%) não consideraram do seu interesse, **928 (34,69%) já tinham ouvido falar destas formações, mas nunca tiveram oportunidade de realizar**, 26 (0,97%) não responderam. A 8 (0,34%) formandos foi anulada a resposta no seguimento de terem respondido “sim” na questão anterior que visava conhecer quais os formandos com formações anteriores. A 264 (9,87%) formandos não foi aplicado o questionário.

Sem formações anteriores	Contagem de Nº Q
Desconhecia a existência destas formações	120
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	26
Não sabia onde o poderia fazer	209
Nunca me interessou	66
Resposta anulada	8
Tinha ouvido falar, mas nunca tive oportunidade	928
Total Geral	1621



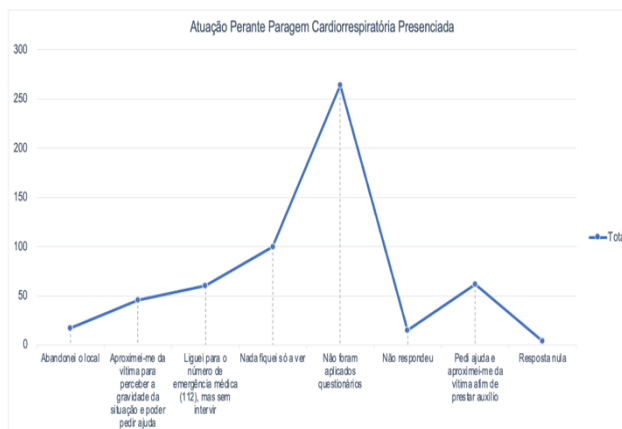
Quando questionados se tinham assistido a uma paragem cardiorespiratória, 283 (10,58%) responderam afirmativamente, **2098 (78,43%) nunca tinham assistido** e 6 (0,22%) não responderam. A 264 (9,87%) formandos não foi aplicado o questionário.

Paragem Cardiorrespiratória Pres	Contagem de Nº Q
Não	2098
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	6
Sim	283
Total Geral	2651



Quando questionado quem assistiu a uma paragem cardiorrespiratória sobre a sua atuação, 17 (0,64%) referiram ter abandonado o local, 46 (1,72%) aproximaram-se da vítima para perceber a gravidade da situação e pedir ajuda, 60 (2,24%) contactaram o número europeu de emergência médica, mas sem intervenção direta, **100 (3,74%) não atuaram, ficando apenas a ver**, 62 (2,32%) pediram ajuda e aproximaram-se da vítima a fim de prestar auxílio, 15 (0,56%) não responderam e 4 (0,17%) respostas foram anuladas por não serem congruentes com a resposta anterior. A 264 (9,87%) formandos não foi aplicado o questionário.

Atuação perante Paragem Cardiorrespiratória Presenciada	Contagem de Nº Q
Abandonei o local	17
Aproximei-me da vítima para perceber a gravidade da situação e poder pedir ajuda	46
Liguei para o número de emergência médica (112), mas sem intervir	60
Nada fiquei só a ver	100
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	15
Pedi ajuda e aproximei-me da vítima afirmando de prestar auxílio	62
Resposta nula	4
Total Geral	568



Após a realização do workshop, **1043 (38,99%) formandos sentem-se preparados para atuar perante uma situação de paragem cardiorespiratória**, 839 (31,36%) sentem-se preparados, mas ainda com algumas dúvidas, 47 (1,56%) não se sentem preparados, 438 (16,37%) só o fariam se não houvesse outra hipótese e 20 (0,75%) não responderam à questão. A 264 (9,87%) formandos não foi aplicado o questionário.

Capacidade de atuar perante PCR	Contagem de Nº Q
Estou preparado(a)	1043
Estou preparado(a), mas com algumas dúvidas	839
Não foram aplicados questionários	264
Não me sinto preparado(a)	47
Não respondeu	20
Só o faria se não houvesse outra hipótese	438
Total Geral	2651



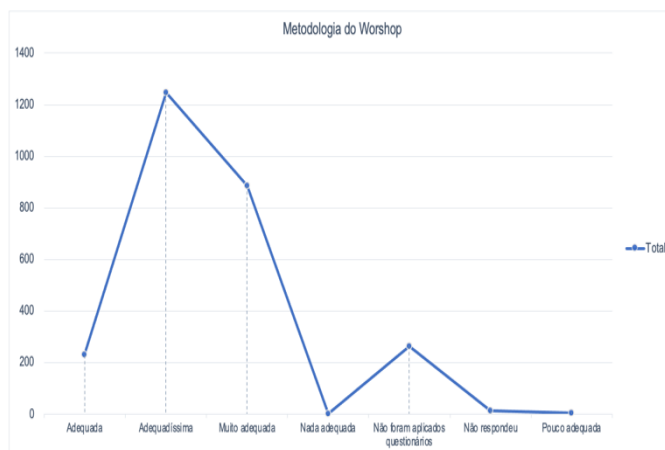
Após a sessão, **2183 (81,61%) sentem-se motivados para aprender mais sobre a temática**, 186 (6,95%) não se sentem motivados e 18 (0,67%) não responderam à questão. A 264 (9,87%) formandos não foi aplicado o questionário.

Motivação Para Saber Mais	Contagem de Nº Q
Não	186
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	18
Sim	2183
Total Geral	2651



Face à metodologia da sessão, **1247 (46,62%) formandos avaliam-na como adequadíssima**, 886 (33,12%) muito adequada, 6 (0,22%) pouco adequada, 231 (8,64%) adequada, 2 (0,07%) não adequada e 15 (0,56%) não responderam. A 264 (9,87%) formandos não foi aplicado o questionário.

Metodologia do Workshop	Contagem de Nº Q
Adequada	231
Adequadíssima	1247
Muito adequada	886
Nada adequada	2
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	15
Pouco adequada	6
Total Geral	2651



Face às sugestões dos formandos, as mesmas foram agrupadas em 6 categorias: 7 (0,26%) formandos sugeriram mais material disponível, 4 (0,17%) mais partilha de experiências, **125 (5,32%) sugeriram mais tempo de prática**, 17 (0,64%) a realização de mais formações, 3 (0,11%) mais teoria, 6 (0,22%) outras experiências e 2225 (83,18%) não respondeu. A 264 (9,87%) formandos não foi aplicado o questionário.

Sugestões	Contagem de Nº Q
Mais material	7
Mais partilha de experiências	4
Mais prática	125
Mais teoria	3
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	2225
Mais formações	17
Outras experiências	6
Total Geral	2651



Quanto ao mais importante na formação, as respostas foram agrupadas em 10 categorias: **675 (25,23%) consideraram tudo importante**, 559 (20,90%) a componente prática, 602 (22,50%) aprender a salvar vidas/ capacitar, 135 (5,05%) a teoria, 83 (3,10%) a interação formador-estudante/ metodologia, 8 (0,30%) recordar a aprendizagem, 2 (0,07%) a sensibilização para a temática, 321 (12,00%) não responderam, 2 (0,07%) estudantes apresentaram respostas não concordantes com a questão. A 264 (9,87%) formandos não foi aplicado o questionário.

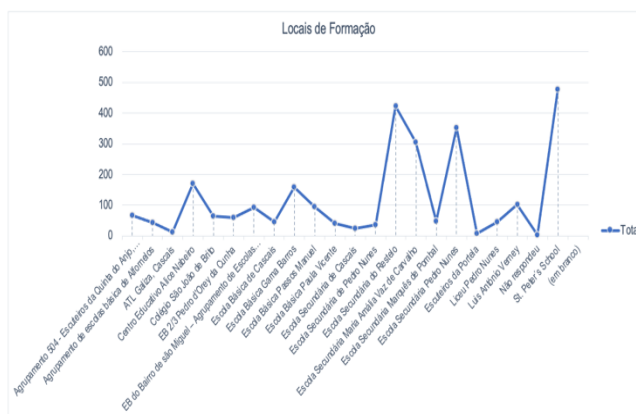
Mais Importante da Sessão	Contagem de Nº Q
Aprender a salvar vidas/ capacitar	602
Interação formador-estudante/ metodologia	83
Não foram aplicados questionários	264
Não respondeu	321
Prática	559
Recordar a aprendizagem	8
Resposta não concordante	2
Sensibilização para a temática	2
Teoria	135
Tudo	675
Total Geral	2651



Entre 2017 e 2022 formamos 2675 estudantes de 21 escolas/ colégios/ agrupamentos distintos: 67 (2,50%) do Agrupamento 504, Escuteiros da Quinta do Anjo; 44 (1,64%) do Agrupamento de Escolas Básicas de Alfarelos; 423 (18,01%) formandos na Escola Secundária do Restelo, 367 (15,62%) no Colégio St. Peter's School, 352 (14,99%) na Escola Secundária Pedro Nunes, 304 (12,94%) na Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho; 171 (7,28%) no Centro Educativo Alice Nabeiro; 158 (6,73%) na Escola Básica Gama Barros; 103 (4,38%) na Escola Luís António Verney; 96 (4,09%) na Escola Básica Passos Manuel, 60 (2,55%) na Escola Básica 2/3 Pedro d'Orey da Cunha, 45 (1,92%) na Escola

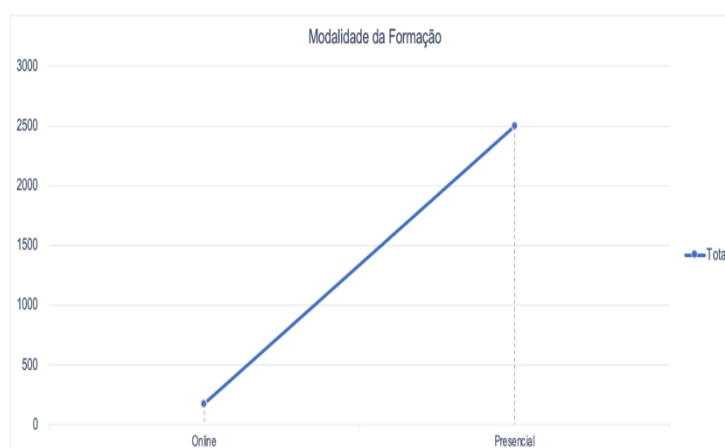
Básica de Cascais; 44 (1,87%) no Agrupamento de Escolas Básicas de Alfarelos; 41 (1,75%) na Escola Paula Vicente; 36 (1,53%) no Colégio São João de Brito; 36 (1,53%) na Escola Secundária Pedro Nunes; 24 (1,02%) na Escola Secundária de Cascais; 13 (0,55%) no Atividades de Tempos Livres (ATL) da Galiza, Cascais; 8 (0,34%) nos Escuteiros da Portela; 3 (0,13%) não responderam.

Locais de Formação	Contagem de Nº Q
Agrupamento 504 - Escuteiros da Quinta do Anjo, Palmela	67
Agrupamento de escolas básica de Alfarelos	44
ATL Galiza, Cascais	13
Centro Educativo Alice Nabeiro	171
Colégio São João de Brito	65
EB 2/3 Pedro d'Orey da Cunha	60
EB do Bairro de São Miguel – Agrupamento de Escolas Rainha D. Leonor	93
Escola Básica de Cascais	45
Escola Básica Gama Barros	158
Escola Básica Passos Manuel	96
Escola Básica Paula Vicente	41
Escola Secundária de Cascais	24
Escola Secundária de Pedro Nunes	36
Escola Secundária do Restelo	423
Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho	304
Escola Secundária Marquês de Pombal	47
Escola Secundária Pedro Nunes	352
Escuteiros da Portela	8
Liceu Pedro Nunes	45
Luis António Verney	103
Não respondeu	3
St. Peter's School (em branco)	477
Total Geral	2675



Dos 2348 formandos, **2476 (92,56%) realizaram o workshop presencial** e 175 (6,54%) via online através da plataforma Zoom Colibri® ou Microsoft Teams®. A análise dos resultados e a evidência científica demonstram a relevância da componente prática na aquisição de competências e os próprios formandos também a identificam. Motivo pelo qual a realização de sessões presenciais aliadas à realização de treino são as preferenciais.

Modalidade da Formação	Contagem de Nº Q
Online	175
Presencial	2500
Total Geral	2675



A grande maioria dos workshops são realizados presencialmente e embora não haja resultados oficiais, os formandos que assistiram à formação online, assinalaram como negativa a impossibilidade de treinar; contudo a estes formandos não foi aplicado o questionário por nem todos terem acesso a computadores.

No final das sessões de formação realiza-se um breve debriefing para identificar pontos fortes e aspetos a melhorar para futuras formações, bem como para compreender como é que os elementos da equipa se sentiram e permitir momentos de reflexão.

De forma a aumentar a proximidade à comunidade estudantil foi criada uma página de Instagram® de cariz público (**@capacitarparasalvar**) onde são partilhados conteúdos digitais sobre a temática. Convido o leitor a conhecer.

Apêndice V - Guia Prático Citotóxicos



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

GUIA PRÁTICO DE CITOTÓXICOS E ANTICORPOS MONOCLONAIS

Trabalho integrado na unidade curricular A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Estudante: Patrícia Henriques

Orientadora Pedagógica: Prof. Doutora Manuela Madureira

Orientador Clínico: Enfermeiro Mestre Tiago Mineiro

Lisboa, 01 de junho de 2021

A elaboração deste trabalho tem como propósito responder favoravelmente aos objetivos da unidade curricular A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica integrada no 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O estágio decorre num período de 7 semanas entre os dias 19 de abril e 4 de junho de 2021, num total de 180 horas de contacto, na Área de Cuidados Intensivos e Recobro (ACIR) do Centro Clínico Champalimaud sob orientação do Enfermeiro Especialista e Mestre Tiago Mineiro.

A realização de tratamentos de quimioterapia e/ou anticorpos monoclonais não constitui uma prática diária no serviço ACIR, mas é algo que por vezes ocorre e que, na sequência de momentos de reflexão com o Enfermeiro Orientador, foi identificado como uma necessidade formativa em serviço. Desta forma, proponho elaborar e apresentar um guia prático sobre administração de citotóxicos e anticorpos monoclonais no qual vou incluir informação sobre os protocolos mais comuns no Centro Clínico Champalimaud.

Com a realização do presente trabalho pretendo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica submetida a tratamento de quimioterapia e/ ou anticorpos monoclonais. O mesmo encontra-se estruturado em 3 fases: considerações iniciais; constituição dos protocolos institucionais frequentemente utilizados e a identificação da pré-medicação, sequência de administração, informação extra relevante e a periodicidade do tratamento. Numa última fase são abordados os principais efeitos secundários, associados às terapêuticas apresentadas, classificados como frequentes e muito frequentes.

O presente documento é escrito com base no novo acordo ortográfico e sendo um guia prático não contempla o capítulo de referências bibliográficas de forma a facilitar o utilizador, este após a descrição dos efeitos secundários frequentes e muito frequentes irá encontrar o link ou referência bibliográfica correspondente de forma a tornar o processo de pesquisa mais célere e intuitivo.

Significado das siglas presentes no documento

PO – per os (via oral);

EV – endovenosa;

SC – subcutâneo;

D X – Contabilização dos dias em função da primeira administração do ciclo de tratamento;

ACIR – Área de Cuidados Intensivos e Recobro.

Protocolo de Emergência

Após avaliação do doente (A-B-C-D-E), em caso de reação de hipersensibilidade suspender no imediato a perfusão e administrar 200mg de Hidrocortisona, EV + 2mg de Clemastina, EV.

Informar o médico de apoio e atuar em conformidade com a avaliação realizada.

O oncologista assistente deve determinar se após a recuperação do doente o tratamento deve ou não deve ser reiniciado.

Sequência de administração

A administração de anticorpos monoclonais antecede sempre a administração de quimioterapia.

Os citotóxicos podem ser administrados segundo a ordem protocolar ou de acordo com o risco de extravasão por seres fármacos mais ou menos vesicantes.

Entre cada fármaco administrado o Enfermeiro deve colocar NACL 0.9% ou Glucose 5% em função do protocolo durante cerca de 10 minutos ao ritmo da terapêutica que este a infundir previamente.

Ex. Epirrubicina durante 30min, após o término da terapêutica colocar NACL 0.9% ao ritmo que perfundiu a Epirrubicina durante um período de 10min e de seguida iniciar administração de Ciclofosfamida. Após a administração da última terapêutica voltar a administrar NACL 0.9% durante 10min.

Pré-medicação

A pré-medicação apresentada no documento deve ser administrada **30 minutos** antes da primeira perfusão de quimioterapia e/ou anticorpos monoclonais. Exceto no caso de Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO que deve ser administrado cerca de **1 hora** antes do tratamento. Concomitante à administração de Netupitan + Palonosetron, PO a dose de Dexametasona deve ser reduzida aproximadamente em 50%.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/akynzeo-epar-product-information_pt.pdf

Fatores de Crescimento

Os fatores de crescimento (Pegfilgrastim ou Filgrastim) só podem ser administrados pelo menos 24hs após o término da administração de quimioterapia. Quando são removidos do frigorífico (2°C a 8°C) devem ser mantidos à temperatura ambiente e protegidos da luz (manter dentro da embalagem de cartão), não devem ser colocados novamente no frio porque a variação de temperatura altera a estabilidade do medicamento. O **Pegfilgrastim** pode ser exposto à temperatura ambiente (não superior a 30°C) por um único período máximo de 72hs, caso se verifique uma exposição mais prolongada deve ser eliminado. O **Filgrastim** pode ser exposto à temperatura ambiente (não superior a 25°C) por um

único **período máximo de 72hs ou 15 dias (dependendo da farmacêutica)**, caso se verifique uma exposição mais prolongada deve ser eliminado.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/filgrastim-hexal-epar-product-information_pt.pdf

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/neulasta-epar-product-information_pt.pdf

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/accofil-epar-product-information_pt.pdf

Dor na administração

Quando a terapêutica perfunde em veia periférica pode causar dor, desta forma, desde o início da perfusão, deve envolver-se o braço com um resguardo, se não for suficiente aplicar fonte de calor distal do local de punção. Se não for eficaz, reduzir o ritmo de perfusão ou colocar em Y com a perfusão de NACL 0.9% ou Glucose 5% como for mais adequado. É importante validar com o oncologista do doente o método mais apropriado.

FLOT	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300.5mg, PO; Dexametasona, 10mg, EV.
Protocolo	Glucose 5% Docetaxel – administrar em 1h Oxaliplatina + Folinato de Cálcio – administrar em 2hs 5-FU – perfusão contínua durante 24hs.
Extra	Dexametasona , 8mg, PO em d2 e d3. Oxaliplatina incompatível com NACL 0.9%
Periodicidade	3 em 3 semanas Remoção do infusor ao fim de 24hs.

FOLFIRINOX	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300.5mg, PO Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	Glucose 5% Oxaliplatina + Folinato de Cálcio – administrar em 2hs Atropina , SC (ajustar dose em função do padrão intestinal) Irinotecano – administrar em 1:30h 5-FU – administrar em 15min 5-FU (infusor) – administração contínua durante 46hs
Extra	Dexametasona , 8mg, PO em d2 e d3 após o pequeno-almoço. Oxaliplatina incompatível com NACL 0.9% Atropina , SC imediatamente antes da perfusão de Irinotecano.
Periodicidade	Folfirinox : 2 em 2 semanas. Remover infusor ao fim de 46hs.

FOLFOX	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO; Dexametasona, 10mg, EV.
Protocolo	Glucose 5% Oxaliplatina + Folinato de Cálcio – administrar em 2hs 5-FU – administrar em 15min

	5-FU (infusor) – administração contínua durante 46hs
Extra	Dexametasona , 8mg, PO em d2 e d3 após o pequeno-almoço. Oxaliplatina incompatível com NACL 0.9%
Periodicidade	Folfox : 2 em 2 semanas. Remover infusor ao fim de 46hs.

FOLFIRI	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO; Dexametasona, 10mg, EV.
Protocolo	Irinotecano + Folinato de Cálcio – administrar em 2hs 5-FU – administrar em 15min 5-FU (infusor) – administração contínua durante 46hs
Extra	Dexametasona , 8mg, PO em d2 e d3 após o pequeno-almoço. Atropina, SC imediatamente antes da perfusão de Irinotecano.
Periodicidade	Folfiri : 2 em 2 semanas. Remover infusor ao fim de 46hs.

GEMCITABINA + NAB-PACLITAXEL	
Pré-medicação	Dexametasona, 10mg, EV; Ondansetron, 8mg, EV.
Protocolo	Gemcitabina – administrar em 30min Nab-Paclitaxel – administrar em 30 min
Periodicidade	Dia1, dia 8, dia 15 e pausa de 1 semana

NAL-IRINOTECANO	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300.5mg, PO; Dexametasona, 10mg, EV.
Protocolo	Atropina, SC (ajustar dose em função do padrão intestinal) Nal-Irinotecano – administrar em 1:30h Folinato de Cálcio – administrar em 30min
Extra	Dexametasona , 8mg, PO em d2 e d3 após o pequeno-almoço. Atropina, SC imediatamente antes da perfusão de Irinotecano.
Periodicidade	2 em 2 semanas

XELIRI	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300.5mg, PO; Dexametasona, 10mg, EV.
Protocolo	Atropina , 0.5mg, SC (ajustar dose em função do padrão intestinal) Irinotecano – administrar em 1:30h Capecitabina : X comprimidos após o pequeno-almoço e X comprimidos após o jantar.
Extra	Atropina, SC imediatamente antes da perfusão de Irinotecano.
Periodicidade	Xeliri 3 em 3 semanas Capecitabina - comprimidos durante 14 dias e 1 semana de pausa ou metronómica (toma sem interrupção)

XELOX	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300.5mg, PO; Dexametasona, 10mg, EV.
Protocolo	Glucose 5% Oxaliplatina – administrar em 2hs Capecitabina : X comprimidos após o pequeno-almoço e X comprimidos após o jantar.
Extra	Oxaliplatina incompatível com NACL 0.9% Efeito secundário - sensibilidade ao frio pode-se manifestar durante a infusão.
Periodicidade	Xelox : 3 em 3 semanas Capecitabina : toma durante 14 dias e 1 semana de pausa ou metronómica (toma sem interrupção)

TAS + BEVACIZUMAB	
Pré-medicação	Sem pré-medicação
Protocolo	Bevacizumab (1ª administração em 1:30hs; 2ª administração em 1h; 3ª administração e seguintes em 30min) TAS : X comprimidos após o pequeno-almoço e X comprimidos após o jantar

Periodicidade	Bevacizumab: 2 em 2 semanas TAS: 5 dias seguidos, 2 dias de pausa e novamente 5 dias de toma seguidos de 2 semanas de pausa
----------------------	--

EC (DD) ou EC 100	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300,5mg Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	Epirrubicina – administrar em 30 min Ciclofosfamida – administrar em 30 min
Extra	Fatores de crescimento (Pegfilgrastim ou Filgrastim), 24hs após a administração da terapêutica (EC).
Periodicidade	EC (DD) - 2 em 2 semanas EC 100 - 3 em 3 semanas Habitualmente são realizados um total de 4 ciclos

DOCETAXEL + CICLOFOSFAMIDA (TC)	
Ambulatório	Medrol, 32mg, PO (após ingestão de alimentos), tomar 12hs – 3hs – 1h antes do tratamento e ainda 12hs após o mesmo. No dia 2, tomar Medrol, 32mg, PO após o pequeno-almoço e o jantar.
Pré-medicação	Metilprednisolona, 32mg, PO após ingestão de alimentos 12hs + 3hs + 1hs antes do tratamento 12hs após o tratamento Em d2 após o pequeno-almoço e após o jantar
Protocolo	T: DOCETAXEL (na primeira administração por elevado potencial de reação alérgica, iniciar administração a 50ml/h durante 10 minutos e se tolerado aumentar ritmo 50ml/h a cada 10 minutos até perfazer velocidade total. C: CICLOFOSFAMIDA – administrar em 30 minutos (sempre que aparecer prescrição em mais tempo, por exemplo, 1h deve ser confirmado com o serviço de farmácia)
Periodicidade	3 em 3 semanas

DOXORRUBICINA LIPOSSÓMICA PEGUILADA (CAELYX)	
Pré-medicação	Dexametasona, 20mg, EV
Protocolo	Glucose 5% Doxorrubicina (1ª administração em 1h30, seguintes em 1h)

Extra	Doxorrubicina incompatível com NACL 0.9%
Periodicidade	4 em 4 semanas

PACLITAXEL (W)

Pré-medicação	1.ª Semana: Dexametasona 20mg, EV 2.ª Semana: Dexametasona, 10mg, EV 3.ª Semana e seguintes sem pré-medicação (salvo reação prévia ou outra exceção explícita em diário clínico)
Protocolo	Paclitaxel – administrar em 1h
Extra	Realizar Ice Gloves e Ice Socks como prevenção de parestesias Validar possibilidade de utilizar Ice Cap Pode fazer fatores de crescimento (habitualmente Filgrastim)
Periodicidade	Administração semanal, num total de 12 ciclos

PACLITAXEL (DD)

Ambulatório	Medrol, 96mg, PO – tomar 12hs e 6hs antes do tratamento
Pré-medicação	Dexametasona 20mg, EV Clemastina 2mg, EV Cimetidina 400mg, PO
Protocolo	Paclitaxel – administrar em 3hs
EXTRA	Realizar Ice Gloves e Ice Socks como prevenção de parestesias Validar possibilidade de utilizar Ice Cap (exceto se realização de EC – Epirubicina + Ciclofosfamida).
Periodicidade	2 em 2 semanas - habitualmente são realizados 4 ciclos

PERTUZUMAB + TRASTUZUMAB

Pré-medicação	Sem pré-medicação
Protocolo	Pertuzumab , EV – primeira administração em 1h, seguintes em 30min se bem tolerado Trastuzumab , SC, administrar durante 5 minutos, de forma lenta na região da coxa (alternar o lado de administração)
Extra	Trastuzumab – total de 18 administrações. O doente deve realizar um ecocardiograma pré-C6.

	Esta terapêutica pode causar dor no momento da administração, os doentes podem referir uma sensação de “vidros a entrar”; administrar lentamente , principal atenção no primeiro ml.
Periodicidade	3 em 3 semanas

TDM-1 (TRASTUZUMAB EMTASINA)	
Pré-medicação	Sem pré-medicação
Protocolo	TDM-1, EV, administrar - 1. ^a administração: 90min; 2. ^a administração 60min; 3. ^a administração e seguintes: 30min
Periodicidade	3 em 3 semanas

DARATUMUMAB (SC)	
Pré-medicação	Paracetamol (1g) + Hidroxizina (25mg)
Protocolo	Injeção SC de DARATUMUMAB desde o 1º tratamento (cerca de 5 a 7 minutos), período de vigilância ideal na primeira administração de 3hs.
Periodicidade	Semanal, 15 em 15 dias ou 28 em 28 dias Consultar anexo I.

POLA-RB	
Pré-medicação	Dexametasona, 10mg, EV (d1 + d2) Ondansetron, 8mg, EV (d1 + d2) Clemastina, 2mg, EV (d1) Paracetamol, 1g, PO (d1)
Protocolo	Polatuzumab – administrar em 1h30 Rituximab - administrar com aumento progressivo de 50ml/h a cada 30min até ao máximo de 400ml/h ou administrar SC durante 10min. Bendamustina – administrar em 1h
Periodicidade	4 em 4 semanas (d1 e d2)

RITUXIMAB	
Pré-medicação	Paracetamol, 1g, EV Metilprednisolona, 80mg, EV Clemastina, 2mg, EV Ondansetron, 8mg, EV
Protocolo	RITUXIMAB 1ª Administração - iniciar perfusão a 50ml/h, e aumentar mais 50cc/h a cada 30min, até perfazer um total máximo de 400ml/h. 2ª Administração: 10min, administração SC na região abdominal; 2ª Administração: caso mantenha administração EV (por eventual reação alérgica) administrar 20% da dose total em 30min e restantes 80% da dose total em 1h.
Periodicidade	Semanal (monoterapia) Associação com quimioterapia (3 em 3 semanas)
EXTRA	1ª Administração muito propensa a reação alérgica

RITUXIMAB (manutenção)	
Pré-medicação	Paracetamol, 1g, PO Hidroxizina, 25mg, PO
Protocolo	Administração SC na região abdominal durante 10min
Periodicidade	8 em 8 semanas

(R) - ABVD	
Pré-medicação	Dexametasona, 10mg, EV Ondansetron, 8mg, EV Aprepitán, 125mg, PO
Protocolo	RITUXIMAB – administrar com aumentos progressivos de 50ml/h a cada 30min (até perfazer um total máximo de 400ml/h) ou administrar SC durante 10min. Doxorrubicina – administrar em 15min Bleomicina – administrar em 15min Vincristina – administrar em 15min Dacarbazina administrar em 1h por CVP e em 30min por CVC
Extra	D2 e d3 - Aprepitán, 80mg, PO (antes do pequeno-almoço). O soro central deve ser de NACL 0.9%, 500ml porque são fármacos muito vesicantes e há necessidade de hidratação entre os mesmos, cerca de 10 minutos ao ritmo da terapêutica que terminou e no final do tratamento perfunde o restante NACL 0.9%. Dacarbazina provoca com facilidade dor no membro aquando da administração, por isso, poderá ser útil a colocação de calor local, mas não na zona de punção; se não for suficiente, diminuir a velocidade de perfusão ou ainda colocar em Y com NACL 0.9% (validar com o oncologista a estratégia preferencial).

(R) - BENDAMUSTINA	
Pré-medicação	Em d1 Clemastina 2mg, EV Ondansetron 8mg, EV Paracetamol 1g, EV

	Dexametasona 10mg, EV
	Em d2 Ondansetron, 8mg, EV Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	RITUXIMAB – administrar com aumento progressivo de 50ml/h a cada 30min até ao máximo de 400ml/h ou administrar SC durante 10min. BENDAMUSTINA – administrar em 1h.
Periodicidade	28 em 28 dias. Bendamustina é administrado em d1 e d2.

(R) - CHOP	
Pré-medicação	Clemastina 2mg, EV Ondansetron 8mg, EV Paracetamol 1g, EV Metilprednisolona 80mg, EV
Protocolo	Rituximab – administrar com aumentos progressivos de 50ml/h a cada 30min (até perfazer um total máximo de 400ml/h) ou administrar SC durante 10min. Ciclofosfamida – administrar em 30min Doxorrubicina – administrar em 15min Vincristina – administrar em 15min A sequência de administração também pode ser do mais vesicante para o menos vesicante: doxorrubicina, vincristina e ciclofosfamida
Extra	O soro central deve ser de NACL 0.9%, 500ml porque são fármacos muito vesicantes e há necessidade de hidratação entre os mesmos, cerca de 10 minutos ao ritmo da terapêutica que terminou e no final do tratamento perfunde o restante NACL 0.9%.
Periodicidade	3 em 3 semanas

KRd	
Pré-medicação	Sem necessidade para a administração de CARFILZOMIB
Protocolo	NACL 0.9%, 250ml - administrar em 30min Carfilzomib, EV Lenalidomida, PO – toma continua durante 14 dias ou durante 21 dias

	Dexametasona, 20mg, PO
Extra	DEXAMETASONA habitualmente toma 20mg/semana, mas é muito variável a posologia – adequado confirmar com o oncologista apesar de prescrição.
Periodicidade	4 em 4 semanas (d1 + d8 + d15, pausa 1 semana)

OBINUTUZUMAB + GEMOX	
Pré-medicação	D1 Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO Dexametasona 10mg, EV Paracetamol, 1g, EV Clemastina, 2mg, EV D2, D8 e d15 Dexametasona 20mg, EV Paracetamol, 1g, EV Clemastina, 2mg, EV
Protocolo	Glucose 5% Ciclo 1 - Obinutuzumab D1 (100mg) – 25mg/h durante 4hs (fazer cálculos de dose) D2 Iniciar a 50mg/h, aumentar a cada 30min 50mg/h até ao máximo de 400mg/h. D8 e d15 – início a 100mg/h; aumentar 100mg/h a cada 30min até ao máximo de 400mg/h. Ciclo 2 a 6 - Obinutuzumab D1 - início a 100mg/h; aumentar 100mg/h a cada 30min até ao máximo de 400mg/h. D1 do Ciclo 1 a 6 Oxaliplatina – administrar em 2hs Gemcitabina – administrar em 30min
Periodicidade	4 em 4 semanas (d1, d2, d8 e d15)

VRd	
Pré-medicação	Ondansetron, 8mg, PO Paracetamol, 1g, PO
Protocolo	Bortezomib – administração SC Lenalidomida – toma contínua durante 14 dias ou durante 21 dias (sem necessidade de toma presencial) Dexametasona - habitualmente toma 40mg/semana - D1, D8, D15 e D22 do Ciclo 2 e Ciclo 5, após o pequeno-almoço
Extra	Dexametasona - aconselhável confirmar com o oncologista apesar de prescrição.
Periodicidade	D1, d4, d8, d11, d15 D1, d8 e d11

CARBOPLATINA + PEMETREXED	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	Pemetrexed – administrar em 15min Carboplatina – administrar em 30min
Extra	Pemetrexed : toma de ácido fólico diariamente (prescrição médica); Vitamina B12 IM de 9/9 semanas (1ª administração pelo menos 1 semana antes de iniciar Pemetrexed, seguintes no dia do tratamento); Dexametasona 4mg, PO após o pequeno-almoço e após o lanche em d-1, d1 e d+1, sobrepõe administração em d1.
Periodicidade	3 em 3 semanas

CARBOPLATINA + ETOPOSIDO	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	Carboplatina – administrar em 30 min Etoposido (EV durante 3 dias ou EV no 1.º dia e PO nos 2 dias seguintes ou PO nos 3 dias) – administrar EV em 1h.
Extra	Etoposido deve ser tomado em jejum (1h antes da refeição ou 2hs após a mesma) Se tomar PO durante 3 dias (em d1 faz toma assistida), sem necessidade de pré-medicação.
Periodicidade	3 em 3 semanas

CISPLATINA + GEMCITABINA	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	NACL 0.9%, 1000ml – administrar em 45min Cisplatina – administrar em 1h Gemcitabina – administrar em 30min (se existir outra indicação deve ser validada com o serviço de farmácia) NACL 0.9%, 1000ml – administrar em 45min
Extra	Cisplatina é muito nefrotóxica, pelo que requer muita hidratação.

	Dexametasona , 8mg, PO para d2, d3 e d4 após o pequeno-almoço.
Periodicidade	3 em 3 semanas (d1 + d8)

CISPLATINA + PEMETREXED	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	NACL 0.9%, 1000ml – administrar em 45min Pemetrexed – administrar 15 min Cisplatina – administrar em 1h NACL 0.9%, 1000ml – administrar em 45min
Extra	Pemetrexed : toma de ácido fólico diariamente (prescrição médica); Vitamina B12 , IM de 9/9 semanas (1ª administração pelo menos 1 semana antes de iniciar Pemetrexed); Dexametasona 4mg, PO após o pequeno-almoço e após o lanche em d-1, d1 e d+1, sobreposição toma em d1.
Periodicidade	3 em 3 semanas

CAELYX (Doxorrubicina Lipossômica Peguilada)	
Pré-medicação	Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	Glucose 5% 1. ^a administração em 90min 2. ^a administração e seguintes, em 1h
Periodicidade	4 em 4 semanas Doxorrubicina incompatível com NACL 0.9%

CARBOTAXOL	
Pré-medicação	Clemastina, 2mg, EV Dexametasona, 10mg, EV Cimetidina, 400mg, PO Netupitan + Palonosetron, 300,5mg, PO
Protocolo	W Paclitaxel (semanal) – administrar em 1h Paclitaxel (DD) – administrar em 3hs Carboplatina – administrar em 30min
Extra	Dexametasona, 8mg após o pequeno-almoço em d2, d3 e d4.
Periodicidade	Semanal (se W Paclitaxel) ou 3 em 3 semanas (se Paclitaxel DD), num máximo de 6 a 8 tratamentos.

CARBOPLATINA + GEMCITABINA	
Pré-medicação	D1 Ondansetron 8mg Dexametasona 10mg
	D8 Metoclopramida, 20mg, EV
Protocolo	Carboplatina – administrar em 30min Gemcitabina – administrar em 30 min
Extra	Dexametasona, 8mg após o pequeno-almoço em d2 e d3.
Periodicidade	2 em 2 semanas

CISPLATINA (c/ RT)	
Pré-medicação	Dexametasona 20mg, EV Ondansetron 8mg, EV
Protocolo	NACL 0.9%, 1000ml – administrar em 45min Cisplatina – administrar em 1h NACL 0.9%, 1000ml – administrar em 45min
Periodicidade	Semanal, concomitante com tratamentos de radioterapia.

BEP	
Pré-medicação	D1 – Ondansetron, 8mg, EV + Dexametasona, 10mg, EV + Clemastina, 2mg, EV + Aprepitán, 125mg, PO. D2 e d3 - Ondansetron, 8mg, EV + Dexametasona, 10mg, EV + Clemastina, 2mg, EV D4 e d5 - Ondansetron, 8mg, EV + Dexametasona, 10mg, EV + Clemastina, 2mg, EV + Aprepitán, 80mg, PO D8 e d15 – Clemastina, 2mg, EV + Hidrocortisona, 100mg, EV
Protocolo	NACL 0.9% , 1000ml – administrar em 45min Bleomicina – administrar em 15min Etoposido – administrar em 1 hora Cisplatina – administrar em 1 hora NACL 0.9% , 1000ml – administrar em 45min
Extra	Monitorizar peso por elevado aporte hídrico Avaliar débito urinário
Periodicidade	D1 + d2 + d3 + d4 + d5 + d8 + d15

CABAZITAXEL	
Pré-medicação	Clemastina, 2mg, EV Dexametasona, 8mg, EV Cimetidina, 400mg, PO
Protocolo	Cabazitaxel – administrar em 1h
Periodicidade	21 em 21 dias

DOCETAXEL	
Pré-medicação	Ondansetron, 8mg, EV Dexametasona, 20mg, EV
Protocolo	Docetaxel – administrar em 1h
Periodicidade	21 em 21 dias

ATEZOLIZUMAB	
Pré-medicação	Sem pré-medicação.
Protocolo	Atezolizumab – administrar em 1h
Periodicidade	3/3 semanas

BEVACIZUMAB	
Pré-medicação	Sem pré-medicação
Protocolo	1. ^a Administração em 90 minutos; 2. ^a administração em 60 minutos; 3. ^a administração e seguintes em 30 minutos;
Periodicidade	2 em 2 semanas

CETUXIMAB	
Pré-medicação	Clemastina, 2mg, EV Dexametasona, 10mg, EV
Protocolo	1º administração em 1h; 2º administração e seguintes em 30min
Periodicidade	Semanal ou de 2 em 2 semanas

DURVALUMAB	
Pré-medicação	Sem pré-medicação
Protocolo	DURVALUMAB – administrar em 1h
Periodicidade	2/2 semanas

IPILIMUMAB	
Pré-medicação	Sem pré-medicação
Protocolo	Ipilimumab – administrar em 1h
Periodicidade	Frequentemente associado ao Nivolumab 3/3 semanas

NIVOLUMAB	
Pré-medicação	Clemastina 2mg + Paracetamol 1g (não obrigatório)
Protocolo	Nivolumab – administrar em 1h
Periodicidade	Frequentemente associado ao Ipilimumab

	2/2 semanas
--	-------------

PANITUMUMAB

Pré-medicação	Sem pré-medicação
Protocolo	1º administração em 1h; 2º administração e seguintes em 30min
Periodicidade	2 em 2 semanas

PEMBROLIZUMAB

Pré-medicação	Sem pré-medicação
Protocolo	Pembrolizumab – administrar em 1h
Periodicidade	3/3 semanas

EFEITOS SECUNDÁRIOS

De seguida são apresentados, por ordem alfabética, os efeitos secundários classificados como **muito frequentes** e **frequentes** associados à terapêutica apresentada previamente nos protocolos de tratamento realizados no Centro Clínico Champalimaud.

Fármaco	5-FLUORORACILO
Efeitos Secundários	<i>Angina de peito, taquicardia, arritmia, alterações eletrocardiográficas (alterações do segmento ST), isquemia do miocárdio, enfarte do miocárdio, cardiomiopatia;</i> <i>Leucopenia, neutropenia, pancitopenia, trombocitopenia, agranulocitose e anemia;</i> <i>Dor abdominal, náuseas e vômitos, diarreia, mucosite, úlceras gastrointestinais;</i> <i>Alopecia, erupção cutânea, alteração do leito ungueal, dermatite;</i> <i>Hipersecreção lacrimal, alterações visuais e fotossensibilidade; síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar; tromboflebite e desenho venoso.</i>
Referência	http://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=6595

Fármaco	ATEZOLIZUMAB
Efeitos Secundários	<i>Trombocitopenia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, diabetes mellitus, insuficiência suprarrenal hipocalcemia, hiponatremia, hiperglicemia, AST e ALT aumentada, creatinina aumentada, hepatite;</i> <i>Cefaleias, hipotensão;</i> <i>Fadiga, astenia, tosse, dispneia;</i> <i>Diminuição do apetite, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, colite, disfagia, dor orofaríngea;</i> <i>Erupção cutânea, prurido, pele seca;</i> <i>Dor musculoesquelética, dor lombar, artralgia;</i> <i>Infeção do trato urinário.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecentrig-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	BENDAMUSTINA
Efeitos Secundários	<i>Infeções;</i> <i>Síndrome de lise tumoral;</i> <i>Leucopenia, trombocitopenia, anemia, neutropenia, hemorragia;</i> <i>Insônia;</i> <i>Disfunção cardíaca (palpitações, angina de peito, arritmias), derrame pericárdico;</i>

	<i>Hipotensão, hipertensão;</i> <i>Disfunção pulmonar;</i> <i>Náuseas, vômitos, diarreia/ obstipação, estomatite;</i> <i>Alopecia, afeções da pele;</i> <i>Amenorreia;</i> <i>Inflamação da mucosa, fadiga, pirexia, dor, arrepios, desidratação, anorexia;</i> <i>Diminuição da hemoglobina, aumento da creatina e ureia, aumento da AST e da ALT, aumento da fosfatase alcalina, bilirrubina e hipocaliemia.</i>
Referência	http://www.medac.pt/wp-content/uploads/2016/10/RCM-Bendamustina-medac-2.pdf

Fármaco	BEVACIZUMAB
Efeitos Secundários	<i>Neutropenia febril, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia;</i> <i>Anorexia, hipomagnesemia, hiponatremia;</i> <i>Neuropatia periférica, disartria, cefaleias, disgeusia;</i> <i>Afeção ocular, hipersecreção lacrimal;</i> <i>Hipertensão, fenómenos tromboembólicos;</i> <i>Dispneia, rinite, epistaxe, tosse;</i> <i>Hemorragia do reto, estomatite, obstipação, diarreia, náusea, vômitos, dor abdominal;</i> <i>Artralgias e mialgias;</i> <i>Astenia, fadiga, pirexia, dor, inflamação da mucosa;</i> <i>Diminuição de peso.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/avastin-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	BLEOMICINA
Efeitos Secundários	<i>Trombocitopenia, leucopenia, anemia, neutropenia febril;</i> <i>Fadiga, desorientação, comportamento agressivo;</i> <i>Pneumonite, fibrose pulmonar;</i> <i>Hipotensão, vasoconstrição periférica;</i> <i>Náuseas, vômitos, anorexia, estomatite;</i> <i>Alopecia, toxicidade muco cutânea, urticária, hiperpigmentação.</i>

	<i>Pico de neutropenia em D12 e recupera em D17.</i>
Referência	Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 236-237.

Fármaco	CABAZITAXEL
Efeitos Secundários	<i>Neutropenia, anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia febril; Diminuição do apetite, diarreia, náuseas, vômitos, obstipação; Lombalgia, artralgia, dor nas extremidades, espasmos musculares, mialgias; Hematúria, disúria, cólica renal, polaquiúria, retenção urinária, hidronefrose, incontinência urinária; Fadiga, astenia, pirexia, edema periférico, inflamação da mucosa, dor, dor torácica, arrepios, mal-estar.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/jevtana-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	CAPECITABINA
Efeitos Secundários	<i>Infeção viral (herpes), nasofaringite, infeção nas vias respiratórias inferiores; Neutropenia, anemia; tromboflebite; Anorexia, desidratação, diminuição do peso; Insónia, depressão; Cefaleias, letargia, tonturas, parestesias, disgeusia; Hipersecreção lacrimal, conjuntivite, irritação ocular; Dispneia, epistáxis, tosse, rinorreia; Diarreia, vômitos, náuseas, estomatite, dor abdominal; Alopecia, síndrome eritrodisestesia palmo-plantar, erupções cutâneas, descamação, pele seca; Fadiga, astenia, pirexia, edema periférico, mal-estar geral, dor torácica.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/capecitabine-medac-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	CARBOPLATINA
Efeitos Secundários	<i>Leucopenia, trombocitopenia, anemia; Ototoxicidade;</i>

	<i>Dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, hepatite, estomatite;</i> <i>Nefrotoxicidade, supressão gonadal;</i> <i>Alopécia, erupção cutânea; neuropatia periférica;</i> <i>Hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipocalemia.</i> Período nadir entre D21 e d30
Referência	Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 270-271.

Fármaco	CARFILZOMIB
Efeitos Secundários	<i>Pneumonia, infecção das vias respiratórias;</i> <i>Trombocitopenia, neutropenia, anemia, linfopenia, leucopenia, neutropenia febril;</i> <i>Hipocaliemia, apetite diminuído;</i> <i>Insônia, ansiedade, estado confusional;</i> <i>Tonturas, neuropatia periférica, cefaleias, parestesias, hipoestésias;</i> <i>Insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio, fibrilhação auricular, fração de ejeção diminuída, palpitações;</i> <i>Hipertensão, trombose venosa profunda, hipotensão, afrontamentos;</i> <i>Tosse, dispneia, embolia pulmonar, edema pulmonar;</i> <i>Dor abdominal, náuseas, vômito, diarreia, obstipação;</i> <i>Dorsalgia, artralgia, mioclonias;</i> <i>Creatinina aumentada, lesão renal aguda, insuficiência renal;</i> <i>Edema periférico, astenia, fadiga, arrepios, dor, síndrome gripal.</i> Trombocitopenia acentuada em D 8 e d15 de cada ciclo de 28 dias
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/kyprolis-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	CICLOFOSFAMIDA
Efeitos Secundários	<i>Anemia, trombocitopenia, leucopenia;</i> <i>Fibrose pulmonar, fibrose do miocárdio, hipotensão;</i> <i>Anorexia, náuseas, vômitos;</i> <i>Cistite hemorrágica, hematúria;</i> <i>Alopécia;</i>

	<i>Síndrome de secreção inadequada de hormona antidiurética, supressão gonadal;</i> <i>Hiperuricemia.</i> O valor mais baixo da leucopenia é expectável entre D7 e D12, e respetiva recuperação entre D17 e D21.
Extra	<i>Fenobarbital e Rifampina podem aumentar a toxicidade da ciclofosfamida.</i> <i>Administração concomitante com Alopurinol e diuréticos Tiazídicos pode exacerbar depressão da medula óssea.</i>
Referência	Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 307-308.

Fármaco	CISPLATINA
Efeitos Secundários	<i>Convulsões, mal-estar, fraqueza;</i> <i>Ototoxicidade, rinite;</i> <i>Náuseas severas, vômitos, diarreia;</i> <i>Hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipocalemia;</i> <i>Anemia, leucopenia, trombocitopenia;</i> <i>Neuropatia periférica;</i> <i>Infertilidade.</i> Leucopenia, trombocitopenia e anemia ocorrem no período de D18 a D23 recuperação em D39.
Referência	Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 319-320.

Fármaco	DACARBAZINA
Efeitos Secundários	<i>Hipotensão;</i> <i>Fotossensibilidade;</i> <i>Anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, mucosite;</i> <i>Fadiga, síndrome gripal;</i> <i>Anemia, leucopenia, trombocitopenia.</i> Leucopenia entre d21 e d28.

Referência	http://www.medac.pt/wp-content/uploads/2014/09/dacarbazina-100mg-200mg-500mg-1000mg.pdf
-------------------	---

Fármaco	DARATUMUMAB
Efeitos Secundários	<i>Pneumonia, bronquite, infeção das vias respiratórias superiores, infeção do trato urinário, reativação do vírus da hepatite B;</i> <i>Tosse, dispneia, edema pulmonar;</i> <i>Neutropenia, trombocitopenia, anemia, linfopenia, leucopenia;</i> <i>Fibrilhação auricular, hipertensão;</i> <i>Apetite diminuído, náuseas, vômitos, diarreia/ obstipação, pancreatite;</i> <i>Neuropatia sensitiva periférica, parestesias, cefaleias;</i> <i>Dorsalgias, espasmos musculares, fadiga, edema periférico, pirexia, astenia, arrepios.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/darzalex-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	DOCETAXEL
Efeitos Secundários	<i>Neutropenia, anemia, neutropenia febril;</i> <i>Anorexia, estomatite, diarreia, náuseas, vômitos;</i> <i>Neuropatia sensorial periférica, neuropatia motora periférica, disgeusia grave;</i> <i>Dispneia, fadiga; mialgias, artralgias;</i> <i>Alopécia (reversível dentro de 21 dias), reações cutâneas, alterações das unhas;</i> <i>Retenção de líquidos, astenia, dor;</i> <i>Aumento da bilirrubina sérica, fosfatase alcalina sérica, AST e ALT;</i> Período de nadir entre d5 e d9, pico em d8, com duração de 7 dias.
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/docetaxel-accord-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	DOXORRUBICINA
Efeitos Secundários	<i>Cardiomiopatia, alterações do ECG (depressão do segmento ST, onda T achatada, taquicardia sinusal e extrassístoles);</i> <i>Estomatite, esofagite, náuseas, vômitos, diarreia;</i>

	<i>Urina avermelhada;</i> <i>Alopécia;</i> <i>Esterilidade, disfunção gonadal temporária;</i> <i>Anemia, leucopenia, trombocitopenia;</i> <i>Hiperuricemia;</i> <i>Pneumonite recidivante.</i> Leucopenia entre D10 e D14, com recuperação em D21.
Referência	Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 473-474.

Fármaco	DOXORRUBICINA LIPOSSÓMICA PEGUILADA
Efeitos Secundários	<i>Sépsis, pneumonia, infecção por citomegalovírus, candidíase oral, foliculite, faringite, nasofaringite, conjuntivite;</i> <i>Leucopenia, neutropenia, linfopenia, anemia, trombocitopenia, neutropenia febril;</i> <i>Estado confusional, ansiedade, depressão insónia;</i> <i>Taquicardia, hipertensão, hipotensão, alterações do traçado cardíaco (depressão do segmento ST, onda T achatada, taquicardia sinusal e extrassístoles);</i> <i>Náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, xerostomia, anorexia;</i> <i>Diminuição do apetite, caquexia, desidratação, hipocaliemia, hiponatremia, hipocalcemia;</i> <i>Alopécia, erupção cutânea, pele seca, eritema, prurido, eritrodisestesia palmo-plantar;</i> <i>Dor musculoesquelética, mioclonias, mialgias, artralgias, dor óssea;</i> <i>Neuropatia periférica, neuropatia sensitiva periférica, neuralgia, parestesias, disgeusia, cefaleias, letargia, tonturas, afrontamentos;</i> Leucopenia entre d10 e d14, com recuperação em d21.
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/caelyx-pegylated-liposomal-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	DURVALUMAB
Efeitos Secundários	Infeções das vias respiratórias superiores, pneumonia, infecções dentárias e dos tecidos moles da boca; Neutropenia, anemia, trombocitopenia, leucopenia, neutropenia febril; Hipotireoidismo, hipertireoidismo; Tosse/ tosse produtiva, pneumonite, disfonia; Dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia; Suores noturnos; Mialgias; Edema periférico, pirexia, fadiga; Creatininemia aumentada, disúria.
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/imfinzi-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	EPIRRUBICINA
Efeitos Secundários	<i>Cardiotoxicidade (alteração da onda S-T, taquicardia sinusal e extrassístoles);</i> <i>Leucopenia, anemia, trombocitopenia;</i> <i>Náuseas vômitos, anorexia, diarreia, mucosite;</i> <i>Alopécia, rubor, prurido, fotossensibilidade, reação tardia de radiação, erupções, hiperpigmentação da pele/ unhas, urina avermelhada;</i> <i>Supressão gonadal, hiperuricemia.</i> <i>Leucopenia entre D10 e D14, com recuperação estimada em D21.</i>
Referência	Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 497-498.

Fármaco	ETOPOSIDO
Efeitos Secundários	<i>Sonolência, fadiga, cefaleias, vertigens;</i> <i>Broncospasmo, edema pulmonar;</i> <i>Hipotensão, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva;</i> <i>Náuseas, vômitos;</i> <i>Alopécia;</i> <i>Esterilidade;</i> <i>Leucopenia, trombocitopenia;</i>

	<i>Cãibras, Neuropatia periférica.</i> Leucopenia entre D7 e D14; trombocitopenia entre D9 e D16.
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/vepesid-article-30-referral-annex-iii_pt.pdf

Fármaco	FOLINATO DE CÁLCIO
Efeitos Secundários	<i>Náuseas, vômitos, diarreia, mucosite;</i> <i>Mielossupressão;</i> <i>Erupção cutânea, prurido.</i>
Extra	<i>Efeitos secundários associados à administração de Folinato de Cálcio e 5-Fluororacilo</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/lederfoline-article-30-referral-annex-i-ii-iii_en.pdf

Fármaco	GEMCITABINA
Efeitos Secundários	<i>Leucopenia, anemia, trombocitopenia, neutropenia febril, pneumonite;</i> <i>Alopecia, erupção cutânea;</i> <i>Obstipação, náuseas, vômitos, mucosite;</i> <i>Dispneia, síndrome gripal, dores musculoesqueléticas, edema periférico;</i> <i>Proteinúria, aumento da creatinina.</i>
Referência	https://www.cancercareontario.ca/en/drugformulary/drugs/monograph/44121

Fármaco	IPILIMUMAB
Efeitos Secundários	<i>Anemia, linfopenia;</i> <i>Hipofunção hipofisária;</i> <i>Apetite diminuído, náuseas, vômitos, diarreia;</i> <i>Estado confusional;</i> <i>Neuropatia sensorial periférica, tonturas, cefaleias, letargia;</i> <i>Visão turva, dor ocular;</i> <i>Hipotensão, afrontamentos, rubor;</i> <i>Dispneia, tosse;</i> <i>Erupção cutânea, prurido;</i> <i>Artralgia, mialgia, dor musculoesquelética, mioclonias.</i>

Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/yervoy-epar-product-information_pt.pdf
-------------------	---

Fármaco	IRINOTECANO
Efeitos Secundários	<i>Bradicardia (durante a infusão), sensação de lipotímia;</i> <i>Neutropenia;</i> <i>Alopecia, erupção cutânea;</i> <i>Dor abdominal, anorexia, diarreia (precoce – síndrome colinérgico - e tardia d5 a d11), náuseas, vômitos, mucosite;</i> <i>Edema periférico;</i> <i>Fadiga, insónias;</i> <i>Tosse, dispneia, rinite;</i> <i>Disartria, alteração da voz.</i> Neutropenia entre D15 e D21, recuperação entre D28 e D35.
Referência	https://www.cancercareontario.ca/en/drugformulary/drugs/monograph/44181

Fármaco	LENALIDOMIDA
Efeitos Secundários	<i>Mielossupressão, infecção viral (herpes);</i> <i>Erupção cutânea;</i> <i>Dor abdominal, anorexia, náuseas, vômitos, obstipação/ diarreia, xerostomia, dispepsia;</i> <i>Edema periférico;</i> <i>Fadiga, dores musculoesqueléticas;</i> <i>Depressão, tonturas, disgeusia, cefaleias, insônia, tremores;</i> <i>Visão turva, conjuntivite;</i> <i>Tosse, dispneia.</i>
Referência	https://www.cancercareontario.ca/en/drugformulary/drugs/monograph/43951

Fármaco	NIVOLUMAB
Efeitos Secundários	<i>Infeção do trato respiratório superior, pneumonite, dispneia, tosse;</i> <i>Hipotireoidismo, hipertireoidismo;</i> <i>Diminuição do apetite, náuseas, vômitos, diarreia, colite, xerostomia;</i>

	<i>Neuropatia periférica, cefaleias, tonturas;</i> <i>Olhos secos;</i> <i>Erupção cutânea, prurido;</i> <i>Dores musculoesqueléticas, artralgias, fadiga, pirexia, edema periférico.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/opdivo-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	OBINUTUZUMAB
Efeitos Secundários	<i>Infeção das vias respiratórias superiores, pneumonia, gripe, infeção do trato urinário, Infeção viral (herpes zóster);</i> <i>Tosse, congestão nasal, rinorreia, dor orofaríngea;</i> <i>Carcinoma espinhocelular cutâneo, basalioma;</i> <i>Neutropenia, trombocitopenia, anemia, leucopenia, neutropenia febril;</i> <i>Náusea, vômito, diarreia, hemorroidas, incontinência urinária;</i> <i>Insónia, depressão, ansiedade, fadiga, cefaleia;</i> <i>Fibrilhação auricular, hipertensão;</i> <i>Alopecia, prurido, eczema;</i> <i>Artralgias, lombalgias, dor óssea.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gazyvaro-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	OXALIPLATINA
Efeitos Secundários	<i>Angina de peito, edema periférico, tromboembolismo;</i> <i>Fibrose pulmonar, tosse, dispneia;</i> <i>Leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anemia;</i> <i>Diminuição do apetite, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, anorexia, refluxo gastroesofágico, estomatite;</i> <i>Lombalgias, neurotoxicidade, sensibilidade ao frio.</i>
Referência	Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 967-968.

Fármaco	PACLITAXEL
----------------	-------------------

Efeitos Secundários	<i>Arritmia, taquicardia, taquicardia supraventricular, hipertensão, linfedema, afrontamentos;</i> <i>Infeção do trato respiratório superior, do trato urinário, candidíase, sinusite;</i> <i>Neutropenia, trombocitopenia, anemia, leucopenia, linfopenia, neutropenia febril;</i> <i>Anorexia, náuseas, vômitos, estomatite, diarreia/ obstipação;</i> <i>Alopécia, prurido, pele seca, anomalia das unhas (pigmentação/ descloração);</i> <i>Neuropatia sensorial e motora periférica, perturbação sensorial, tonturas, cefaleias, sonolência, disgeusia;</i> <i>Depressão, insónia, ansiedade, fadiga;</i> <i>Visão turva, olho seco, hipersecreção lacrimal;</i> <i>Dispneia, epistaxis, tosse, rinite, rinorreia;</i> <i>Artralgias, mialgias, dorsalgias, câibras, dor óssea.</i> Período nadir d11, recuperação entre d15 e d21.
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/abraxane-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	PEMBROLIZUMAB
Efeitos Secundários	<i>Pneumonia, dispneia, tosse, síndrome gripal, arrepios;</i> <i>Arritmia, (incluindo fibrilhação auricular), hipertensão, edema periférico;</i> <i>Anemia, trombocitopenia, linfopenia, neutropenia, neutropenia febril;</i> <i>Hipotireoidismo, hipertireoidismo, tiroidite;</i> <i>Apetite diminuído, xerostomia, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia/ obstipação, colite;</i> <i>Insónia, cefaleia, tonturas, neuropatia periférica, letargia, disgeusia;</i> <i>Síndrome do olho seco, uveíte;</i> <i>Alopecia, erupções cutâneas, prurido, pele seca, eczema, psoríase, alteração da cor do cabelo;</i> <i>Dor musculoesquelética, artralgias.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/keytruda-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	PEMETREXED
----------------	-------------------

Efeitos Secundários	<i>Neutropenia, leucopenia, anemia;</i> <i>Neuropatia motora periférica, neuropatia sensorial periférica, tonturas, disgeusia;</i> <i>Secura ocular, hipersecreção lacrimal, edema da pálpebra;</i> <i>Insuficiência cardíaca, arritmia;</i> <i>Anorexia, estomatite, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia;</i> <i>Alopécia, erupção cutânea, descamação da pele, hiperpigmentação, prurido, eritema multiforme;</i> <i>Fadiga.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/alimta-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	PERTUZUMAB
Efeitos Secundários	<i>Neutropenia febril, neutropenia, leucopenia, anemia;</i> <i>Tosse, epistáxis, dispneia;</i> <i>Apetite diminuído, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia/ obstipação, dispepsia;</i> <i>Neuropatia periférica, neuropatia sensitiva, cefaleia, disgeusia, tonturas, parestesias;</i> <i>Alopecia, erupções cutâneas, alterações ungueais, prurido, xerose cutânea;</i> <i>Hipersecreção lacrimal;</i> <i>Mialgias, artralgias, dor nas extremidades;</i> <i>Insônia, fadiga;</i> <i>Inflamação da mucosa, edema periférico, pirexia, fadiga, astenia, arrepios, dor.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/perjeta-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	POLATUZUMAB
Efeitos Secundários	<i>Sépsis, pneumonia, infecção das vias respiratórias superiores, infecção viral (herpes e citomegalovírus);</i> <i>Neutropenia febril, neutropenia, trombocitopenia, anemia, leucopenia, linfopenia, pancitopenia;</i> <i>Neuropatia periférica, tonturas, perturbação da marcha, parestesias, hipostesia;</i>

	<i>Visão turva;</i> <i>Tosse, pneumonite;</i> <i>Dor abdominal, náusea, vômitos, diarreia/ obstipação;</i> <i>Erupções cutâneas, prurido;</i> <i>Artralgias;</i> <i>Fadiga, pirexia, astenia, arrepios.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/polivy-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	RITUXIMAB
Efeitos Secundários	<i>Infeções bacterianas, infeções virais (herpes zóster), sépsis, infeção do trato respiratório;</i> <i>Neutropenia, leucopenia, neutropenia febril, trombocitopenia, anemia, pancitopenia, granulocitopenia;</i> <i>Hiperglicemia, perda de peso, edema periférico, edema da face, LDH aumentada, hipocalcemia;</i> <i>Parestesias, hipoestesia, agitação, insónia, vasodilatação, tonturas, ansiedade;</i> <i>Alteração lacrimal, conjuntivite;</i> <i>Tinido, otalgia;</i> <i>Enfarte agudo do miocárdio, arritmia, fibrilhação auricular, taquicardia, alterações cardíacas;</i> <i>Hipertensão, hipotensão ortostática, hipotensão;</i> <i>Broncospasmo, doença respiratória, dor torácica, dispneia, tosse, renite;</i> <i>Dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, disfagia, dispepsia;</i> <i>Erupção cutânea, prurido, sudorese, suores noturnos;</i> <i>Hipertonia, mialgias, artralgias, lombalgias, dor no local do tumor;</i> <i>Febre, arrepios, astenia, cefaleias;</i> <i>Diminuição dos níveis de IgG.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/mabthera-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	TAS
----------------	------------

Efeitos Secundários	<i>Infeção das vias respiratórias baixas;</i> <i>Neutropenia, leucopenia, anemia, trombocitopenia, neutropenia febril, linfopenia;</i> <i>Diminuição do apetite, hipoalbuminemia;</i> <i>Disgeusia, neuropatia periférica;</i> <i>Dispneia;</i> <i>Dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, estomatite, mucosite;</i> <i>Alopecia, erupção cutânea, prurido, pele seca, síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar;</i> <i>Fadiga, pirexia, edema periférico, inflamação das mucosas, mal-estar geral.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lonsurf-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	TRASTUZUMAB
Efeitos Secundários	<i>Infeção das vias respiratórias superiores, gripe, sinusite, rinite, infeção cutânea, infeção do trato urinário;</i> <i>Neutropenia febril, anemia, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia;</i> <i>Anorexia;</i> <i>Insónia, ansiedade, depressão, afrontamentos;</i> <i>Tremor, tonturas, cefaleias, parestesias, disgeusia, neuropatia periférica, hipertonia, sonolência;</i> <i>Conjuntivite, hipersecreção lacrimal, olho seco;</i> <i>Hipotensão, hipertensão, alterações cardíacas (flutter cardíaco, fração de ejeção diminuída, insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, palpitações);</i> <i>Dispneia, tosse, epistáxis, asma, derrame pleural;</i> <i>Náuseas, vômitos, xerostomia, diarreia/ obstipação, hemorroidas;</i> <i>Erupção cutânea, eritema, tumefação labial, prurido, xerose cutânea;</i> <i>Artralgia, mialgia, lombalgia, dor óssea, mioclonias.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/herceptin-epar-product-information_pt.pdf

Fármaco	TRASTUZUMAB EMTASINA (TDM-1)
----------------	-------------------------------------

Efeitos Secundários	<i>Infeção do trato urinário;</i> <i>Trombocitopenia, anemia, neutropenia, leucopenia;</i> <i>Hemorragia, hipertensão;</i> <i>Insónia, cefaleias;</i> <i>Neuropatia periférica;</i> <i>Epistáxis, tosse, dispneia;</i> <i>Dor abdominal, estomatite, náuseas, vômitos, diarreia, xerostomia;</i> <i>Dor musculoesquelética, artralgias, mialgias, astenia.</i>
Referência	https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/kadcyla-epar-product-information_pt.pdf

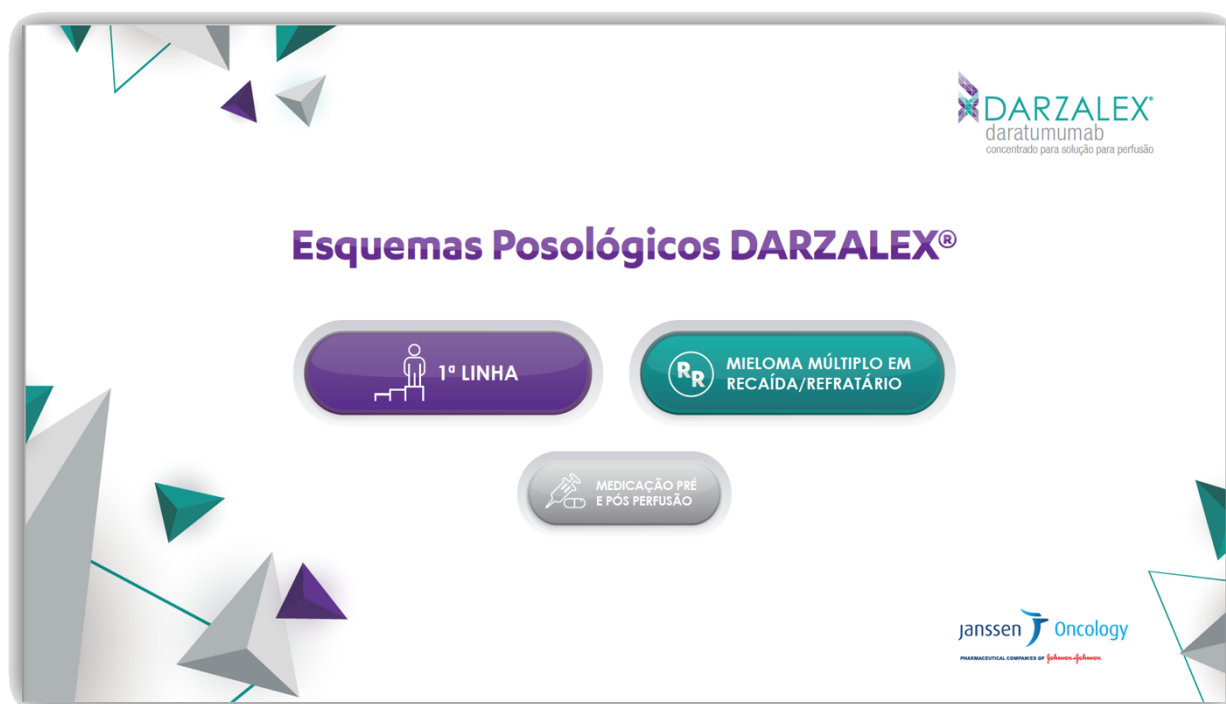
Fármaco	VINCRISTINA
Efeitos Secundários	<i>Broncospasmo;</i> <i>Anemia, leucopenia, trombocitopenia;</i> <i>Náuseas, vômitos, anorexia, obstipação, íleo paralítico, cólicas abdominais, estomatite;</i> <i>Retenção urinária, noctúria, oligúria, supressão gonadal, hiperuricemia;</i> <i>Alopécia, neuropatia periférica;</i> <i>Síndrome da secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH);</i> <i>Cegueira cortical, diplopia;</i> <i>Alterações do estado mental, depressão, agitação, insónia.</i>
Referência	(Vallerand, Sanoski, & Deglin, 2009)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na lógica do processo formativo, a elaboração deste Guia Prático não só cumpre uma exigência da unidade curricular, como também, certamente, integra uma necessidade de organização/ metodologia de trabalho que permite a aquisição mais sólida de competências específicas na minha formação enquanto Enfermeira Especialista. Os desafios com que atualmente enfermeiros se confrontam, relacionam-se com a complexidade das situações de saúde/doença que exigem uma abordagem inter e multidisciplinar e que determinam um verdadeiro trabalho de equipa e a utilização da criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua atividade.

ANEXO I

Consultar pasta intitulada ANEXO I – DARATUMUMAB na qual se encontra um documento com os esquemas posológicos de Daratumumab.



Apêndice VI - Desmistificação do Linfedema



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CUIDADOS À PESSOA COM LINFEDEMA

Patrícia Henriques, 192020071

Professora Orientadora: Prof. Doutora Manuela Madureira

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Mestre e Especialista Sandrina Bento

Lisboa, 2021

INTRODUÇÃO

A elaboração desta reflexão crítica sobre cuidados à pessoa com linfedema tem como propósito responder favoravelmente aos objetivos da unidade curricular Estágio Final e Relatório integrada no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico: na área de especialidade de enfermagem à pessoa em situação crítica da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O estágio decorre num período de dois meses entre os dias 06 de setembro de 27 de outubro de 2021, num total de 180 horas de contacto, no Serviço de Atendimento Permanente de Adulto do Hospital CUF Descobertas, sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista Sandrina Bento.

A presente reflexão sobre linfedema surge no seguimento de contacto com doentes submetidos a esvaziamentos axilares ou a mastectomias conservadoras, relativamente à utilização do membro afetado para intervenções como avaliação da tensão arterial, punção venosa periférica, entre outras. Não só os próprios doentes como também os profissionais de saúde podem ter relutância em realizar estas mesmas intervenções no membro afetado podendo eventualmente colocar o conforto do doente em causa, por exemplo, em situações em que o pavimento venoso do doente esteja fragilizado e a punção venosa periférica se torna difícil.

Ao longo do trabalho será realizada uma contextualização do linfedema, os fatores de risco para desenvolvimento de linfedema, os sinais e sintomas de linfedema, as precauções gerais e, por último, será apresentado uma mudança de paradigma informado na evidência sobre as intervenções que podem potenciar o aparecimento ou agravamento de linfedema.

LINFEDEMA

O linfedema manifesta-se pela acumulação de líquido linfático e outros elementos como, por exemplo, proteínas obstruindo o sistema linfático devido a um desequilíbrio entre a produção e o transporte do fluido intersticial originando edema de um ou mais membros.

Caracteriza-se por ser uma condição crónica e progressiva que afeta um número significativo de pessoas e com consequente afetação física, emocional e social dos doentes e família. A deteção precoce e o encaminhamento dos doentes com linfedema são fundamentais. O edema aumentado interfere também ao nível da autoimagem, da dor e desconforto sentido e também potencia a ocorrência de celulite/ erisipela, associado a necessidade de hospitalização. Em oncologia a causa mais comum de linfedema é a radioterapia e dissecação dos nódulos axilares.

Associado ao cancro, o linfedema é uma condição crónica e progressiva que causa o edema anormal e múltiplos sintomas associado a tratamentos oncológicos como a cirurgia ou a radioterapia (Fu & Ridner, 2011). O linfedema de membros superiores ocorre entre 15 a 28% das sobreviventes de cancro de mama e é mais comum nas doentes que tiveram dissecação linfática axilar, sendo que todas as doentes mantêm risco de desenvolver linfedema ao longo da vida (Oncology Nursing Society , 2020).

Existem dois tipos de linfedema, o primário e o secundário. O linfedema primário é caracterizado pelo desenvolvimento anormal do sistema linfático. Os sintomas podem ocorrer no nascimento ou mais tarde, durante a adolescência ou até mesmo na vida adulta. O linfedema secundário é causado por danos no próprio sistema linfático ou infeções, lesões, cancro, remoção de gânglios linfáticos, tratamentos com radiação diretamente na área afetada ou no tecido cicatricial.

Segundo Thomas, et. al (2017) um teste diagnóstico adequadamente projetado deve: 1) estabelecer se a doença está presente; 2) determinar a gravidade do processo da doença; 3) definir a fisiopatologia do processo da doença; 4) demonstrar se a intervenção é possível, bem como que tipo de intervenção; e 5) classificar objetivamente a resposta à terapia. Os estudos diagnósticos são geralmente divididos em: 1) funcionais (hemodinâmicos), como pressões segmentares Doppler ou registos de volume de pulso ou 2) anatómicos (imagem), como ultrassom duplex, angiografia por ressonância magnética e angiotomografia, como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Comparação de exames de imagem para diagnóstico de linfedema – retirado de Thomas, et al. (2017).

Table II

Comparison of diagnostic imaging tests for lymphedema.

Test	Contrast Agent and Delivery Method	Focus	Availability/Cost
X-ray Lymphography	Direct vessel cannulation or subcutaneous injection of iodinated contrast agents	Lymphatic vessels and nodes	Variable
Duplex Ultrasound	Endogenous contrast	Tissues Lymph nodes	Readily/Low
Lymphoscintigraphy	Intradermal injection of a radionuclide, such as Technetium-99m	Lymphatic vessels and nodes Contrast Transit times	Readily/High
Magnetic Resonance Imaging/Computed Tomography	Endogenous contrast or various imaging contrast agents	Tissues Lymph nodes	Readily/High
Magnetic Resonance Contrast	Intradermal injection of MR contrast agents such as gadolinium	Lymphatic vessels and nodes Contrast Transit times	Variable/High
Fluorescence micro-lymphangiography	Intradermal injection of fluorescein sodium	Epidermal lymphatics	Variable
NIRF Lymphatic imaging	Intradermal injection of indocyanine green	Initial and collecting lymphatic vessels and nodes Contractile function of lymphangions	Limited/Low to Moderate

O linfedema é avaliado em 3 estágios: “o estágio 1 está relacionado com o edema de elevado teor de proteína e que diminui com a elevação do membro. O estágio 2 é indicado pela falta de redução no edema dos membros com elevação e tecidos mais firmes devido à fibrose. A doença de estágio 3 representa a forma mais grave de linfedema - "elefantíase" (aparência de pele de elefante), onde a sensação de picada geralmente está ausente e alterações tróficas acentuadas na pele estão presentes” (Thomas, et al., 2017). Na tabela 2 são apresentados os estágios da doença, a fisiologia e os fenótipos através da fluorescência de infravermelho próximo.

Tabela 2 - Fenótipos observados através de técnicas de linfoscintilografia e imagens de fluorescência no infravermelho e estágio da doença, retirado de Thomas, et al. (2017).

Disease Stage	(Patho)Physiology	NIRF Phenotype
Normal	Normal physiology	Rapid uptake of ICG; Linear, well-defined lymphatic vessels; Contractile pumping of lymph with reported rates of 0.4 ± 0.3 propulsions/min in legs and 1.3 ± 1.2 propulsions/min in arms
Stage 0 (Preclinical) LE	Initial stages of lymphatic dysfunction; No clinical evidence of LE, although limb may have mild tingling or feel heavy	Linear lymphatics, with possibly dilated or tortuous vessels; Localized dermal backflow may be present in areas that feel heavy; Reduced lymphatic pumping or lymphatic reflux may be present
Stage I LE	Mild swelling that often improves with elevation; May experience pitting edema	Linear lymphatics observed in limb though prevalence is decreased; Localized dermal backflow in edematous areas and occasionally proximal the injection site and edematous areas; Reduced lymphatic pumping; Lymphatic reflux may be present
Stage II LE	Swelling does not respond to elevation; Spongy, non-pitting edema; Skin changes commence (inflammation, hardening, or thickening); Tissue damage irreversible	Few linear lymphatics observed; More extensive dermal backflow and extravascular fluorescence; Reduced lymphatic pumping, when observed, reported rates are 0.2 ± 0.2 propulsions/min in legs, 0.3 ± 0.3 propulsions/min in arms; Lymphatic reflux may be present
Stage III LE	Limbs are large, misshapen, and fibrotic (elephantiasis); Skin is leathery, wrinkled and may have warty protrusions; Infections and fluid leakage common	Few if any observable linear lymphatics; Little or no lymphatic pumping; Extensive extravascular fluorescence and dermal backflow seen throughout limb; In some cases, no uptake of ICG observed

LE = Lymphedema

1. Fatores de risco para desenvolvimento de linfedema

Quanto mais precoce o diagnóstico e tratamento, melhor o prognóstico. Nos doentes com cancro de mama, o linfedema habitualmente desenvolve-se nos primeiros 3 anos após tratamento, mas o risco mantém-se ao longo da vida. A evolução da doença pode levar ao dano progressivo dos vasos linfáticos com alterações estruturais e estéticas irreversíveis.

Fatores de risco bem definidos para o desenvolvimento de linfedema incluem dissecação linfática axilar, irradiação linfática regional, maior índice de massa corporal, idade mais avançada no momento do diagnóstico e inflamação do braço, infeção ou trauma (Dionísio, Lamas, & Silva, p. 2018).

2. Sinais e sintomas de linfedema

A linfa acumulada torna-se uma área propícia a infeções, uma pequena lesão pode-se tornar ponto de entrada para infeção. A pele afetada parece edemaciada e ruborizada e é tipicamente dolorosa e quente ao toque. A celulite não tratada pode disseminar-se para a corrente sanguínea e desencadear um processo de sépsis.

Em doentes com linfedema muito grave, a pele do membro afetado pode tornar-se mais espessa e endurecer, sendo que a linfa também pode drenar através de pequenas fissuras na pele ou causar flictenas, aumentando a possibilidade de infeção. Embora menos frequente, casos mais graves de linfedema não tratado podem potenciar o aparecimento de cancro de tecidos moles.

O linfedema pode originar sensação peso, aperto, tensão, dormência, ardor, diminuição da flexibilidade articular, constatação de anéis/ pulseiras/ relógio ou outros acessórios mais apertados ou até mesmo um dos membros visivelmente mais volumoso que o outro.

(American Cancer Society, 2021)

3. Precauções gerais

Precauções Gerais: hábitos de vida saudáveis para manter ou atingir um peso adequado – alimentação variada, realização de exercício físico e fisioterapia após cirurgia; evitar ingestão de bebidas alcoólicas e não fumar. Também deve ser evitada a utilização de roupa apertada ou acessórios apertados/ justos.

4. Mudança de paradigma

De acordo com evidência mais recentes verifica-se uma mudança de paradigma face a intervenções mais conservadoras no membro afetado como a avaliação da tensão arterial, a realização de punção venosa periférica (colheita de sangue, administração terapêutica ou fluidoterapia) e ainda a realização de viagens de avião. De seguida são apresentados pequenos excertos de artigos analisados que refutam as intervenções mais conservadoras presentes em *guidelines*.

● Avaliação da tensão arterial no membro afetado

“Entre os potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de linfedema, a constrição do membro, o uso de braçadeiras de pressão arterial no membro de risco e roupas apertadas não aumentaram significativamente o risco de edema do braço” (Showalter, et al., 2012).

“Historicamente, estudos demonstraram que mulheres submetidas a remoção bilateral de gânglios linfáticos axilares não tem um risco aumentado de desenvolver celulite e linfedema relacionado ao cancro de mama em comparação com aquelas com dissecação gânglios linfáticos axilares unilaterais” (Ferguson, et al., 2016).

“Avaliação da tensão arterial, colheitas de sangue, injeções e número ou duração de voos não foram significativamente associados a aumentos no volume do braço. Esses achados podem ajudar a orientar a educação dos doentes sobre estratégias de redução de risco de linfedema para aqueles que se submetem à cirurgia bilateral de cancro de mama.” (Asdourian, et al., 2017).

“Intervenções médicas, como punções venosas, injeções e infusões, bem como a aplicação de um manguito de pressão arterial ou cirurgia, correm o risco de aumentar as cargas linfáticas e/ ou reduzir ainda mais a capacidade de transporte de linfa remanescente em áreas de congestão linfática por trauma ou infecção. Portanto, tais intervenções podem desencadear a manifestação inicial do linfedema secundário ou podem levar à deterioração do linfedema já presente. Os relatórios da literatura disponíveis sobre essas intervenções, no entanto, são parcialmente inconsistentes” (Földi, et al., 2017).

- **Realização de punção venosa periférica (colheita de sangue, administração terapêutica ou fluidoterapia) no membro afetado**

“O risco de linfedema existe mesmo décadas após a cirurgia axilar; os profissionais de saúde devem assegurar que os pacientes estejam conscientes desse risco e procurem tratamento nos primeiros sinais de edema após a vacinação ou outros procedimentos semelhantes no braço de risco” (Lee & Baumgart, 2012).

“Entre os potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de linfedema, arranhões por animais de estimação, picadas de insetos, cortes, bolhas, unhas roídas e colheitas de sangue no membro de risco não foram significativamente associados ao edema do braço.” (Showalter, et al., 2012)

“De acordo com a análise uni e multivariada, as colheitas de sangue e a administração de infusões intravenosas no braço de risco não estão associadas a um aumento do risco de edema do mesmo” (Ferguson, et al., 2015).

“A punção venosa no braço ipsilateral acarreta um pequeno risco de infecção, mas não há evidências robustas para apoiar que tal intervenção aumenta o risco de linfedema subsequente e os doentes devem ser tranquilizados de acordo. Se os profissionais de saúde tentarem puncionar um acesso venoso periférico por 2 vezes, sem sucesso, no braço ipsilateral, deve ser discutido, incluído o doente na tomada de decisão, a abordagem no braço afetado dependendo do tipo de tratamento que será realizado” (Jakes & Twelves, 2015).

- **Viagens de avião**

“A viagem aérea não provocou qualquer alteração adversa no braço submetido a cirurgia axilar em 94% das mulheres, independentemente da duração do voo ou da utilização da manga de compressão” (Crosbie, et al., 2010).

“268 pacientes não apresentaram edema do braço incidente, enquanto 27 apresentaram; entre vários fatores de risco, viagens aéreas e viagens com diferenças de altitude não foram encontradas como preditores significativos de edema do braço incidente” (Showalter, et al., 2012)

“Após análise uni e multivariada concluiu-se que o número e duração dos voos realizados não foi um preditor significativo do aumento do volume do braço” (Ferguson, et al., 2015).

Existem várias recomendações de precaução realizadas pelo National Lymphedema Network destinadas a diminuir o risco de desenvolvimento de linfedema relacionado com o cancro de mama. Essas diretrizes incluem cuidados com a pele; prevenção preferencial ao nível da avaliação da tensão arterial, punção venosa e trauma; e uso de roupa de compressão durante viagens aéreas.” (McLaughlin, Brunelle, & Taghian, 2020). Outros estudos demonstraram que em mulheres com mais de 5 gânglios linfáticos removidos, que realizaram viagens aéreas, sofreram traumatismos no braço ou procedimentos médicos não aumentaram a incidência de desenvolvimento de linfedema relacionado com o cancro de mama” (Kilbreath, et al., 2016) citado por (McLaughlin, Brunelle, & Taghian, 2020).

“A vigilância precoce que incorpora avaliações básicas e de acompanhamento, bem como a aplicação rotineira de muitos comportamentos de redução de risco não é apoiada. O uso do braço ipsilateral para administração endovenosa ou avaliação da tensão arterial não é contraindicado, embora a maioria dos doentes prefira utilizar o braço contralateral. Estratégias personalizadas de redução de risco são mais apropriadas do que a aplicação geral de comportamentos” (Considerations for Clinicians in the Diagnosis, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia e a radioterapia axilar continuam a ser a principal causa o desenvolvimento do linfedema, uma condição crónica e incurável que afeta o doente ao nível físico, emocional, social e financeiro, bem como a família do próprio doente. A prevenção e deteção precoce é fundamental para minimizar os efeitos secundários associados ao desenvolvimento do linfedema, pelo que o trabalho multidisciplinar e as estratégias educativas direcionadas ao doente/ família são a melhor forma de prevenção.

Ao longo da pesquisa foi possível identificar estudos que apoiam a utilização do membro com linfedema e outros estudos mais conservadores que mantêm as recomendações de não utilização desse mesmo membro. Neste momento, não existe consenso universal sobre diretrizes de medidas de precaução, verifica-se necessidade de mais estudos prospetivos sobre a temática que ajudem a desmistificar e modificar as recomendações/ *guidelines* sobre os cuidados à pessoa com linfedema. Sempre que possível, o membro afetado deve ser preservado, caso tal não seja possível como por dificuldade na punção venosa periférica, o mesmo pode ser utilizado tendo em conta o risco/ benefício para o doente sendo que a qualidade de vida e a dor são fatores preponderantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society. (25 de Maio de 2021). For People at Risk of Lymphedema. Obtido de American Cancer Society : <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/lymphedema/for-people-at-risk-of-lymphedema.html>
- Asdourian, M. S., Swaroop, M. N., Sayegh, H. E., Brunelle, C. L., Mina, A. I., Zheng, H., . . . G., A. (04 de Outubro de 2017). Association Between Precautionary Behaviors and Breast Cancer–Related Lymphedema in Patients Undergoing Bilateral Surgery. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5721227/>
- Considerations for Clinicians in the Diagnosis, P. a.-R. (01 de Agosto de 2017). Sarah A. McLaughlin; Sarah M. DeSnyder; Suzanne Klimberg; Michael Alatraste; Francesco Boccardo; Mark L. Smith; Alicia C. Staley; Paul T. R. Thiruchelvam; Nancy A. Hutchison. Obtido de Annals of Surgical Oncology: <https://link.springer.com/article/10.1245%2Fs10434-017-5964-6>
- Crosbie, J., Kilbreath, S. L., Dylke, E., Refshauge, K. M., Nicholson, L. L., Beith, J. M., . . . White, K. (Maio de 2010). Effects of mastectomy on shoulder and spinal kinematics during bilateral upper-limb movement. Obtido de National Library of Medicine - National Center of Biotechnology Information: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20223945/>
- Dionísio, M. R., Lamas, S., & Silva, F. S. (s.d.). PATIENT INFORMATION LEAFLETS ARE NOT MEANT TO REPLACE THE INFORMATION, ADVICE AND SUPPORT PROVIDED BY YOUR DOCTOR. Obtido de Cancer In Family: https://www.cancronafamilia.org/media/filer_private/2018/11/07/07_linfedema_en.pdf
- Földi, M., Albert, U.-S., Helmbrecht, S., Jud, S., Radisic, V. B., Strubel, G., . . . Wagner, S. (Maio de 2017). S2k Guideline 'Diagnostics and therapy of lymphoedema'. Obtido de Das Portal der wissenschaftlichen Medizin: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/058_Ges_D_Lymphologen/058-001le_S2k_Diagnostics_and_therapy_of_lymphoedema_2019-07.pdf
- Ferguson, C. M., Swaroop, M. N., Horick, N., Skolny, M. N., Miller, C. L., Jammallo, L. S., . . . G., A. (07 de Dezembro de 2015). Impact of Ipsilateral Blood Draws, Injections, Blood Pressure Measurements, and Air Travel on the Risk of Lymphedema for Patients Treated for Breast Cancer. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872021/#B5>

- Ferguson, C. M., Swaroop, M. N., Horick, N., Skolny, M. N., Miller, C. L., Jammallo, L. S., . . . G., A. (07 de Dezembro de 2015). Impact of Ipsilateral Blood Draws, Injections, Blood Pressure Measurements, and Air Travel on the Risk of Lymphedema for Patients Treated for Breast Cancer. Obtido de United States National Library of Medicine - National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872021/#B5>
- Ferguson, C. M., Swaroop, M. N., Horick, N., Skolny, M. N., Miller, C. L., Jammallo, L. S., . . . G., A. (01 de Março de 2016). Impact of Ipsilateral Blood Draws, Injections, Blood Pressure Measurements, and Air Travel on the Risk of Lymphedema for Patients Treated for Breast Cancer. Obtido de United States National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872021/#B5>
- Jakes, A. D., & Twelves, C. (20 de Novembro de 2015). Breast cancer-related lymphoedema and venepuncture: a review and evidence-based recommendations. Obtido de <https://lymphoedemaeducation.com.au/wp-content/uploads/2020/05/3-Breast-cancer-related-lymphoedema-and-venepuncture-a-review-and-evidence-based-recommendations.pdf>
- Kilbreath, S. L., Refshauge, K. M., Beith, J. M., Ward, L. C., Ung, O. A., Dylke, E. S., . . . Gaitatzis, K. (Agosto de 2016). Risk factors for lymphoedema in women with breast cancer: A large prospective cohort. Obtido de National Institutes of Health (NIH) - Turning Discovery into Health: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183497/>
- Lee, T. S., & Baumgart, K. W. (Junho de 2012). Vaccines and risk of lymphoedema: a case report of a breast cancer patient. Obtido de National Library of Medicine - National Center of Biotechnology Information: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22675681/>
- McLaughlin, S. A., Brunelle, C. L., & Taghian, A. (22 de Maio de 2020). Breast Cancer–Related Lymphedema: Risk Factors, Screening, Management, and the Impact of Locoregional Treatment. Obtido de Journal of Clinical Oncology: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7343436/>
- Showalter, S. L., Brown, J. C., Cheville, A. L., Fisher, C. S., Sataloff, D., & Schmitz, K. H. (03 de Outubro de 2012). Lifestyle Risk Factors Associated with Arm Swelling among Women with Breast Cancer. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122425/>
- Thomas F. O'Donnell, J., Rasmussen, J. C., & Sevic-Muraca, E. M. (16 de Janeiro de 2017). New Diagnostic Modalities in the Evaluation of Lymphedema. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325714/>

Apêndice VII – Guia de boas práticas sobre o cateter venoso central subcutâneo



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

GUIA DE BOAS PRÁTICAS SOBRE CATETER VENOSO CENTRAL SUBCUTÂNEO

Mestranda: Patrícia Henriques, 192020071

Orientadora Pedagógica: Prof. Doutora Manuela Madureira

Orientadores: Enfermeira Mestre Sandrina Bento

Lisboa, 2021

Cateter venoso central subcutâneo

O cateter venoso central subcutâneo é um sistema de acesso venoso implantável, colocado cirurgicamente sob a pele, habitualmente num local prático como a região subclávia. Existem diferentes modelos de cateteres, mas a funcionalidade e o procedimento para a sua utilização é similar, pelo que a principal diferença relaciona-se com o material - os cateteres são tendencialmente de silicone ou poliuretanos e os conectores de titânio e/ou plástico. Os sistemas são constituídos por septo, porta, conector do cateter e o cateter.

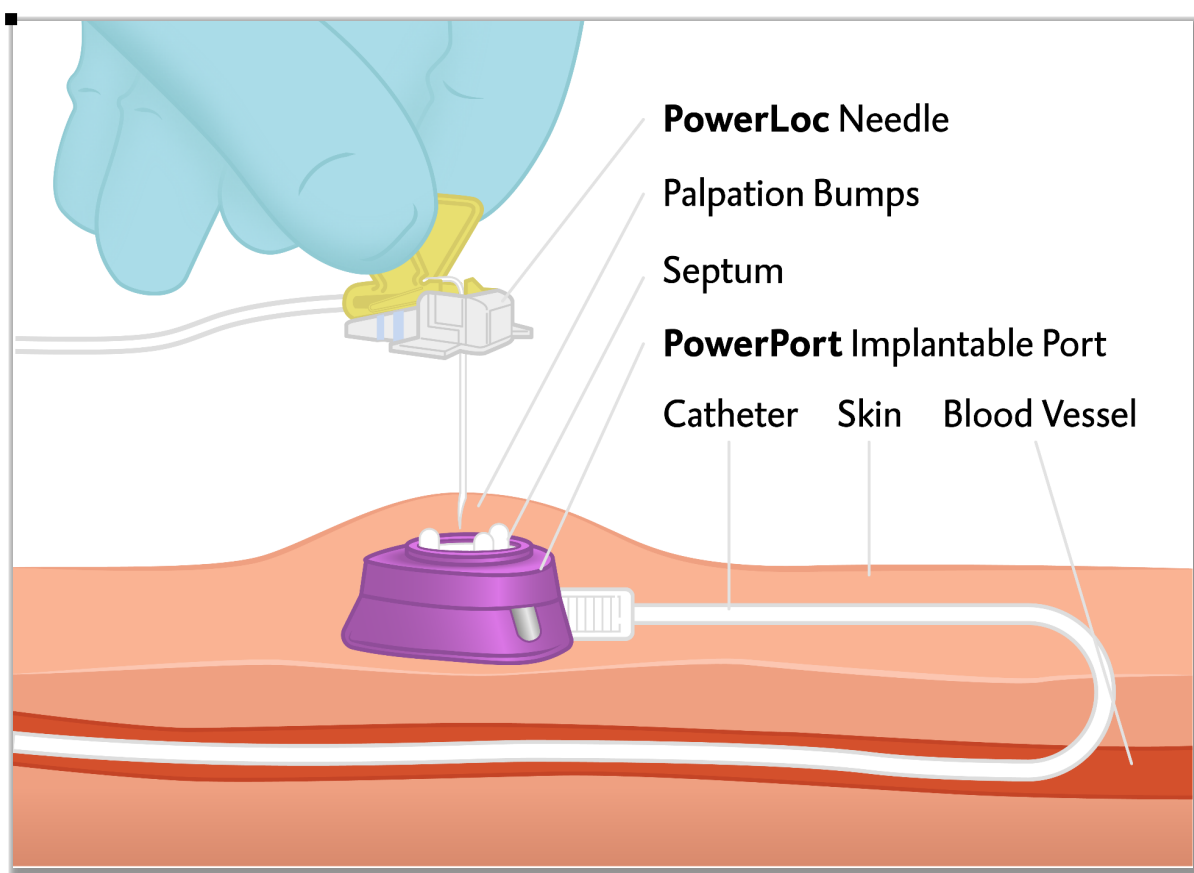


Figura 2 - Constituição do cateter venoso central subcutâneo (Padilha, 2020)

Os cateteres venosos centrais subcutâneos são indicados para pessoas que necessitem de tratamentos endovenosos regulares e de longo prazo, uma vez que permite reduzir a dor sentida pela punção venosa periférica e aumentar a segurança na administração terapêutica ao reduzir o risco de extravasão, principalmente em fármacos citotóxicos que fragilizam o pavimento venoso.

Utilização de cateteres venosos centrais subcutâneos

Antes da primeira utilização, o enfermeiro deve garantir que o doente realizou uma radiografia pós colocação de cateter e que a mesma foi avaliada pelo médico.

Antes de qualquer utilização o enfermeiro deve verificar se o cateter permite refluxo sanguíneo, se a instilação de cloreto de sódio 0.9% ocorre sem sensação de pressão e se a pele circundante ao mesmo não apresenta qualquer um destes sinais/sintomas: rubor, hipervascularização, edema, assimetria no pescoço, dor no membro superior ou no pescoço ou outro sinal de desconforto. Se algum destes sinais/sintomas estiver presente, o cateter não pode ser utilizado e o médico assistente deverá ser informado.

Punção do cateter venoso central subcutâneo

Material de punção de cateteres venosos centrais subcutâneos

2 seringas de 10ml;
2 agulhas de diluição (18G);
2 ampolas de Cloreto de Sódio 0.9%;
Agulha de hubber (20G);
Compressas esterilizadas;
Penso impermeável;
Penso rápido;
Luvas esterilizadas;
Máscara (com viseira - se forem manipulados citostáticos);
Bata (impermeável reforçada - se forem manipulados citostáticos).

Procedimento de punção de cateteres venosos centrais subcutâneos

1. Confirmar o nome completo e data de nascimento do doente;
2. Informar o doente sobre o procedimento;
3. Organizar o material necessário;
4. Colocar uma máscara (com viseira - se forem manipulados citostáticos);
5. Vestir uma bata impermeável reforçada - se forem manipulados citostáticos;
6. Expor a área a ser puncionada (salvaguardando a privacidade do doente/ cliente);
7. Desinfetar o local do cateter venoso central subcutâneo com uma margem de 10 cm (deixar secar);

8. Abrir o campo das luvas esterilizadas e colocar no seu interior 1 seringa de 10 ml e uma de 5 ml; 1 agulha de diluição; compressas esterilizadas e 1 agulha de hubber;
9. Calçar as luvas esterilizadas;
10. Aspirar 10 ml de cloreto de sódio 0.9% com a seringa de 10 ml (mantendo a assepsia);
11. Aspirar 2 ml de cloreto de sódio 0.9% para outra seringa de 10 ml (mantendo a assepsia);
12. Expurgar o sistema da agulha de hubber e clampar;
13. Substituir a seringa de 10 ml que contém cloreto de sódio 0.9%o do sistema da agulha de hubber por uma seringa de 10 ml com que contém 2 ml cloreto de sódio 0.9%
14. Passar compressas esterilizadas na área desinfetada;
15. Delimitar e imobilizar o reservatório com os dedos da mão não dominante;
16. Puncionar o ponto médio entre o polegar e o indicador da mão não dominante, introduzindo a agulha de Hubber em ângulo 90° em relação à pele (se agulha angulada, adequar movimento de punção);
17. Aspirar 5 ml de conteúdo hemático do cateter venoso central subcutâneo (desperdiçar);
18. Instilar 10 ml de Cloreto de Sódio para limpar tubuladura e testar a permeabilidade do cateter venoso central subcutâneo (não deverá ser sentida qualquer resistência);
19. Colocar penso transparente e impermeável a proteger a região do cateter venoso central subcutâneo;
20. Adaptar sistema de soro para administração terapêutica.

Remoção de bomba de infusão elastomérica portátil

As bombas de infusão elastomérica portátil (infusor) conectam-se aos cateteres venosos centrais subcutâneos permitindo fornecer infusões prolongadas, desta forma o doente cumpre a administração terapêutica em regime de ambulatório. Este facto torna-se vantajoso, por ser mais confortável para o doente/cliente, e permitir uma redução de custos associados aos cuidados (Nabhani-Gebara & Salman, 2019).

Material para remoção de infusor

Heparina 20 U.I/ml;
1 seringa de 10ml;
1 seringa de 5ml;
2 agulhas de diluição (18G);
1 ampola de Cloreto de Sódio 0.9%;
Penso rápido;
Luvas para manipulação de citostáticos;
Máscara com viseira;
Bata impermeável reforçada;
Contentor corto-perfurante;
Lixo de resíduos

Procedimento de remoção de infusor

1. Confirmar o nome completo do doente e validar com a informação do infusor.
2. Verificar se o balão de infusor se encontra totalmente vazio (termina quando o indicador de nível se encontra perto do zero e/ ou o balão está vazio e completamente desinsuflado). Se não estiver totalmente vazio deve ser dada indicação ao doente/ cliente para regressar no dia seguinte;
3. Preparar 1 seringa de 10 ml com cloreto de sódio 0.9%;
4. Preparar 1 seringa de 5 ml com heparina 20 U.I ml;
5. Colocar bata impermeável reforçada;
6. Colocar máscara com viseira;
7. Calçar 2 pares de luvas de nitrilo ou usar luvas próprias de manuseamento de quimioterapia;

8. Clampar o lúmen da agulha de hubber introduzida no cateter venoso central subcutâneo.
Desconectar o infusor e colocá-lo em contentor próprio;
9. Instilar 10 ml de soro fisiológico;
10. Administrar 5 ml de heparina 20 U.I ml;
11. Remover agulha de hubber e colocar no contentor corto-perfurante;
12. Colocar penso rápido;
13. Colocar material desperdiçado que permaneceu em contacto com citostáticos em contentor próprio (Grupo IV).

Nota: “Os estudos sugerem que não há diferença de eficácia entre a solução de heparina e o cloreto de sódio 0,9%, na permeabilidade do cateter venoso central totalmente implantado. Ainda existe pouca evidência nesta área, pelo que a realização de estudos e de ensaios clínicos randomizados é recomendada e necessária.”. (Ramada, Coelho, Guilherme, & Marques, 2018, p. 28).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (Junho de 2011). Resíduos Hospitalares (Documento de Orientação). Obtido em Outubro de 2021, de Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde: Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/residuos-hospitalares-pdf.aspx>
- Nabhani-Gebara, S., & Salman, D. (2019). Delivering chemotherapy at home: How much do we know? British Journal of Community Nursing. British Journal of Community Nursing, 482–484.
- Padilha, G. (2020). Felipe Ades. Obtido de <https://drfelipeades.com/2016/05/24/conheca-o-port-a-cath-ou-cateter-totalmente-implantado-uma-importante-ferramenta-no-tratamento-com-quimioterapia/>
- Ramada, D., Coelho, F., Guilherme, D., & Marques, P. (2018). Permeabilidade do cateter venoso central totalmente implantado. Onco.news, 20-29.

Apêndice I

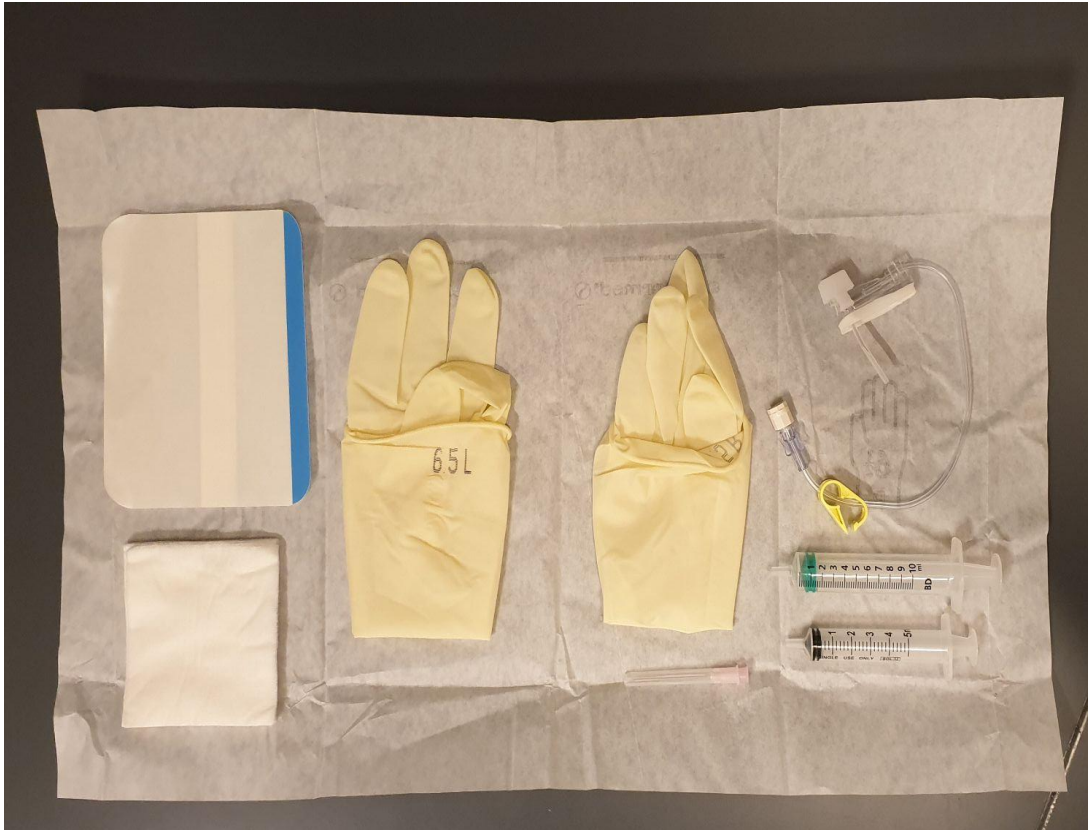
O apêndice I contém em formato de imagem o procedimento de:

- A. Puncionar um cateter venoso central subcutâneo
- B. Remover a agulha de hubber

Nota: todas as fotografias apresentadas no apêndice I são da autoria da autora do trabalho.

A. Puncionar um Cateter Venoso Central Subcutâneo

1. Material necessário



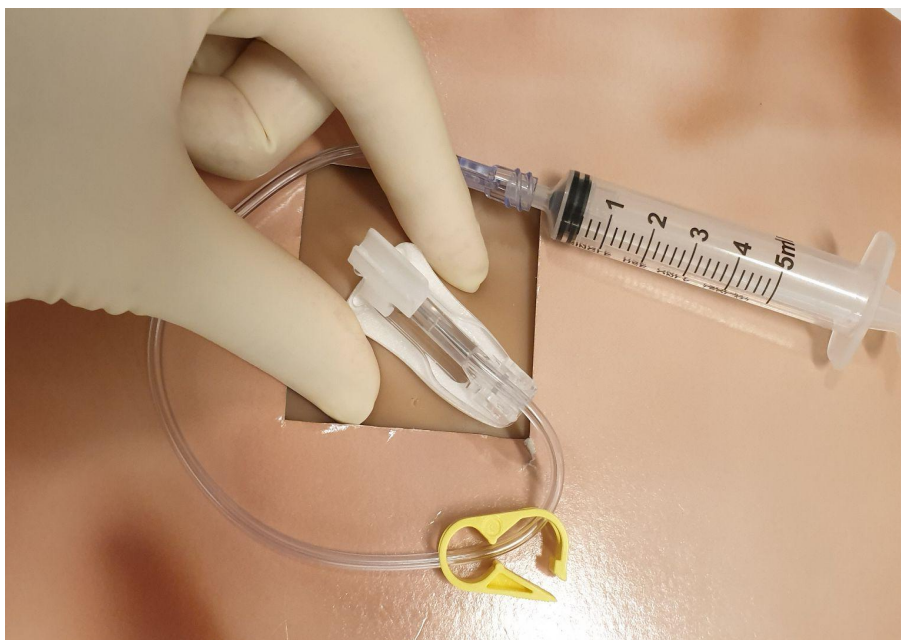
2. Fixar o cateter venoso central subcutâneo



3. Inserção de agulha de hubber



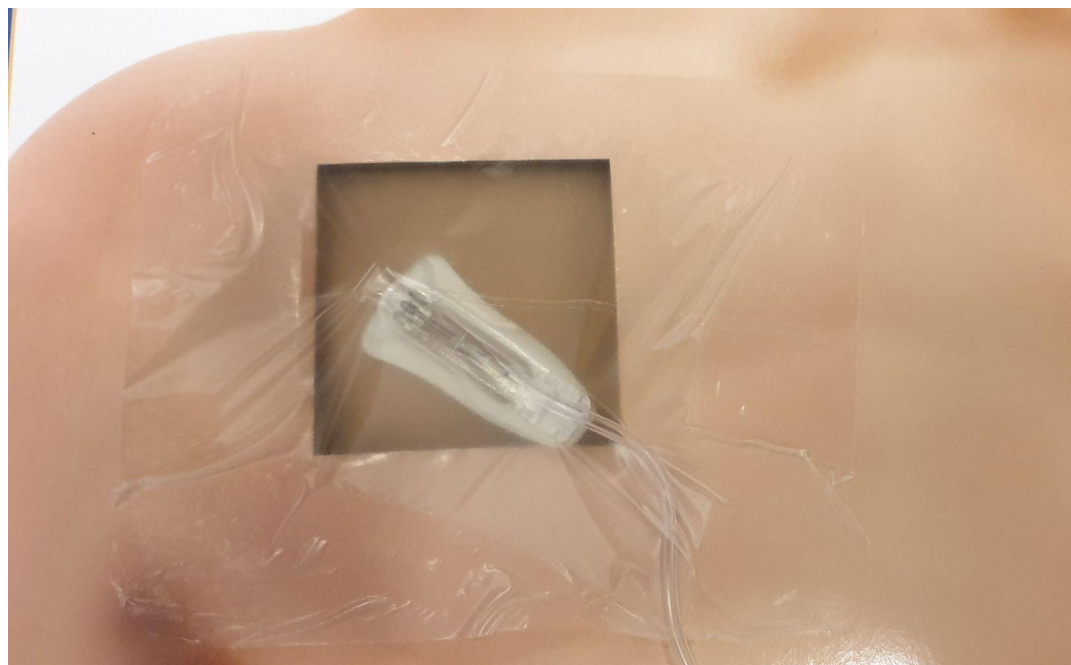
4. Aspirar 5 ml de conteúdo hemático (desperdiçar)



5. Instilar 10 ml de Cloreto de Sódio 0.9%

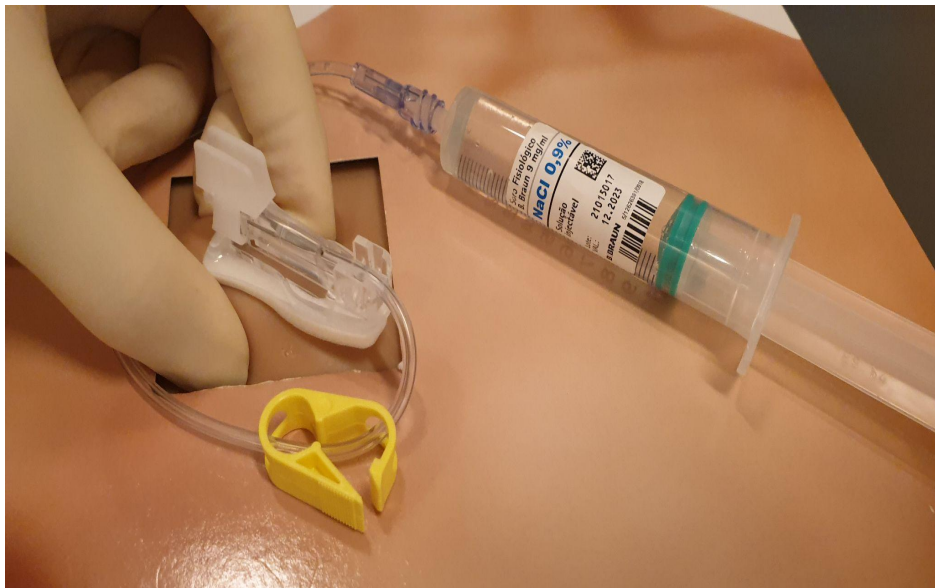


6. Colocar penso transparente e impermeável

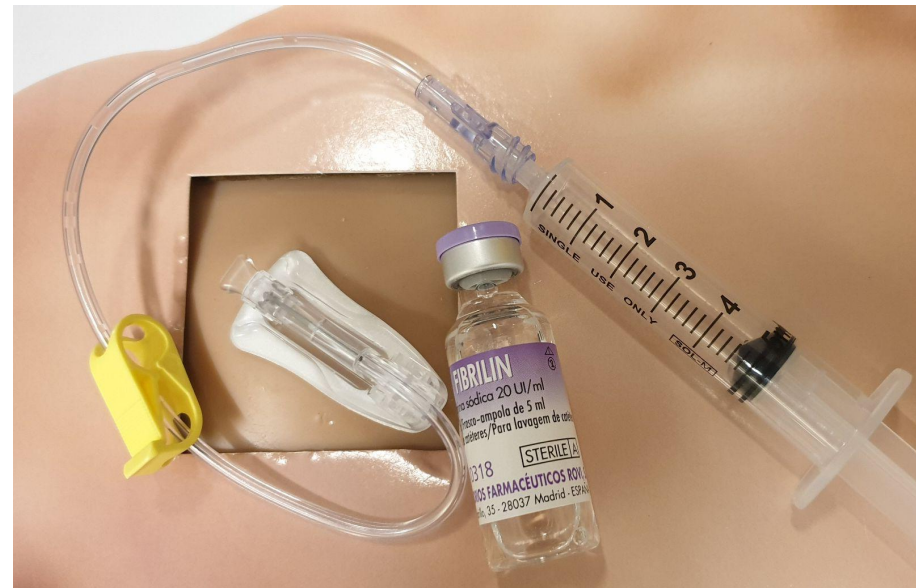


B. Remover a agulha de hubber

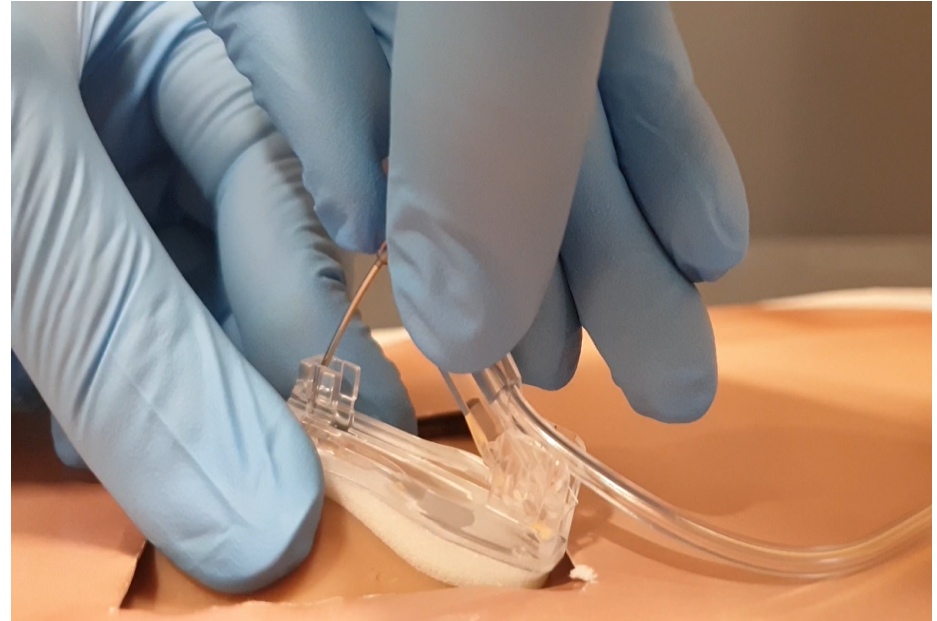
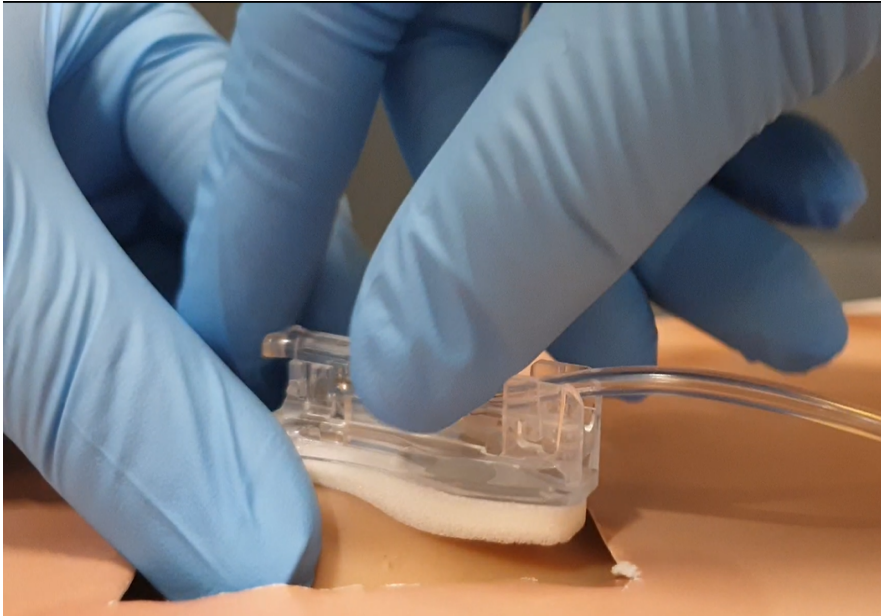
1. Fazer “flush” do prolongamento com 10 ml de cloreto de sódio 0.9%



2. Administrar heparina 20 UI/ml



3. Remover a agulha de hubber



4. Aplicar um penso rápido - (remover o mesmo assim que o doente tomar banho ou que verifique que este se encontra molhado. Não há necessidade de substituir por outro).

