



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA
SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO:
UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADA**

ADHERENCE TO THE THERAPEUTIC REGIME IN THE PERSON UNDERGOING A
SOLID ORGAN TRANSPLANT: A SPECIALIZED NURSING INTERVENTION

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

Por Susana Veiga de Jesus

Lisboa, 2023

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA
SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO:
UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADA**

ADHERENCE TO THE THERAPEUTIC REGIME IN THE PERSON UNDERGOING A
SOLID ORGAN TRANSPLANT: A SPECIALIZED NURSING INTERVENTION

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

Por Susana Veiga de Jesus

Sob a orientação da Prof^ª Doutora Rita Marques

Lisboa, 2023

RESUMO

O presente relatório de estágio pretende descrever o percurso do processo de aquisição de competências ao longo da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do terceiro semestre do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização: Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa.

Neste documento é realizada uma reflexão crítica e fundamentada do desenvolvimento de competências de mestre e especialista baseada no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e também no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Para a conclusão desta unidade curricular realizei estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação e num Bloco Operatório de Urgência Central. Nos locais de estágio, para além da aquisição de competências, tive oportunidade apresentar à equipa da UCI os resultados de uma revisão realizada sobre intervenções de enfermagem eficazes para a prevenção do *delirium* no doente crítico, e pude também elaborar uma norma de procedimento acerca da manutenção da normotermia em contexto de bloco operatório. Transversalmente aos vários contextos desenvolvi uma revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia sobre intervenções eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico na pessoa submetida a transplante de órgão sólido. Os resultados deste trabalho de investigação foram publicados em formato de poster no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem e submetidos a uma revista científica.

Como linha orientadora do pensamento em enfermagem integrei dois referenciais teóricos na minha prestação de cuidados, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Conforto de Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Palavras-Chave: Enfermagem Especializada, Transições, Conforto, Transplante de Órgão Sólido, Intervenções Eficazes.

ABSTRACT

This internship report intends to describe the course of the competence acquisition process throughout the curricular unit “Final Internship and Report” of the third semester of the master’s degree in medical-Surgical Nursing in the Specialization Area: Person in Critical Situation, of Instituto of Health Sciences - Lisbon, from Catholic University of Portugal.

This document presents a critical and reasoned reflection on the development of master's and specialist skills based on the Regulation of specific skills of specialist nurses in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for the Person in Critical Situation and on the Regulation of Common Skills of Specialist Nurses.

For the conclusion of this curricular unit, I carried out an internship in an Intensive Care Unit, Emergency and Resuscitation Medical Vehicle and in a Central Emergency Operating Room. In the internship locations, in addition to acquiring skills, I had the opportunity to present to the team a work on effective nursing interventions for the prevention of *delirium* in critically ill patients, during the internship in intensive care and I was also able to elaborate a rule of procedure regarding the maintenance of normothermia in the context of the operating room. Across the various contexts, I worked on a systematic literature review of evidence of effectiveness on effective interventions in promoting adherence to the therapeutic regimen in people undergoing solid organ transplantation. The results of this research work were published in poster format at the V International Seminar of the master’s in nursing.

As a guiding line of thinking in nursing, I integrated two theoretical references in my care provision: Afaf Meleis' Theory of Transitions and Katharine Kolcaba's Theory of Comfort.

Keywords: Specialized Nursing, Transitions, Comfort, Solid Organ Transplantation, Effective Interventions.

“Aprenda como se fosse viver para sempre.

Viva como se fosse morrer amanhã.”

(Mahatma Gandhi)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me ajudaram desde o início.

Ao Fábio, meu companheiro de vida que esteve presente todos os momentos.

A todos os familiares e amigos, por compreenderem as minhas ausências.

Aos meus companheiros de mestrado, que estiveram ao meu lado, em especial à Madalena, ao Bruno e à Mariana.

À professora Rita Marques, por toda a orientação.

Aos enfermeiros que me acolheram e orientaram durante os estágios, por todas as partilhas.

A todos, muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

BPS – *Behavioral Pain Scale*

BUC – Bloco de Urgência Central

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CODU-MAR – Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral Saúde

DR – Diário da República

EAM - enfarte agudo do miocárdio

EAMST – Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST

ECG – eletrocardiograma

EEMI - Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem médico-cirúrgica

EOT – Entubação Orotraqueal

EPI - Equipamento de Proteção Individual

GCS – *Glasgow Coma Scale*

HSD – Hematoma Subdural

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RCE - Retorno à Circulação Espontânea

RCP - Reanimação Cardiopulmonar

Reg. - Regulamento

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UMIPE – Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	15
2 – INTERVENÇÕES EFICAZES NA PROMOÇÃO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE EFICÁCIA	19
3 – REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ...	29
3.1 – CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS	30
3.2 – CONTEXTO DE URGÊNCIA	44
4 – CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	81
Apêndice 1 – Estratégia de Pesquisa Booleana.....	83
Apêndice 2 – Análise dos artigos selecionados	89
Apêndice 3 – Poster apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o título: Intervenções Eficazes na Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico na pessoa Submetida a Transplante de Órgão Sólido: Revisão Sistemática de Literatura de Evidência de Eficácia	99
Apêndice 4 – Proteção de Ecrã: Estratégias para prevenir o <i>delírium</i> no Doente Crítico	103
Apêndice 5 – Norma de Procedimento para Manutenção da Normotermia em contexto de Bloco Operatório.....	107
ANEXOS	123
Anexo 1 – Certificado de Participação no 2º Encontro de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	125

Anexo 2 – Certificado de Participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	129
--	------------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA	23
------------------------------------	----

1 – INTRODUÇÃO

A procura pelo autoaperfeiçoamento na prática profissional como enfermeira levou-me a querer integrar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na Área de Especialização: Pessoa em Situação Crítica (PSC) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O presente relatório de estágio surge integrado na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do terceiro e último semestre do curso e reflete o processo de desenvolvimento e aquisição de competências para obtenção do grau académico de mestre em EMC através da discussão em prova pública e do título profissional de enfermeira especialista na área de enfermagem à PSC (UCP, 2022).

Conforme descrito no Regulamento (Reg.) do Exercício Profissional do Enfermeiro:

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (REPE, 1996, p2)

Tem-se verificado que ao longo dos anos que a enfermagem tem sofrido uma evolução no que diz respeito à sua complexidade (REPE, 1996). O desenvolvimento tecnológico constante, especialmente no que diz respeito aos cuidados de saúde exigem dos profissionais uma constante atualização dos conhecimentos de forma a poderem prestar os melhores cuidados ao seu alcance (Martins et al., 2006). Neste sentido, tendo em conta o meu atual contexto de trabalho, numa unidade de cuidados intensivos polivalente, considerei necessário aprofundar os meus conhecimentos e competências técnicas e científicas no cuidado à PSC e família de forma a poder prestar melhores cuidados ao especializar-me nos cuidados a esta população.

Segundo o Reg. das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista os cuidados de enfermagem requerem exigência técnica e científica, sendo que a diferenciação e a

especialização são cada vez mais uma realidade que abrange praticamente todos os profissionais da área da saúde. Assim,

“O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária.” (Reg. n.º 140/2019, p. 4744).

Segundo a mesma entidade, “Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...)” (Reg. n.º 140/2019, p.4744). A atribuição deste título está dependente da validação das competências enunciadas para cada uma das áreas de especialidade, mas também de um conjunto de competências comuns “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (...)” (Reg. n.º 140/2019, p.4744). Estas competências incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, competências na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Reg. n.º 140/2019).

No caso específico da enfermagem médico-cirúrgica, pela sua abrangência, divide-se em quatro áreas, nomeadamente: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Reg. n.º 429/2018).

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” (Reg. n.º 429/2018, p. 19362). Pela sua complexidade os cuidados de enfermagem à pessoa nesta condição, terão de ser contínuos e altamente qualificados, para manter as funções vitais e maximizar as possibilidades de recuperação. Neste contexto o enfermeiro especialista em EMC à PSC procura mobilizar da melhor forma os seus conhecimentos e habilidades para responder de forma holística às necessidades da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Compete ainda ao enfermeiro especialista em EMC à PSC o planeamento e gestão em situação de emergência e catástrofe, conservação de vestígios da prática de crime e a

manutenção dos cuidados relativos ao controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (Reg. nº 429/2018).

De forma a desenvolver as competências científicas, técnicas, éticas e relacionais necessárias para a prestação de cuidados especializados em EMC à PSC e família, realizei o estágio em contexto de cuidados intensivos e em contexto de urgência, que se subdividiu em estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e Bloco Operatório de Urgência.

Como referencial teórico, a Teoria das Transições de Meleis e Teoria do Conforto de Kolcaba, serviram de base à minha atuação durante os estágios e diariamente na minha atividade profissional. Por se tratarem de duas teorias de médio alcance abordam um conjunto de conceitos menos abstratos que as grandes teorias, mais específicos para a prática de enfermagem. Na enfermagem as teorias de médio alcance são percebidas como estruturas teóricas que conectam as grandes teorias com a prática (Meleis, 2012).

A teoria das Transições foi desenvolvida por Afaf Meleis em meados da década de 1960, durante o seu curso de doutoramento em enfermagem e tem sido desenvolvida e aplicada em vários contextos desde então. Segundo a teórica, o ato de transição denota uma mudança que pode ser situacional (acontecimentos que implicam definição ou redefinição de papéis), desenvolvimental (relacionadas com mudanças no ciclo vital), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de saúde) ou organizacional (alterações sociais, ambientais, políticas, organizacionais ou económicas). As transições são precedidas de um acontecimento marcante, que exige que a pessoa, incorpore novos conhecimentos e competências e altere o seu comportamento. Os enfermeiros lidam com pessoas que atravessam estes processos de transição e deverão usar o seu conhecimento para melhorar e facilitar as transições saudáveis dos indivíduos (Meleis, 2012).

Os processos de transição ocorrem ao longo do tempo em que as pessoas passam de um estado de estabilidade para outro. Estes dois estados poderão ser intercalados por períodos de instabilidade, confusão e stress. Durante a transição os enfermeiros auxiliam as pessoas a lidar com estes processos antecipando as respostas, dando orientação antecipada para melhorar o estado de saúde e o bem-estar, aliviando os sintomas de forma a atingirem resultados benéficos após período de mudança vivenciado (Meleis, 2010).

Já a Teoria do Conforto desenvolvida pela teórica Katharine Kolcaba tem como foco principal o conforto da pessoa. Segundo a autora o conforto “é a experiência imediata e holística promovida mediante satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio,

tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p.16).

Segundo a teórica, o conforto é mais do que a ausência de desconforto. Trata-se de um fenômeno subjetivo que pressupõe a ausência de percepção de dor, sofrimento ou preocupação. O alívio, representa “o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, a tranquilidade, “um estado de calma, sossego ou satisfação” e a transcendência, “o estado no qual é possível superar problemas ou dor” (Kolcaba, 2003, p.9). São os enfermeiros os profissionais mais bem preparados para intervir nesta área complexa. Os cuidados de enfermagem humanizados têm intrínsecos a promoção de medidas que melhoram o conforto. Estas ações favorecem o vínculo entre o profissional e a pessoa alvo dos cuidados, melhoram a sensação de confiança, contribuem para a qualidade dos cuidados e para a recuperação do estado de saúde da pessoa (Mendes et al., 2016).

Na perspectiva de Kolcaba (2003) as pessoas esperam que os profissionais sejam competentes, prestem cuidados individualizados e integrais. Desta forma os enfermeiros devem atender às necessidades da pessoa em todas as suas dimensões bio-psico-social.

De forma a facilitar a leitura do presente relatório, este encontra-se dividido em quatro capítulos, são eles a introdução, seguida de um capítulo dedicado à revisão da literatura sobre: Intervenções Eficazes na Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico na pessoa Submetida a Transplante de Órgão Sólido. O terceiro capítulo pretende demonstrar o processo de aquisição de competências ao longo dos estágios, por meio de reflexão crítica e fundamentada. Por fim é apresentada a conclusão onde se realiza a reflexão final de todo este processo. Este trabalho seguiu as orientações do guia da unidade curricular “estágio final e relatório” da UCP (2022).

2 – INTERVENÇÕES EFICAZES NA PROMOÇÃO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE EFICÁCIA

Resumo:

Introdução: A não adesão ao regime terapêutico é uma problemática entre os recetores de transplante de órgãos sólidos e motivo de preocupação por parte dos profissionais de saúde.

Método: Foi realizada uma revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia, com o objetivo de rever sistematicamente em estudos de natureza experimental quais as intervenções não farmacológicas dos profissionais de saúde eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico por parte das pessoas submetidas a transplante de órgão sólido.

Resultados: Foram incluídos 24 estudos na revisão que evidenciaram a existência de vários programas com intervenções eficazes na adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa submetida a transplante de órgão sólido, nomeadamente: sessões individuais de aconselhamento, sessões de educação em grupo, uso de aplicações móveis e incentivos financeiros. Estas são eficazes na promoção da adesão a: terapêutica imunossupressora, medicação para controlo tensional, atividade física, hábitos alimentares saudáveis, proteção solar e ao nível do autocuidado e autogestão do regime terapêutico.

Conclusão: O conhecimento de intervenções eficazes na adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa submetida a transplante de órgão sólido e a sua implementação torna--se essencial para a promoção da saúde nesta população.

Palavras-chave: Transplante; Órgão sólido; Adesão; Regime terapêutico; Intervenções eficazes

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adesão ao regime terapêutico refere-se ao comportamento do indivíduo face à toma da medicação, dieta, hábitos ou estilos de vida de acordo ou não com as recomendações dos profissionais de saúde. Refere-se não só à terapêutica farmacológica prescrita como a estratégias promotoras da saúde (Camarneiro, 2021).

A taxa de adesão a longo prazo é em média de 50% (Midão et al, 2017) e sua prevalência varia entre 2 a 67% em recetores de transplante de órgãos sólidos (Shi et al, 2020). A maior taxa de não adesão aos imunossuppressores encontra-se em recetores de transplante renal 36-55%, seguido dos recetores de transplante cardíaco 34,1-41,1% e 15-40% em transplantes de fígado (Shi et al, 2020).

A não adesão é reconhecida como um problema de saúde pública mundial (Midão et al, 2017) e constitui uma problemática atual entre os recetores de órgãos sólidos. Esta pode ser intencional ou não, sendo que esses eventos incluem o não fazer a medicação na frequência, na dose ou no horário correto (Shi et al, 2020). Constitui um fator responsável pela perda do enxerto, rejeições agudas, aumento dos custos de saúde, hospitalização adicional (Jung et al, 2020), distúrbios cardiometabólicos associados à morbidade e mortalidade (Entwistle et al, 2018).

São vários os fatores que contribuem para a não adesão e podem ser relacionadas com a própria pessoa como por exemplo: literacia em saúde reduzida ou baixo suporte social, relacionadas com a equipa de saúde ou com os sistemas de saúde (Midão et al, 2017).

São necessárias intervenções que tenham implicações efetivas na modificação dos estilos de vida e conhecimento das intervenções eficazes torna-se essencial para a sua implementação. Assim sendo a questão de revisão para este estudo foi: “Quais as intervenções eficazes na adesão ao regime terapêutico por parte das pessoas submetidas a transplante de órgão sólido?”. Tivemos como objetivo rever sistematicamente as intervenções não farmacológicas dos profissionais de saúde eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico por parte das pessoas submetidas a transplante de órgão sólido.

Metodologia

Esta revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia foi realizada de acordo com as recomendações da Joanna Briggs Institute (Peters et al, 2020). Procedeu-se à definição dos critérios de elegibilidade com base na mnemónica PI[C]OD. Foram definidos como critérios de inclusão: População (P): Pessoas adultas submetidas a transplante de órgão sólido, Intervenção(I): Intervenções promotoras da adesão ao regime terapêutico, Comparador (C): não mensurável (dado que não restringimos a pesquisa a apenas um comparador, incluindo todos os instrumentos de medida utilizados pelos autores originais para mensurar a adesão terapêutica), Outcome (O): eficácia da intervenção na adesão ao regime terapêutico, Desenho (D): estudos de natureza experimental (ensaios clínicos randomizados, pseudoestudos randomizados, estudos experimentais, quase experimentais e pré-teste/pós-teste).

Foram excluídos estudos que incluíam intervenções com indivíduos até aos 16 anos de idade e que abordavam intervenções farmacológicas uma vez que estes se referiam a alterações da prescrição da medicação imunossupressora.

Antes de procedermos à pesquisa de artigos nas bases de dados, realizámos a uma análise preliminar objetivando a identificação de descritores passíveis de formular uma estratégia de pesquisa booleana abrangente e direcionada para o objetivo de revisão.

Foram validados os descritores mesh e operacionalizou-se a pesquisa cruzando os descritores com and e or em título e resumo, resultando na seguinte equação de pesquisa: (Transplant*) AND (adherence OR nonadherence OR compliance OR noncompliance) AND (interventions OR strategies OR best practices OR treatment OR therapy OR program OR management OR medication OR therapeutic OR control OR care OR regimen OR diet OR nutrition OR exercise OR physical activity) AND (control group OR randomized OR trial OR pretest OR post test OR quasi-experimental OR experimental OR cohort OR case control), pesquisa realizada em título e resumo.

Realizada pesquisa a 10 de agosto de 2022 nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina

e Cochrane Clinical Answers através da plataforma EBSCO disponibilizada pela Ordem do Enfermeiros. A pesquisa foi limitada a artigos gratuitos, em texto completo, sem friso temporal e realizada em título e resumo. O histórico de pesquisa nas bases de dados encontra-se em apêndice (apêndice 1).

Resultados

Obtivemos um total de 2196 resultados (1,065 na MEDLINE Complete, 824 na Cochrane Central Register of Controlled Trials, 254 na CINAHL Complete, 42 na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, 13 na Cochrane Database of Systematic Reviews, 3 na Library, Information Science & Technology Abstracts e 1 na MedicLatina). Após remoção de duplicados ficámos com 1844 artigos. Procedemos à leitura de título e resumo e seleccionámos 54 artigos dentro dos critérios de inclusão escolhidos. Seguiu-se a leitura de texto integral e a verificação do nível de evidência dos estudos usando os instrumentos de análise crítica do JBI adequados a cada tipo de estudo (Peters et al 2020). Nos artigos em que não se verificou concordância esta foi obtida após debate até chegar a um consenso entre os revisores, ficando com um total de 24 artigos que evidenciaram intervenções que se mostraram eficazes. Todo este processo foi realizado por dois revisores independentes. Em algumas situações, houve necessidade de recorrer a outros dois revisores. Este processo encontra-se esquematizado na figura 1.

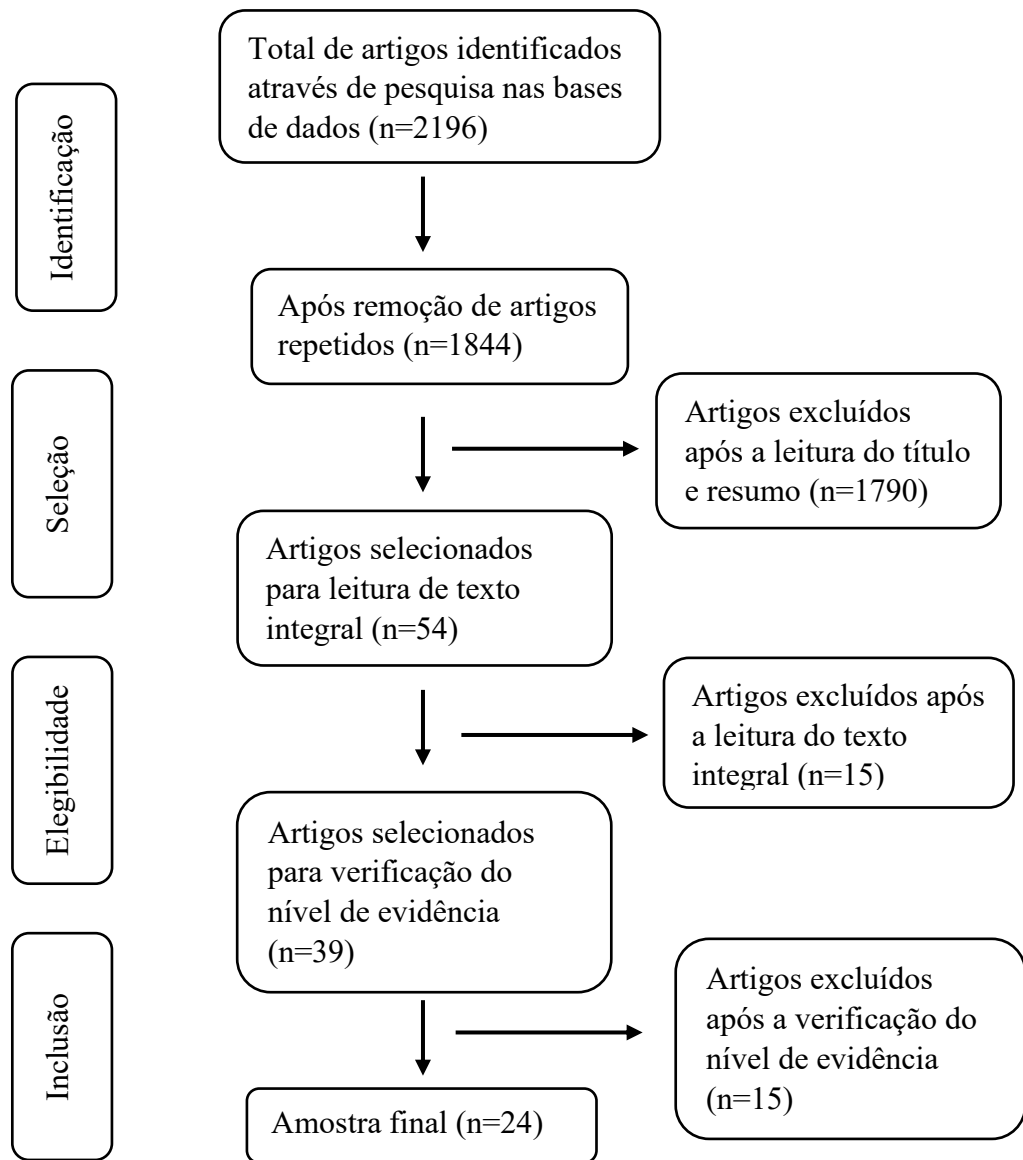


Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos

Obtiveram-se 24 documentos finais para extração e análise. Para sintetizar a extração de dados dos vários artigos, foi elaborada a uma tabela que foi preenchida consoante a leitura dos artigos selecionados. Os itens discriminados foram: Artigo, autor/ ano/país, tipo de estudo/ nível de evidência, objetivos, participantes, intervenções, resultados. A referida tabela de análise dos artigos selecionados encontra-se em apêndice (apêndice 2).

Discussão

Dos estudos incluídos nesta revisão de evidência de eficácia verificamos que quinze deles foram realizados nos EUA (Clowers-Webb et al., 2006; Cukor et al., 2017; Devito Dabbs et al., 2009, 2016; Geramita et al., 2020; Gibson et al., 2020; McGillicuddy et al., 2013, 2015, 2020; O'Brien et al., 2020; Reese et al., 2017; C. Russell et al., 2011, 2020; Serper et al., 2020; Tschida et al., 2013), dois na Austrália (Entwistle et al., 2018; Hickman et al., 2021), um no Reino Unido (Entwistle et al., 2021), dois na Alemanha (Joost et al., 2014; Schmid et al., 2017), um no Brasil (Garcia et al., 2015), um na Bélgica (Dobbels et al., 2017), um na Coreia do Sul (Kim & You, 2017) e um em Espanha (Gomis-Pastor et al., 2021).

Através da análise dos artigos podemos categorizar as intervenções eficazes na adesão ao regime terapêutico em quatro categorias: (I) sessões individuais de aconselhamento, (II) sessões de educação em grupo, (III) programas com recurso a aplicações móveis e (IV) incentivos financeiros.

(I) Sessões Individuais de Aconselhamento

Nove dos estudos analisados focam-se em sessões individuais de aconselhamento. Estas utilizaram sobretudo técnicas de psicoeducação para provocar alteração comportamental. Nesta categoria a maior parte dos estudos focou-se na melhoria da adesão à medicação imunossupressora, nomeadamente através de sessões de psicoeducação (Cukor et al., 2017; Garcia et al., 2015; Joost et al., 2014; Tschida et al., 2013), intervenções comportamentais personalizadas (Dobbels et al., 2017; C. L. Russell et al., 2020) e intervenção de autoaperfeiçoamento contínuo (Russell et al., 2011). Também se verificou a melhoria ao nível da avaliação comportamental em relação aos comportamentos de proteção solar após um programa de educação intensivo (Clowers-Webb et al., 2006) e a melhor adesão às exigências de estilo de vida após um programa de educação de empoderamento (Kim & You, 2017).

(II) Sessões de Educação em Grupo

As sessões de educação em grupo mostraram-se eficazes na promoção de hábitos alimentares saudáveis em dois estudos. Nessas sessões, os participantes receberam uma sessão de educação de cinco horas conduzidas por um nutricionista sobre a dieta mediterrânea ou baixa

em gorduras em conjunto com familiares. As sessões incluíam também aulas de culinária e conselhos práticos sobre compras (Entwistle et al., 2018, 2021).

(III) Programas com Recurso a Aplicações Móveis

Verificou-se ainda a eficácia de doze programas com recurso a aplicações móveis, nomeadamente através de sessões de educação por videoconferência (Gibson et al., 2020; Hickman et al., 2021), mensagens de reforço motivacionais, uso de lembretes padronizados ou personalizados (McGillicuddy et al., 2013, 2015, 2020), mensagem da equipa de saúde (Reese et al., 2017) e utilização de aplicações que permitiam a monitorização remota através do uso de rastreadores de atividade física (O'Brien et al., 2020), registo dos dados de saúde, análise de tendências e interação remota com os profissionais (Devito Dabbs et al., 2009; Geramita et al., 2020; Gomis-Pastor et al., 2021; Schmid et al., 2017). Estas opções tornam-se atraentes devido à possibilidade de monitorização em qualquer altura e lugar e ao seu baixo custo. Foram utilizadas sobretudo para promover a adesão à medicação imunossupressora, mas também à medicação anti-hipertensora, para incentivar melhores hábitos alimentares e a praticar exercício físico.

(IV) Incentivos Financeiros

O uso de incentivos financeiros foi eficaz num estudo que verificou a melhoria da atividade física nomeadamente ao aumentar o número de passos diários numa população de transplantados renais e hepáticos. Este programa consistia numa intervenção em que os participantes foram monitorizados remotamente através de dispositivos para promover a atividade física pós-transplante, simultaneamente com incentivos financeiros e questões de promoção da saúde (Serper et al., 2020).

Através da análise de dados constatamos que metade dos artigos utilizaram meios tecnológicos para promover comportamentos de adesão. Estes programas mostraram-se seguros, altamente aceitáveis e úteis para as pessoas com transplante de órgão sólido e profissionais de saúde, demonstrando que esta é cada vez mais uma ferramenta passível de ser utilizada nesta população.

Ainda assim, não podemos assumir que este tipo de intervenções é mais eficaz que as restantes, pois o estudo não teve como objetivo comparar a eficácia das várias técnicas de promoção da adesão entre si, mas sim demonstrar que técnicas se demonstraram eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico em estudos de natureza experimental na população em estudo.

Numa outra perspetiva constatamos que onze dos artigos analisados dizem respeito a intervenções eficazes na promoção da adesão à medicação imunossupressora (Cukor et al., 2017; Dobbels et al., 2017; Garcia et al., 2015; Gomis-Pastor et al., 2021; Joost et al., 2014; Mcgillicuddy et al., n.d.; Reese et al., 2017; C. Russell et al., 2011; C. L. Russell et al., 2020; Schmid et al., 2017; Tschida et al., 2013), dois sobre adesão à medicação para controlo tensional (Mcgillicuddy et al., 2013, 2015), dois artigos retrataram eficácia na melhoria no nível de atividade física (O'Brien et al., 2020; Serper et al., 2020), dois mostraram eficácia na promoção de hábitos alimentares saudáveis (Entwistle et al., 2018, 2021) e mais dois artigos que retratavam simultaneamente intervenções para melhorar os cuidados com a alimentação e exercício físico (Gibson et al., 2020; Hickman et al., 2021). Um artigo retratou uma intervenção para melhorar os cuidados com a proteção solar (Clowers-Webb et al., 2006). Quatro artigos abordavam diversos aspetos do autocuidado e autogestão do regime terapêutico (Devito Dabbs et al., 2009; Dobbels et al., 2017; Geramita et al., 2020; Kim & You, 2017).

Conclusão

Com esta revisão sistemática de evidência de eficácia verificámos a existência de vários programas com intervenções eficazes na adesão às recomendações que constituem o regime terapêutico da pessoa submetida a transplante de órgão sólido.

Das intervenções consideradas eficazes na adesão ao regime terapêutico concluímos que metade aplicou programas com recurso a aplicações móveis. A utilização de meios tecnológicos para formação e contacto com a equipa de saúde à distância é cada vez mais um meio através do qual é possível melhorar o acesso e aumentar os ganhos em saúde. As restantes intervenções utilizaram incluíram sessões individuais de aconselhamento, sessões de educação em grupo e incentivos financeiros.

As intervenções identificadas como eficazes na promoção da adesão à terapêutica imunossupressora além de úteis para a pessoa submetida a transplante de órgão sólido também o são para a equipa de saúde que a acompanha.

Perante a globalidade dos artigos analisados observamos que uma grande parte se focou na adesão ao regime medicamentoso, nomeadamente em relação à toma de imunossupressores. Durante a pesquisa verificamos que existe um menor número de estudos primários a retratar adesão aos restantes hábitos de vida recomendados, nomeadamente no que diz respeito à promoção de atividade física, alimentação saudável, controle da pressão arterial, e cuidados com a pele. Por esse motivo, sugere-se a realização de mais estudos primários de forma a aumentar a evidência disponível. Seria também interessante comparar a eficácia das várias técnicas utilizadas para promover a adesão entre si, de forma compreender quais são preferenciais.

Como limitações deste estudo devemos referir que apenas foram utilizados artigos gratuitos disponíveis nas bases de dados previamente referidas à data da pesquisa.

3 – REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo irei passar a refletir e a analisar criticamente o processo de aquisição de competências ao longo dos estágios através da análise de situações específicas decorrentes da prática de cuidados. De forma a compreender melhor o meu percurso, irei utilizar suporte teórico para poder justificar e refletir nas minhas ações. A prática reflexiva constitui-se como uma importante forma de aprendizagem dos profissionais e estudantes de enfermagem, funcionando como um processo de investigação, contribuindo assim para a melhoria da prática e avanço da disciplina, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional (Peixoto & Peixoto, 2016). Tal como refere Gibbs (1988, p.14), “não basta simplesmente ter uma experiência para aprender. Sem refletir sobre essa experiência, ela pode ser rapidamente esquecida ou seu potencial de aprendizagem perdido”.

Pelo percurso profissional anterior obtive creditação ao estágio da unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”. Este foi-me creditado pelo ICS da UCP pela minha experiência profissional de cinco anos consecutivos (à data da candidatura ao curso de mestrado) a trabalhar como enfermeira numa clínica de hemodiálise de ambulatório de uma empresa privada, que atualmente mantenho cumulativamente. Nesta clínica desempenho funções como planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados às pessoas com doença renal crónica terminal e por vezes assumindo funções de chefia de sala. A minha experiência neste contexto permite-me prestar cuidados de enfermagem de qualidade a esta população através de intervenções autónomas e interdependentes, usando a metodologia científica do processo de enfermagem e garantindo a continuidade dos cuidados.

No terceiro e último semestre do curso, integrado na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” tive a oportunidade de realizar estágio em contexto de cuidados intensivos e em contexto de urgência, que se subdividiu em estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e Bloco Operatório de Urgência. No seu conjunto a unidade curricular teve uma carga horária total de 750 horas, sendo 360h de estágio que se desenvolveram entre 5 de

setembro de 2022 e 17 de fevereiro de 2023 e ainda 20h de orientação tutorial, 20h de seminário e 350h de trabalho autónomo do estudante (UCP, 2022).

Como objetivo geral, transversal aos dois estágios defini: *desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico Cirúrgica à pessoa em situação crítica e família.*

Ao longo do estágio surgiram muitas situações de pessoas a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, tornando-se muito ricos em oportunidades de aprendizagem e aquisição de competências de enfermeira especialista em EMC à PSC, contudo, escolhi apenas um leque de situações que de alguma forma me marcaram para evidenciar essa aquisição de competências.

Transversalmente à prática nestes contextos, procurei ter conhecimento do plano de emergência e catástrofe, para poder estar preparada, caso fosse necessário. A leitura destes documentos permitiu-me perceber quais os planos estratégicos e táticos das instituições para poder agir em conformidade em caso de necessidade. Perante uma destas situações o enfermeiro especialista em EMC na área de PSC “(...) atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de prática de crime” (Reg. n.º 429/2018, p.19363).

3.1 – CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Medicina intensiva é uma área específica das ciências da saúde dedicada ao diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis em pessoas com necessidade real ou potencial de suporte de órgão para assegurar as funções vitais. As unidades de cuidados intensivos são dotadas de meios tecnológicos e recursos humanos de forma a permitirem a vigilância permanente da pessoa em estado de doença crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas, em especial nos países desenvolvidos, têm levado à necessidade do aumento do número de camas de UCI e à criação de mais serviços de medicina intensiva com capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar doentes complexos e graves, procurando prevenir, diagnosticar e tratar situações de doença aguda potencialmente reversíveis em pessoas com falência de uma ou mais funções vitais reais ou potenciais procurando proporcionar oportunidades para uma vida com qualidade (Nufiez et al., 2020).

No nosso país as UCI são classificadas em três níveis de cuidados:

Unidade de nível I - “Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior.” (Reg. n.º 533/2014, p. 30254)

Unidade nível II - “Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.” (Reg. n.º 533/2014, p. 30254)

Unidade nível III - “Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável.” (Reg. n.º 533/2014, p. 30254)

Neste sentido, escolhi uma unidade de cuidados intensivos polivalente de um Centro Hospitalar Central para realizar o meu primeiro estágio. A unidade em questão é dotada de elevada diferenciação e é considerada uma unidade de excelência, tratando-se de um centro de referência para a transplantação hepática e no diagnóstico e terapêutica das doenças hepato-bilio-pancreáticas em geral. Para este estágio defini como objetivos específicos:

- *Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos;*
- *Promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito da adesão ao regime terapêutico após ser submetida a transplante de órgão sólido;*
- *Promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito da prevenção do delirium;*

Apesar de trabalhar numa unidade de cuidados intensivos em outro hospital ao chegar a esta unidade deparei-me com bastantes diferenças em relação ao meu local de trabalho atual. Tal como Benner et al. (2001) sugere, quando integramos um serviço novo, o nível de

competências na prática clínica altera-se e um enfermeiro que pode ser considerado “perito” num determinado contexto, poderá passar ao nível “iniciado” quando esse contexto se altera. Este foi um dos sentimentos que vivenciei quando iniciei o estágio. O facto de ter saído da minha “zona de conforto” proporcionou-me inúmeras oportunidades de aprendizagem. Trata-se de uma unidade dotada de serviços e profissionais altamente diferenciados numa cultura de forte humanização e qualidade na prestação de cuidados. Tive necessidade de realizar pesquisa bibliográfica constante sobretudo no que diz respeito à pessoa em situação de disfunção hepática e em situação pós-transplante imediato por serem as situações acerca das quais tinha menos experiência e terem elevada prevalência nesta unidade. Com o passar do tempo fui-me sentindo mais confortável e confiante na prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar situações de saúde complexas.

Durante o estágio e relacionado com tema da minha revisão sistemática de literatura tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas submetidas a transplante hepático, renal e renopancreático. No pós-operatório imediato é necessário manter uma vigilância rigorosa do estado hemodinâmico da pessoa transplantada. No caso do transplante renal existe no serviço um protocolo para administração de soroterapia consoante o débito urinário da pessoa, de forma a manter um equilíbrio do balaço hídrico. No transplante pancreático a equipa de enfermagem segue um protocolo rigoroso para controlo glicémico. Durante o estágio tive assim a possibilidade de “administrar protocolos terapêuticos complexos” (Reg. nº 429/2018, p. 19363), tal como é definido nas competências de enfermeiro especialista.

Para além disto, e de encontro ao meu objetivo de “promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito da adesão ao regime terapêutico após ser submetida a transplante de órgão sólido” tive a oportunidade de realizar alguns ensinamentos sobre adesão ao regime terapêutico a esta população. Sabendo que a pessoa em cuidados intensivos poderá ter dificuldades em apreender os ensinamentos pela alteração do estado de consciência induzida pela sedoanalgesia, apenas tive oportunidade de o fazer após a fase de desmame de sedação. Nestas situações procurei introduzir lentamente o tema, de forma a iniciar a preparação para a alta. A preparação para a alta deve ser realizada desde a admissão hospitalar, de forma a permitir à pessoa e ao familiar/cuidador a rápida adaptação à nova realidade (Pereira & Petronilho, 2018).

As pessoas transplantadas vivem, durante o período pós-transplante, uma enorme necessidade de adaptação à nova condição com repercussões na sua qualidade de vida. Este tipo de adaptação requer um período de ajustamento que resultará em adaptação. Ao facilitar

o processo de desenvolvimento e aquisição de novas competências os enfermeiros prepararam as pessoas para efetuarem transições saudáveis. A transição saudável é mais bem-sucedida quando a pessoa antecipa o evento e conhece o que provoca a mudança, podendo preparar-se (Mota et al., 2011).

O sucesso no transplante de órgãos sólidos tem sido melhorado ao longo dos anos através da melhoria nas técnicas médicas e cirúrgicas e também devido à terapia imunossupressora, reduzindo significativamente a taxa de rejeição do enxerto. No entanto como inconveniente a imunossupressão leva à atenuação da resposta imunológica, aumentando o risco de infeção (Cajanding, 2018). Assim sendo e dentro das possibilidades que tive, procurei introduzir alguns aspetos mais imediatos da adesão ao regime terapêutico que a pessoa transplantada teria de cumprir, nomeadamente acerca da importância da adesão ao regime medicamentoso de acordo com a prescrição médica, vigilância de sinais de infeção locais, assim como alguns cuidados para prevenção de infeção sistémica principalmente relacionada com a imunossupressão, adequando à situação e à pessoa que tinha à minha frente.

Quando foi possível integrei também o familiar de referência nestes ensinamentos, em linha com as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica: “1.2.1 — Apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos; 1.2.2 — [Executa] planos de intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da doença aguda ou crónica nos diversos contextos de ação; 1.2.3 — Adequa estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto; 1.2.4 — Valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos; 1.2.5 — Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.” (Reg. n.º 429/2018, p. 19361)

No final da primeira semana de estágio fiquei responsável pelo Sr. M., que estava internado na unidade de cuidados intensivos após ida ao bloco operatório (BO) por necessidade de realizar colectomia total com ileostomia terminal. No final do turno ocorreu a habitual passagem de informação à equipa de enfermagem que vinha realizar o turno seguinte de forma a garantir a continuidade de cuidados. Nessa altura o enfermeiro orientador desafiou-me a transmitir a informação clínica aos colegas na passagem de turno.

Sabe-se que as falhas na comunicação são uma das principais causas de erros em saúde, especialmente durante a transição de cuidados. As passagens de informação são consideradas pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2017, p.4) “momentos vulneráveis / críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação”. Por esse motivo senti receio de não ser clara na transmissão de informação ou de me esquecer de algum aspeto relevante. Apesar disso considerei que seria um momento importante para o meu processo de desenvolvimento de competências e também facilitador do meu processo de integração, pelo que aceitei.

Ao nível das competências de enfermeiro especialista em EMC à PSC este “Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis” (Reg. n.º 429/2018, p. 19363). A correta passagem de informações contribui para a segurança da pessoa, prevenindo uma possível situação de risco associada à transmissão incompleta da informação e diminui a probabilidade de erro humano (DGS, 2017). Como a transmissão de informação deve ser precisa e completa utilizei a ferramenta da padronização ISBAR, reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017). O método de transmissão de informação ISBAR funciona como auxiliar de memória, permitindo de formas simples, memorizar o essencial a transmitir verbalmente numa situação complexa. As letras da sigla ISBAR correspondem a: I – identificação do emissor, recetor da informação e da pessoa a quem a comunicação diz respeito; S – Situação Atual/ Causa da necessidade de cuidados de saúde; B – (background) Antecedentes Pessoais/ Anamnese; A – Avaliação do estado do doente e das medidas terapêuticas instituídas; R- Recomendações de atitudes a implementar (DGS, 2017).

Tentei transmitir a informação de forma objetiva e completa e creio ter sido compreendida pelos recetores. A informação foi também validada pelo enfermeiro orientador que estava presente no momento.

Já relativamente à comunicação com a pessoa alvo de cuidados faz parte das competências do enfermeiro EMC à PSC, “Ger[ir] a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Reg. n.º 429/2018, p. 19363).

Durante um dos turnos que realizei em estágio, fiquei responsável pelo Sr. C. que tinha sido submetido a transplante hepático. O Sr. C. encontrava-se ventilado invasivamente, mas já

em fase de desmame da sedoanalgesia, com um nível de sedação 0 avaliado através da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Na abordagem ao Sr. C. verifiquei que o mesmo aparentava ter dor, à minha avaliação com um *Behavioral Pain Scale* (BPS) de 8.

O uso dos instrumentos de mensuração em forma de escalas validados nacionalmente e internacionalmente torna-se essencial para a enfermagem especializada (Feitosa et al., 2014), particularmente para o doente que não consegue fornecer dados, permitindo a colheita de dados de forma sistemática e mais objetiva, possibilitando a reavaliação e comparação após a intervenção do enfermeiro (Teixeira & Durão, 2016).

Apesar da BPS de 8, e uma vez que o Sr. C. estava alerta e calmo, quis validar com ele a necessidade de administrar medicação analgésica em SOS, contudo surgiu a barreira linguística, uma vez que o Sr. C. era de nacionalidade chinesa e só falava e compreendia mandarim. Vi-me então numa situação complexa, por não saber como poderia comunicar com o doente.

Atualmente temos acesso facilitado a várias tecnologias da informação e comunicação. Verificamos o seu uso crescente na nossa vida quotidiana, mas também na prestação de cuidados de saúde (Carlotto & Dinis, 2018). Neste contexto, decidi fazer uso das novas tecnologias. Lembrei-me que seria possível traduzir a minha questão para mandarim com o recurso ao meu telemóvel pessoal e inclusivamente colocar a questão em alta voz. Depois do Sr. C. ouvir a questão acenou com a cabeça que modo afirmativo, confirmando que tinha dores.

Da mesma forma comuniquei-lhe que iria administrar terapêutica analgésica. Depois de verificar a medicação que o doente tinha prescrita e respeitando os intervalos terapêuticos optei por lhe administrar metamizol magnésico endovenoso em SOS, um medicamento analgésico pirazolónico não narcótico que possui ação analgésica, antipirética e espasmolítica (Infarmed, 2021). Posteriormente alertei a médica assistente para a necessidade de controlo mais eficaz da dor do Sr. C. que confirmou que iria rever a prescrição terapêutica. Ao administrar a medicação analgésica ao Sr. C. tentei contribuir para o seu conforto físico, uma das dimensões do conforto de Kolcaba, ao proporcionar alívio da dor física e demonstrar-lhe a minha preocupação com a sua dor (Kolcaba, 2003). No decorrer do restante turno mantive a utilização desta ferramenta eletrónica na abordagem ao Sr. C., informando-o das minhas intervenções e obtendo o seu consentimento prévio antes da realização das mesmas.

A comunicação é a base do relacionamento entre os seres humanos e é um elemento fundamental à profissão de enfermagem permitindo compreender as necessidades das pessoas, promovendo um cuidado holístico, centrado na pessoa como um fator humanizador dos cuidados (Campos, 2017). Sabendo disto e uma vez que não me conseguiria exprimir em mandarim com o Sr. C., senti um sentimento de impotência perante esta situação complexa pois, segundo o artigo 105º do Código Deontológico dos Enfermeiros “(...) o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;” (Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro: Código Deontológico, 2015)

Havia aqui então uma dificuldade no cumprimento deste dever pois se por um lado o código deontológico me obrigava ao dever de informação e à obtenção do consentimento do Sr. C. para as minhas intervenções, por outro não conseguia comunicar com ele pela barreira linguística.

Atendendo à complexidade da situação procurei respeitar o Reg. n.º 140/2019 (p. 4746) das competências comuns do enfermeiro especialista, segundo o qual este: “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”, bem como, mobilizar conhecimentos e habilidades para tentar resolver o problema em tempo útil, em linha com as competências do enfermeiro especialista que procuro atingir. Segundo o Reg. n.º 429/2018 o enfermeiro especialista em EMC: “Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto” (Reg. n.º 429/2018, p. 19360).

Segundo o mesmo Reg. o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: “1.4.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; 1.4.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.” (Reg. n.º 429/2018, p. 19363).

No mesmo turno o Sr. C. teve a visita da filha que também falava em mandarim e um pouco de inglês. Durante a visita consegui comunicar com a filha utilizando o mesmo recurso eletrónico e permitindo que esta colocasse questões, tentado de alguma forma tranquilizá-la e esclarecer as suas dúvidas. A família representa uma importante fonte de suporte à pessoa hospitalizada, sendo assim os cuidados do enfermeiro especialista devem ser centrados não

só na pessoa, mas também na sua família que habitualmente se encontra em sofrimento (Marlene et al., 2018).

O facto do Sr. C. ter estado sob efeito de medicação sedativa, num local e com pessoas desconhecidas, as dificuldades de comunicação, que potenciavam a desorientação no espaço tempo associadas à dor são fatores que poderiam contribuir para a ocorrência de episódios de *delirium* (Suantio et al., 2018).

O *delirium* é um distúrbio cognitivo agudo, geralmente transitório, caracterizado por déficit de atenção, pensamento desorganizado, alteração do ciclo sono-vigília e do nível de consciência. Surge frequentemente em pessoas internadas em UCI (Oliveira et al., 2022). Pode apresentar-se na forma hiperativa, caracterizada por alucinações e agitação, hipoativa, manifestada por lentificação psicomotora e apatia, ou mista, alternando os dois quadros anteriores. Está associado a mau prognóstico da pessoa hospitalizada, podendo evoluir para esturpor ou coma e levar à morte, caso a causa subjacente não seja corrigida (Bento et al., 2018). No entanto estão identificadas na literatura intervenções de enfermagem eficazes para a sua prevenção (Bento et al., 2018; Oliveira et al., 2022).

Durante o estágio, em conversa com os colegas verifiquei que este era um tema desconhecido e descurado por alguns dos enfermeiros do serviço. Desta forma, perante a necessidade de formação em serviço identificada, procedi à discussão da pertinência desta temática com o enfermeiro orientador, a enfermeira chefe do serviço e a professora orientadora e realizei pesquisa bibliográfica de forma a poder apresentar os resultados à equipa de enfermagem da UCIP e assim atingir o meu terceiro objetivo específico: “promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito da prevenção do *delirium*”.

Pensando nas questões ambientais e na atual tendência para a informatização resolvi apresentar os resultados da pesquisa sob a forma de imagem de fundo ou proteção de ecrã para os computadores do serviço (Apêndice 4). Esta ideia relacionou-se com o elevado tempo que equipa de enfermagem despende ao computador para efetuar registos ou consultar os processos clínicos que se encontram informatizados. Procurei sobretudo que fosse informativo e apelativo, de forma a chamar a atenção e sensibilizar o público-alvo (enfermeiros do serviço) para a importância do tema. Além disto também procurei ir sensibilizando a equipa para esta temática ao longo do estágio, quer em momentos mais formais como a passagem de turno, quer em momentos mais informais de partilha de ideias.

Esta intervenção procurou ir de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista: “D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (Reg. n.º 140/2019, p. 4749).

Para além disto são competências específicas do especialista em EMC na área de PSC: “1.1.3- Reconhece 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; 1.1.4 - Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores; 2.2.1 – Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem.” (Reg. n.º 429/2018, p. 19361-19362)

Num dos turnos da noite que realizei durante o estágio na UCIP recebemos o Sr. J., com cerca de 60 anos de idade, proveniente da UCI de outro hospital onde tinha estado internado por um enfarte agudo do miocárdio (EAM) e, como antecedentes pessoais relevantes uma ureterohidronefrose à direita. Nos últimos dias tinha desenvolvido um quadro de pielonefrite à direita com conseqüente choque séptico, necessitando de ser submetido a uma nefrectomia direita urgente, motivo pelo qual foi transferido para este hospital.

Após a ida ao BO regressou à unidade, onde se encontrava a realizar uma técnica contínua de substituição da função renal. Encontrava-se hemodinamicamente instável, taquicárdico e hipotenso, com necessidade de aporte aminérgico crescente.

Como definido em DR o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Reg. n.º 429/2018) , desta forma, apesar de não ser eu a enfermeira responsável por aquele senhor mantive a vigilância da pessoa e colaborei com o enfermeiro responsável na gestão terapêutica, nomeadamente em relação ao ajuste da medicação vasopressora, procurando “Identifica[r] prontamente focos de instabilidade [e] Responde[r] de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade” (Reg. n.º 429/2018, p. 19363).

No decorrer do turno o Sr. J. acabou por entrar em paragem cardiorrespiratória, inicialmente com traçado cardíaco sugestivo de fibrilhação ventricular. Assim que verifiquei esta situação fui buscar de imediato o carro de emergência e dei indicação aos enfermeiros que era necessária uma desfibrilhação, no entanto o ritmo cardíaco rapidamente se alterou para assistolia (ritmo não desfibrilhável). Iniciámos as manobras de suporte avançado de vida (SAV). Eu fiquei responsável pelas compressões em alternância com a via aérea. Quando me foi possível procedi à reinfusão do sangue do circuito extracorpóreo, visto que o doente estava a realizar técnica dialítica.

O enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica: “1.1.3 - Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (...)” (Reg. n.º 429/2018, p. 19363).

Durante as manobras de RCP tive presente a importância de realizar uma RCP de alta qualidade, nomeadamente no que diz respeito à qualidade das compressões. De acordo com a American Heart Association (2021), no adulto as compressões devem ser realizadas a uma velocidade de 100 a 120 por minuto e comprimir o tórax pelo menos 5 cm. Após cada compressão deve permitir-se o retorno total do tórax. O responsável pelas compressões alterna com o responsável pelas ventilações a cada dois minutos e esta mudança deve levar o menor tempo possível (menos de 5 segundos) de forma a minimizar as pausas nas compressões. Deve ser evitada a ventilação excessiva. No caso da pessoa com via aérea avançada colocada, como era o caso, as compressões e ventilações são ininterruptas e deve realizar-se uma ventilação a cada 6 segundos (10 por minuto), com um volume corrente de aproximadamente 500 a 600 ml (6 a 7 ml/Kg) ou o suficiente para provocar elevação visível do tórax.

Neste caso específico o Sr. J. encontrava-se a realizar técnica dialítica, pelo que tinha algum volume de sangue no circuito extracorpóreo. Quando se inicia RCP, a diálise deve ser interrompida. A não ser que se suspeite de hemólise ou reação pirogénica e deve proceder-se à devolução sanguínea (Cowperthwaite, 2010). Desta forma aproveitei uma das pausas para avaliar ritmo para proceder à reinfusão do sangue a partir do circuito extracorpóreo.

Durante este episódio de reanimação cardiopulmonar (RCP) o médico assistente desempenhou o papel de *team líder*, no entanto, por ter realizado o curso SAV recentemente e este tema ter sido abordado nas aulas teóricas do segundo semestre do curso de mestrado,

fui capaz de relembrar a equipa de alguns passos do algoritmo, que eram necessários para melhorar a qualidade da RCP de uma forma geral e fiz algumas sugestões ao *team líder*. Numa RCP a comunicação deve ocorrer em circuito fechado, isto é, a mensagem deve ser transmitida a uma pessoa específica, que deverá dar uma resposta em como entendeu a mensagem e comunicar ao líder da equipa a conclusão da tarefa. Os membros da equipa deverão, quando se justifique, fazer sugestões ao *team líder* e intervir caso um colega esteja prestes a cometer um erro (American Heart Association, 2021).

Durante alguns momentos conseguimos obter retorno à circulação espontânea (RCE), mas o Sr. J. rapidamente voltou a entrar em PCR, sempre em ritmo não desfibrilhável. Ao fim de 30 minutos a equipa médica acabou por decidir suspender manobras de SAV. A decisão da suspensão das manobras de reanimação é uma decisão médica e é baseada em vários fatores, de entre eles tempo em PCR, comorbilidades da pessoa e resposta às medidas de RCP (American Heart Association, 2021).

O treino dos profissionais RCP é crucial ao sucesso da reanimação e melhoria das taxas de sobrevivência. A este nível as oportunidades de simulação de RCP, como nos cursos SBV e SAV, são fundamentais pois permitem aos profissionais praticarem os passos corretos do algoritmo num ambiente controlado. O sucesso de RCP está ainda dependente do reconhecimento rápido da PCR pelas pessoas presentes, fornecimento de RCP de alta qualidade, nomeadamente compressões e ventilações de alta qualidade, desfibrilhação logo que possível e cuidados rápidos pós-PCR (American Heart Association, 2021).

Contrastando com esta situação em que os meios técnicos e científicos não conseguiram evitar a inevitabilidade da morte, observamos muitas vezes nas UCI o prolongamento da vida para além do que seria desejável pela própria pessoa (Silva et al., 2012).

O desenvolvimento técnico e científico vivenciado ao longo das últimas décadas tem permitido prolongar a vida por vezes de forma excessiva levando ao fenómeno da obstinação terapêutica ou distanásia. Esta prática consiste em utilizar meios desproporcionados para prolongar a vida de uma pessoa considerada incurável, como tal pode levar a uma morte lenta e dolorosa (Silva et al., 2021; Silva et al., 2012). As UCIs passaram a ser um local de dilemas éticos entre o que é excessivo ou aceitável para a manutenção da vida (Santana et al., 2010).

Durante o estágio fiquei responsável pela Sra. H., uma senhora que tinha sido submetida a transplante hepático há cerca de duas semanas. A senhora tinha apresentado degradação do

seu estado geral ao longo dos últimos dias com instabilidade hemodinâmica, necessidade de reintubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva por agravamento do seu estado clínico. Tinha desenvolvido insuficiência renal, estando a realizar técnica dialítica contínua. Para além disto encontrava-se em discrasia hemorrágica, com vários pontos sangrantes a nível da pele e mucosas.

Durante os últimos dias tinha sido submetida a vários exames complementares de diagnóstico e procedimentos invasivos, no entanto a Sra. H. apresentava sinais inequívocos de declínio do seu estado de saúde e descompensação hemodinâmica. Diariamente tinha a visita da filha.

Nesse dia realizei o turno da manhã. A Sra. H. encontrava-se ventilada invasivamente e a realizar técnica dialítica contínua. Tinha vários pensos e drenos na região abdominal. A mucosa oral encontrava-se friável e sangrante. Perante a futilidade de mais medidas terapêuticas preocupei-me em realizar intervenções que promovessem o conforto da pessoa de forma a reduzir o sofrimento. Administrei medicação analgésica em SOS e executei técnicas de posicionamento promotoras do conforto. Evitei todo o tipo de intervenções que pudessem provocar dor e interferir com o conforto da Sra. H. e preocupei-me sobretudo em aumentar o seu conforto físico, visto ter o estado de consciência alterado (Kolcaba, 2003).

Perante o agravamento clínico observado, sem sinais de melhoria apesar das medidas instituídas, a equipa de saúde decidiu que seria altura de conversar com a família sobre a possibilidade de suspensão de medidas terapêuticas desnecessárias. Aguardávamos a visita da filha para que pudesse participar da decisão.

A distanásia consiste no prolongamento da vida de doentes considerados incuráveis, o que, além de não estar de acordo com o princípio da beneficência, resulta em maleficência devido à exposição do doente a uma alta incidência de dor e desconforto (Silva et al., 2021). Sabe-se que é muitas vezes difícil para as famílias aceitar a inevitabilidade da morte e participar neste tipo de decisões. Há quem queira manter a vida do seu familiar a todo o custo, apesar de todo o sofrimento envolvido. Neste sentido a comunicação com a equipa de saúde assume um papel fundamental (Santana et al., 2010). Os familiares necessitam de apoio dos profissionais, de ver as suas dúvidas esclarecidas e de se manter informados da situação de forma a poderem participar das decisões quando a própria pessoa se encontra incapaz de o fazer (Santana et al., 2010). Após ter conhecimento da situação, a filha da Sra. H. concordou que seria altura de suspender as medidas fúteis de prolongamento da vida.

Como futura enfermeira especialista em EMC procurei “Apoia[r] a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Reg. n.º 429/2018, p.19361).

Cada processo de transição é único. Os enfermeiros, e mais concretamente os enfermeiros especialistas deverão ser agentes facilitadores destes processos (Guimarães & Silva, 2016). Desta forma acompanhei a filha da Sra. H. até junto da sua mãe. Questionei se ela queria estar sozinha com a sua mãe, ao que ela me respondeu afirmativamente. Sendo assim afastei-me e fechei as cortinas para lhes dar mais privacidade. Após diálogo com os enfermeiros do serviço permiti que fosse estendida a hora da visita e que a filha estivesse junto da mãe o tempo que achasse necessário. Passado algum tempo a filha saiu. A Sra. H. acabou por falecer poucas horas depois, durante o turno seguinte.

O artigo 1.º da constituição dos direitos humanos refere que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (United Nations, 2017). Desta forma a pessoa deverá ter assegurado o direito a uma morte digna. Passa também pelas competências comuns do enfermeiro especialista: a) Desenvolve[r] uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) Garant[ir] práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Reg. n.º 140/2019, p. 4745).

A distanásia na unidade de cuidados intensivos é contrária a este princípio fundamental, por interferir com os quatro princípios da bioética - autonomia, beneficência, não maleficência e justiça: não tem em consideração a opinião da pessoa, desrespeitando o princípio da autonomia, provoca maleficência por todo o sofrimento que causa, afastando-se do princípio da beneficência. E poderá pôr em causa o princípio da justiça, neste caso por privar outras pessoas que eventualmente pudessem necessitar de uma cama em cuidados intensivos. A aceitação da morte, também pelos profissionais e a discussão entre as partes são uma necessidade para evitar o sofrimento desnecessário (Freire, 2015; Silva et al., 2021).

No âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, do domínio da melhoria contínua da qualidade, durante o estágio tive a oportunidade de assistir a uma formação em serviço com o tema: “prevenção e controlo de microrganismos epidemiologicamente importantes”. Esta sessão começou por relembrar as 10 precauções básicas de controlo infeção da norma da DGS n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013, nomeadamente: colocação

de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), descontaminação do equipamento clínico, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013b). Para além disto foram abordadas as precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão de microrganismos e os cuidados a ter no transporte de doentes infetados com microrganismos epidemiologicamente importantes. Durante a formação pude partilhar a realidade do hospital onde trabalho e sugerir algumas oportunidades de melhoria nomeadamente no que diz respeito à melhor articulação entre o laboratório de análises clínicas e o grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Ao identificar uma oportunidade de melhoria, procurei ir de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista “Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso” (Reg. n.º 140/2019, p. 4747).

Considerarei esta formação bastante importante e útil ao meu desenvolvimento de competências por ter sido um momento de aprendizagem e também de reflexão e partilha numa das áreas de atenção do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica: “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Reg. n.º 429/2018, p. 19362).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) assim como o aumento das resistências ao antimicrobianos são um problema grave de saúde pública a nível mundial que acarretam custos elevados, aumento dos dias de hospitalização e estão associados a elevadas taxas de mortalidade e morbilidade (DGS/ PPCIRA et al., 2019; Sousa et al., 2017). A adesão às precauções básicas de Controlo de Infeção promovidas pela DGS do nosso país visam minimizar os riscos de infeção e deverão ser adotadas por todos os profissionais (PPCIRA, 2017). Pela multiplicidade de contextos de atuação o enfermeiro especialista em EMC, torna-se um elemento com intervenção fundamental para a prevenção de infeção e no controlo das resistências aos antimicrobianos. A complexidade de situações inerentes à pessoa em situação crítica (meios invasivos de monitorização, diagnóstico e terapêutica) tornam-na especialmente suscetível a esta temática, exigindo uma resposta eficaz por parte dos enfermeiros especialistas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Reg. n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018). A utilização das recomendações abordadas na formação na

minha prática diária vai de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista: “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (Reg. n.º 140/2019, p. 4747).

Relativamente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais tive ainda a oportunidade de divulgar e de assistir ao 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental com o mote “*partilhar para crescer*” que decorreu nos dias 7 e 8 de Outubro de 2022 (Anexo 3). Vários enfermeiros partilharam com o público os contributos do Enfermeiro Especialista em EMC nos vários contextos de trabalho. Houve também apresentação de trabalhos de investigação em formato de poster. Tratou-se essencialmente de uma oportunidade de perceber o papel do Enfermeiro Especialista em EMC em diversos contextos neste Centro Hospitalar. Foram momentos importantes de partilha e aprendizagem com os colegas.

3.2 – CONTEXTO DE URGÊNCIA

Uma situação clínica urgente pode ser definida como uma situação “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” (Osório et al., 2012, p. 8), ao passo que uma emergência se trata de uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo” (Osório et al., 2012, p. 8).

Para o estágio em contexto de urgência escolhi dois cenários de prestação de cuidados à pessoa em situação clínica de urgência ou emergência, nomeadamente a nível pré-hospitalar (VMER) e em contexto de bloco operatório de urgência. A escolha destes locais de estágio prendeu-se com a minha curiosidade acerca destes contextos, por nunca ter tido contacto prévio com os mesmos e em simultâneo por considerar serem locais privilegiados para o meu desenvolvimento das competências de enfermeira especialista em EMC à PSC.

O presente contexto teve a duração de 180h e por questões organizacionais dividiu-se nos períodos entre 27 de outubro e 16 de dezembro de 2022 e 17 de janeiro de 2023 a 16 de fevereiro de 2023.

Para este contexto os meus objetivos específicos foram:

- *Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência ou emergência pré-hospitalar.*

- *Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cirurgia urgente ou emergente.*
- *Contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa em situação crítica e família em contexto perioperatório.*

De forma a alcançar os objetivos pretendidos, fui acompanhada por duas enfermeiras especialistas em EMC.

Neste subcapítulo passarei a analisar criticamente o meu processo de aquisição de competências, primeiramente a nível pré-hospitalar e depois em contexto de bloco operatório de urgência, por facilitar a compreensão lógica do processo de atendimento à PSC e família.

A emergência pré-hospitalar compreende a atividade de urgência e emergência prestada à pessoa em situação crítica até à chegada ao hospital (INEM, 2013). O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por assegurar o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em Portugal continental. O seu objetivo é garantir assistência às vítimas de doença súbita no local da ocorrência, prestar socorros no local, realizar o transporte assistido para o hospital e articular os vários intervenientes do sistema (INEM, 2021).

As chamadas realizadas através do Número Europeu de Emergência (112) são atendidas pela Polícia de Segurança Pública (PSP) nas centrais de emergência. Quando o motivo da chamada se relaciona com a área da saúde estas são encaminhadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. Ao CODU compete determinar os recursos a ativar para cada situação, tem à sua disposição variados meios de atuação como ambulâncias INEM, motas, helicópteros, unidades móveis de intervenção psicológica de emergência (UMIPE), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER). O INEM encontra-se ainda dotado de subsistemas como o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) e o Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar (CODU-MAR) (INEM, 2013).

A VMER é um dos meios mais diferenciados do INEM onde um médico e um enfermeiro são ativados para se deslocarem rapidamente ao local (Despacho nº 5561/2014, 2014). Estas equipas encontram-se alocadas a um hospital e têm como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico da pessoa até a uma unidade hospitalar. A viatura está equipada com material de Suporte Avançado de Vida (INEM, 2013; Despacho nº 5561/2014, 2014).

Os vários cenários não controlados passíveis de encontrar, as características do ambiente envolvente e da própria vítima exigem dos profissionais de saúde um vasto conhecimento e adequação das respostas. Desta forma o enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC torna-se o profissional ideal para prestar cuidados neste contexto. As suas competências, definidas em diário da república vão de encontro às necessidades da pessoa vítima de doença súbita:

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Reg. nº 429/2018).

O meu estágio realizou-se numa VMER de um hospital central, numa zona com elevada densidade populacional em que tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica e família num ambiente bastante diferente do que estou habituada, frequentemente no seu domicílio, local de trabalho ou mesmo na via pública e tive de estar preparada para prestar cuidados a mais que uma vítima.

Para definir a melhor abordagem às vítimas é necessário desenvolver capacidades para identificar em segurança quais as prioridades por ordem de gravidade. Assim, após garantir as condições de segurança deve proceder-se à avaliação primária baseada no método ABCDE (*airway* – via aérea, *breathing* – respiração, circulação, disfunção neurológica, exposição) de forma rápida, com o intuito de identificar e corrigir as situações em que existe compromisso das funções vitais e determinar a gravidade da situação. Após a avaliação primária procede-se à avaliação secundária, que inclui a recolha de informação, monitorização de acordo com a situação clínica e disponibilidade de meios tecnológicos e realização de exame físico dirigido à queixa principal (Mendes, 2019a).

Num dos turnos que realizei em estágio fomos chamados para socorrer uma vítima do sexo masculino com 83 anos em PCR. Ao chegarmos à casa da pessoa deparamo-nos com uma casa pequena, sem muito espaço para efetuarmos as manobras de SAV. À nossa chegada os

bombeiros já tinham chegado e iniciado manobras de SBV com Desfibrilhador Automático Externo (DAE).

A PCR é uma ocorrência súbita e representa uma das principais causas de morte no continente Europeu e Americano, estimando-se que só na Europa afete entre 350.000 a 700.000 pessoas por ano. Calcula-se que uma grande parte das vítimas de PCR extra-hospitalar se apresente inicialmente em fibrilhação ventricular, estando demonstrado que a desfibrilhação precoce melhora as taxas de sobrevivência em 50 a 70% (INEM, 2020).

Segundo a American Heart Association (2021) a sobrevivência das vítimas de PCR extra-hospitalar está dependente de vários elementos bem interligados dentro da cadeia de sobrevivência, sendo que o primeiro corresponde ao acionamento do serviço médico de emergência. No caso descrito, a esposa deste senhor foi quem verificou a alteração do estado de consciência e contactou o número 112. O segundo elemento é a RCP de alta qualidade. Os bombeiros chegaram rapidamente ao local e colocaram a vítima no chão de forma a poderem prestar compressões e ventilações de qualidade. O terceiro elo corresponde à desfibrilhação, no caso estava ligado o DAE, no entanto segundo a análise de ritmo efetuada pelo dispositivo a desfibrilhação não era recomendada, pelo que não foi efetuada. O quarto elo da cadeia corresponde à ressuscitação avançada. Assim que chegámos, iniciámos as manobras SAV, após rápida verificação das condições de segurança. Seguiram-se os cuidados pós-PCR e o processo de recuperação.

Como a desfibrilhação é a prioridade, acoplámos as pás do DAE ao monitor/desfibrilhador da VMER para efetuar a análise de ritmo, logo que possível. Confirmámos que se tratava de uma assistolia, um ritmo não desfibrilhável. Perante este achado procedi à colocação de um acesso endovenoso e administrei 1 mg de adrenalina, de acordo com os algoritmos de PCR em ritmo não desfibrilhável atualmente em vigor (American Heart Association, 2021; INEM, 2020).

Procedemos à colocação de um dispositivo mecânico de compressão torácica que faz parte do material da VMER. Há evidência que a qualidade das compressões manuais diminui com o passar do tempo e que a utilização deste tipo de dispositivos contribui para aumentar as taxas de retorno à circulação espontânea comparativamente com a RCP manual (INEM, 2020).

Após o início das compressões com este dispositivo, verifiquei a presença de conteúdo gástrico na via aérea. Sabendo que a aspiração é essencial para manter a permeabilidade da

via aérea (American Heart Association, 2021) procedi à remoção do mesmo com recurso ao aspirador portátil que tínhamos disponível. Depois disso colaborei com o médico na EOT, de forma a assegurar uma via aérea segura e definitiva (INEM, 2020).

Mantivemos as manobras SAV durante mais dois ciclos, no entanto, reconhecendo que muitas vezes a assistolia representa um ritmo final, de cessação de toda a atividade cardíaca o médico da VMER tomou a decisão de suspender os esforços de reanimação. Geralmente o ritmo de assistolia representa isquémia e danos cardíacos extensos e está associado a mau prognóstico (American Heart Association, 2021).

Depois desta decisão, o médico comunicou à esposa do senhor que ele tinha falecido. A senhora chorou e gritou de desespero. Estava acompanhada por uma vizinha que a abraçava. Aproximei-me para lhe poder dar algum apoio emocional. Garanti-lhe que todos tínhamos feito o melhor possível, e reforcei que ela tinha agido bem ao ter chamado ajuda de imediato, com a pretensão de assim contribuir para um “luto normal”, que não acarretasse sentimento de culpa por parte da esposa, agora viúva. Questionei se tinha filhos ao que me respondeu que sim. Colocámos o corpo na cama, com vista à “dignificação da morte” e facilitar o processo de luto, como é competência do enfermeiro especialista em EMC à PSC (Reg. n.º 429/2018). Aguardámos junto da senhora até à chegada da sua filha e das autoridades. Considero que é também nestes momentos que o enfermeiro EMC à PSC se destaca, por ser um elemento de ligação entre a equipa multidisciplinar e a família ao utilizar estratégias de comunicação que promovam a relação terapêutica com a família. O Enfermeiro Especialista “Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador (...) (Reg. n.º 429/2018, p. 19363).

Ainda, num dos turnos da manhã fomos ativados para um acidente multivítimas numa obra. Alegadamente um camião que estava estacionado encontrava-se destravado e embateu num conjunto de contentores, provocando o seu desabamento. No seu interior havia algumas pessoas que tinham ficado presas nos destroços.

À nossa chegada verificámos que as pessoas já tinham sido retiradas dos destroços. Felizmente não havia vítimas mortais. Segundo o INEM (2012a), o elemento mais diferenciado do primeiro meio a chegar ao local assume a gestão e coordenação das equipas de saúde. No caso, à nossa chegada, uma médica do INEM já se encontrava a coordenar as equipas no local.

Ao olhar à minha volta verifiquei que se tratava de um acidente grave e que havia alguns feridos ainda no local. Segundo o artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil “Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” e diferencia-se de catástrofe, que é “o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.” (Lei n.º 27/2006, de 03 de Julho, 2006). Num acidente deste tipo, o objetivo é assegurar a melhor prestação de cuidados de saúde possível de acordo com os recursos existentes.

Foi desenvolvido em ambiente de guerra pelo barão Dominique-Jean Larrey (1766-1842), cirurgião do exército de Napoleão, um sistema simples de triagem rápida utilizado até aos dias de hoje. O algoritmo START, Simple Triage and Rapid Treatment, através de um conjunto de perguntas bastante simples, classifica as vítimas por prioridade de atendimento, permitindo otimizar recursos e maximizar as possibilidades de sobrevivência do máximo número de pessoas. Trata-se do método mais usado a nível mundial para realizar a triagem primária de acidentes com múltiplas vítimas (INEM, 2012a).

A médica responsável pela coordenação das equipas de saúde no local encaminhou-nos para uma senhora com cerca de 35 anos, que estava dentro de um dos contentores quando este desabou. A senhora já tinha sido removida dos destroços pelos sapadores, presentes no local, e encontrava-se deitada no chão. Estava orientada e contou-nos que, por pensar que se tratava de um sismo, colocou-se por baixo de uma mesa de metal que havia no local. Numa primeira avaliação no local verificámos que se encontrava estável hemodinamicamente. Referia dor na fossa ilíaca direita. Perante estas queixas e sem sinais de instabilidade preparámos a Sra. S. para o transporte até uma unidade hospitalar, de forma a poder realizar exames de imagem, visto que no caso de vítima estável, com queixas de dor e suspeita de lesão intra-abdominal está indicada a realização de tomografia computadorizada (Silva et al., 2019).

Perante a possibilidade de fratura da bacia sabíamos que teríamos de efetuar uma manipulação cuidadosa da Sra. S., de forma a evitar o agravamento da sua situação de saúde. De forma a iniciar a preparação para o transporte optou-se pela imobilização com alinhamento da Sra. S. Para isso foi utilizada inicialmente a maca pluma, que permite realizar a extração da pessoa com o mínimo de mobilização. Para este procedimento foi necessário proceder também à colocação do colar cervical. Esta maca é indicada para a transferência

até um dispositivo de imobilização apropriado para o transporte, pois a sua utilização é contraindicada durante o transporte, no caso a maca de vácuo, o dispositivo indicado para manter a imobilização neste tipo de fraturas (INEM, 2012b). Após a transferência para a ambulância pude verificar que a sra. S. se encontrava relativamente calma e com a dor controlada após ter sido realizada a imobilização.

Durante o tempo que permanecemos no exterior da ambulância pude reparar que o motorista do caminhão estava no local, ligeiramente afastado, a chorar. Como profissionais de saúde, muitas vezes focamo-nos no bem-estar físico das pessoas, no entanto as vítimas físicas são apenas uma pequena percentagem do total de vítimas envolvidas neste tipo de eventos e os efeitos psicológicos são muitas vezes ignorados (INEM, 2012a). Ao longo dos últimos anos esta temática tem sido alvo de preocupação. Acontecimentos traumáticos podem comprometer a integridade das pessoas que os vivenciam, pelo que é necessária uma intervenção que promova a resiliência e o desenvolvimento de estratégias de *coping* de forma a promover a recuperação biopsicossocial dos indivíduos e evitar o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Beja et al., 2018).

Os primeiros socorros psicológicos têm vindo a ser sugeridos por diversos especialistas como estratégia a implementar de imediato numa situação de crise, em detrimento de outras estratégias como o “debriefing psicológico” (OMS et al., 2011). Trata-se de uma abordagem precoce das vítimas com o objetivo de reduzir os níveis de stress a curto, médio e longo prazo. Não se trata de atendimento psicológico profissional, pelo que pode ser realizado por leigos, inclusive voluntários. Inclui a avaliação das necessidades e preocupações das pessoas afetadas, ajuda para colmatar as necessidades imediatas (como acesso a alimentos, água ou informação), oferta de escuta ativa, de forma não invasiva, promoção da sensação de calma, confortando as pessoas e protegendo-as de danos adicionais, colaboração na busca de informações e serviços sociais (Beja et al., 2018; OMS et al., 2011).

Como a Sra. S. se encontrava estável hemodinamicamente e com a dor controlada, tivémos oportunidade de prestar os primeiros socorros psicológicos ao motorista do caminhão. Dei a oportunidade para o senhor expressar os seus sentimentos e permiti que chorasse. Informámos que ninguém tinha morrido no acidente e incentivei-o a subir à ambulância e falar com a Sra. S., que estava bastante calma e era, aparentemente, a vítima mais grave deste acidente. O motorista deu-lhe a mão e pediu desculpa enquanto chorava. Ficou mais calmo depois de saber que não havia mortos a registar, e de poder ver e falar com a Sra. S. Nesta situação pude contribuir para melhorar o estado de angústia do motorista e para diminuir o

risco de eventos psicológicos adversos naquele homem, prevenindo situações de risco e promovendo a segurança, como é competência do enfermeiro EMC PSC (Reg. n.º 429/2018).

O aperfeiçoamento das competências no transporte da pessoa em situação crítica foi outro dos aspetos que tive oportunidade de desenvolver durante este estágio. Para além desta situação recordo-me de uma outra em que fomos chamados a um hospital privado para efetuar um transporte de uma senhora com cerca de 80 anos de idade para um centro de referência a nível do diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares. A Sra. G. tinha sido transportada até esta unidade hospitalar por queixas de dor lombar. Antes de entrar no serviço de urgência, teve uma alteração do estado de consciência com perda de conhecimento, junto à porta de entrada do serviço. A equipa daquele hospital transportou-a para o interior. Ao realizar um ECG (eletrocardiograma) foi detetado um enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (EAMST).

O EAMST ocorre quando existe oclusão total de uma artéria coronária, que obstrói a passagem do sangue provocando necrose das células por este vaso irrigadas, levando à isquemia e morte celular (American Heart Association, 2021; Ibanez et al., 2018; Ponce, 2019). Epidemiologicamente no continente europeu a cardiopatia isquémica é responsável por 20% das mortes, embora com variações significativas entre países (Ibanez et al., 2018). O reconhecimento dos sintomas e encaminhamento precoce para uma unidade hospitalar que possa efetuar o diagnóstico e tratamento do mesmo é importância crucial para a sobrevivência da pessoa (American Heart Association, 2021).

Quando chegámos junto da Sra. G. verificámos que esta se encontrava vígil, em *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15. A equipa de enfermagem informou-nos que tinha sido já administrada dose de carga de ácido acetilsalicílico. Observei que a Sra. G. se apresentava polipneica, inquieta. Estava ligeiramente taquicárdica, com traçado cardíaco arritmico. Referia queixas de dor torácica. Apesar de normotensa apresentava ingurgitamento jugular, encontrava-se sudorética, com pele pálida e fria. Durante a nossa permanência no local sofreu nova alteração do estado de consciência, com perda de conhecimento. Perante os sinais de instabilidade sugestivos de choque cardiogénico a transferência para uma unidade hospitalar capaz de fornecer tratamento definitivo era uma prioridade (American Heart Association, 2021; Mendes, 2019b).

A decisão do transporte do doente crítico é um ato médico. A tomada deste tipo de decisão envolve sempre alguns riscos, pelo que apenas deve ocorrer caso se justifique a transferência para uma unidade hospitalar de assistência superior ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica que não possam ser realizados no local onde a pessoa se encontra (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Perante o quadro da Sra. G. o tratamento preferencial é a angioplastia coronária, com colocação de stent (American Heart Association, 2021; Mendes, 2019b). Uma vez que aquela unidade hospitalar não era capaz de fornecer este tratamento, foi decidida a transferência para uma instituição pública que é centro de referência no diagnóstico e tratamentos das doenças cardiovasculares.

Perante a instabilidade hemodinâmica da Sra. G. procedi à rápida monitorização com recurso a pás adesivas, pois na maioria dos casos a PRC por EAM é precipitada numa fase inicial por fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, cuja desfibrilhação é o tratamento indicado (American Heart Association, 2021).

Durante o transporte mantive a monitorização apertada da Sra. G. e forneci oxigénio de forma a manter uma saturação periférica de O₂ maior que 90% e puncionei um acesso venoso periférico acordo com as *guidelines* internacionais em vigor (American Heart Association, 2021). A Sra. G. recuperou o estado de consciência. Pude apurar que mantinha queixas de dor torácica, pelo que, administrei morfina endovenosa por indicação médica.

Na presença de sintomas sugestivos de EAM o hospital de destino deve ser notificado antecipadamente da chegada da pessoa de forma ter a equipa prontamente preparada para administrar o tratamento, no caso angioplastia com colocação de stent, pois a intervenção coronária percutânea deverá acontecer até 90 minutos após o primeiro contacto médico (American Heart Association, 2021). À chegada à unidade hospitalar de destino entrámos diretamente na sala de hemodinâmica, onde os profissionais já aguardavam a nossa chegada. Todo este contacto prévio tinha sido efetuado pelo CODU, permitindo-nos estar focados na estabilização e transporte da Sra. G.

Quando chegámos pude efetuar a passagem de informação da Sra. G. à enfermeira da sala de hemodinâmica utilizando mais uma vez a técnica ISBAR garantindo a continuidade dos cuidados (DGS, 2017) e colaborar na transferência da Sra. G. para a marquesa da sala de hemodinâmica.

Através desta experiência demonstrei competências de gestão dos “processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda (...), de “conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda (...)”, “gestão da dor aguda (...)” e ainda garanti a “a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Reg. n.º 429/2018, p. 19361 e 19363).

No âmbito do estágio em Bloco Operatório de Urgência escolhi um Bloco de Urgência Central (BUC) de um hospital central, por se tratar de uma unidade altamente diferenciada que presta cuidados à pessoa que necessita de intervenção cirúrgica urgente ou emergente.

Neste hospital, o BUC encontra-se atualmente localizado junto ao Bloco Operatório Central (BOC). Embora parte das instalações sejam partilhadas, estão atribuídas a cada um deles salas e equipas distintas.

O BOC está dividido em bloco 1, 2 e 3, cada um com duas salas e mais direcionados para cirurgia eletiva, a funcionar nos dias úteis das 8h às 20h, sendo o bloco 1 para cirurgia ortopédica, o bloco 2 para cirurgia geral e o bloco 3 para cirurgia vascular e urologia. Ao passo que ao BUC estão atribuídas duas salas, sala A e sala B e funciona 24h por dia. Cada bloco está equipado com os materiais necessários para o seu funcionamento regular, sendo que o BUC tem que estar equipado para qualquer tipo de cirurgia.

O serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, farmacêuticos, assistentes técnicos, técnicos de radiologia, etc. Em cada turno estão distribuídos sete enfermeiros, ficando três em cada uma das salas com funções de circulação, instrumentação e anestesia. O chefe de equipa geralmente fica fora da sala e dedica-se à coordenação de todos os elementos em sala. Deve articular em conjunto com o com o médico anestesista qual a ordem de entrada de doentes no bloco operatório de urgência, consoante a prioridade. Em situações excecionais, caso haja necessidade cirúrgica emergente e as duas salas estejam a ocupadas poderá ser necessária a abertura de uma terceira sala operatória, cabendo ao enfermeiro chefe de equipa a organização da equipa de enfermagem.

Em contexto de bloco operatório, no nosso país, as funções do enfermeiro dividem-se em enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia (Duarte & Martins, 2014).

O enfermeiro circulante tem como objetivo principal o bom funcionamento da sala, agindo como gestor da sala operatória, promovendo a qualidade dos cuidados. O enfermeiro circulante providencia os materiais necessário para cada cirurgia e procura garantir a segurança de todos os envolvidos (profissionais e pessoa doente) (André et al., 2021; Duarte & Martins, 2014)

O enfermeiro instrumentista trabalha em estreita ligação com o cirurgião. Deverá ter um bom conhecimento das técnicas cirúrgicas a realizar, assim como do material a utilizar. Em conjunto com o enfermeiro circulante prepara todo o material. É responsável pela assépsia do campo e do material cirúrgico (André et al., 2021; Duarte & Martins, 2014).

O enfermeiro de anestesia deve ter conhecimentos sobre as várias técnicas anestésicas a utilizar, bem como conhecimentos de farmacologia. Deverá manter vigilância intensiva sobre o estado hemodinâmico da pessoa com necessidade de intervenção cirúrgica e estar apto para atuar em situação de urgência ou emergência. É também responsável pela continuidade de cuidados pois é quem realiza o acolhimento à chegada e acompanha a pessoa submetida a intervenção cirúrgica até esta passar para outro nível de cuidados. Nessa altura transmite a informação relevante ao colega que ficará responsável (André et al., 2021; Duarte & Martins, 2014).

Dada a limitação temporal do estágio e após diálogo com a enfermeira chefe do serviço considerámos que a função que melhor me permitiria desenvolver competências no cuidado especializado em EMC à PSC e família seria a função de enfermeiro de anestesia, pelo que foi a função em que procurei focar mais a minha atenção durante o estágio, embora também tenha realizado um turno como enfermeira circulante.

Uma das primeiras coisas que reparei durante este estágio foi que as pessoas chegam ao bloco operatório de urgência vulneráveis, sem nenhum objeto pessoal, longe do seu ambiente familiar, interagem com profissionais que desconhecem e são submetidas a vários procedimentos técnicos. Tudo isto é gerador de desconforto. A pessoa que enfrenta uma situação de saúde com necessidade de cirurgia urgente sente-se frequentemente ansiosa. O enfermeiro pode assumir um papel facilitador desta transição saúde-doente tentando reduzir a ansiedade pré-operatória ao fomentar um ambiente acolhedor e seguro, de forma a reduzir o sofrimento, agindo como facilitadores desta transição, promovendo uma melhor recuperação após a cirurgia (Ruiz Hernández et al., 2021).

Durante um dos turnos que realizei em estágio recebemos a Sra. M. para ser submetida a intervenção cirúrgica urgente. Era uma senhora com 41 anos, com vários antecedentes pessoais de saúde. Tinha sido submetida a mastectomia à direita por neoplasia há 12 anos e a ooforectomia bilateral há 10 anos também por doença neoplásica. No mês anterior tinha estado internada por ter sofrido um tromboembolismo pulmonar. Por esse motivo estava a tomar medicação anticoagulante. Na quinzena anterior tinha recorrido ao Serviço de Urgência por alteração de estado de consciência. Após exame imagiológico foi-lhe diagnosticado um Hematoma Subdural (HSD), tendo na altura sido submetida a intervenção cirúrgica para drenagem do hematoma e internada nos cuidados intensivos neurocirúrgicos do mesmo hospital. Entretanto foi melhorando o estado de consciência, com GCS 15 e foi transferida para o serviço de internamento de neurocirurgia. Nesse dia, no serviço de internamento sofreu de novo agravamento do seu estado de consciência, apresentava um GCS 13, com afasia de expressão, verbalizava palavras inadequadas, mas aparentemente compreendia o que lhe era dito.

À chegada ao BUC a Sra. M. encontrava-se chorosa, visivelmente ansiosa. Após recebermos a informação da enfermeira do internamento que trouxe a senhora, pude aproximar-me dela para a avaliar. Toquei-lhe no braço e ela segurou a minha mão e olhou-me nos olhos. Quando tentou verbalizar verifiquei que a senhora era incapaz de nomear objetos corretamente, assim como o seu próprio nome, motivo pelo qual, aparentemente, evitava verbalizar. Apresentei-me e fiz algumas questões, inicialmente para saber se a Sra. M. compreendia o que lhe era dito (ex: “aperte a minha mão”, “feche os olhos”) e depois mais dirigidas à sua situação, para confirmar a sua identificação, alergias ou saber se tinha dores às quais ela me foi respondendo com gestos, acenando com a cabeça em sinal afirmativo ou negativo.

Durante esta interação a Sra. M. pareceu-me muito ansiosa, estava tensa e com lágrimas nos olhos. Ao perceber estas emoções na senhora, eu própria me senti desconfortável. Questionei se sabia que iria ser submetida a nova cirurgia ao que ela me respondeu com um movimento afirmativo com a cabeça. Tentei trazer-lhe algum conforto fornecendo um lençol aquecido, já que o ambiente do BO é geralmente frio. Durante a nossa interação mantive o contacto físico com a Sra. M. pois percebi que isso lhe trazia alguma tranquilidade, uma vez que ela própria segurou a minha mão. Tentei transmitir segurança dizendo que a equipa iria fazer o melhor trabalho possível.

A cirurgia é um evento crítico, no caso da Sra. M. inesperadamente imposto. Habitualmente o ato cirúrgico implica alterações no nível de bem-estar, no comportamento e nos papéis a

nível familiar e social. A cirurgia é percebida como um evento gerador de stress e ansiedade, ameaçador da integridade física e mental da pessoa (Santos et al., 2014). No caso descrito a incerteza do prognóstico e a possibilidade de dependência de terceiros são hipóteses compreensíveis de ter exacerbado ainda mais os sentimentos de medo da Sra. M. Trata-se de um processo de transição saúde-doença. Segundo Meleis (2010) o ato de transição é um processo ao longo do tempo que conduz à mudança e implica reorganização do modo de ser e de estar para a pessoa e família que o vivencia. Durante a transição os enfermeiros auxiliam as pessoas a lidar com estes processos antecipando as respostas, dando orientação antecipada para melhorar o estado de saúde e o bem-estar, aliviando os sintomas.

A ansiedade é uma resposta humana a um estímulo percebido como ameaçador. Em condições normais poderá melhorar a adaptação do sujeito ao ambiente externo, no entanto quando há uma reação exagerada e persistente, a ansiedade é considerada patológica. Poderá gerar consequências como taquicardia, arritmias ou hipertensão. No caso da pessoa que vai ser submetida a cirurgia associa-se a maior risco de complicações pós-operatórias como dor, náuseas, vômitos e maior tempo de recuperação (Ruiz Hernández et al., 2021).

No ambiente do bloco operatório (BO) o enfermeiro assume um papel fundamental na gestão destas emoções. Uma das intervenções de enfermagem identificadas como eficazes para reduzir a ansiedade pré-operatória, segundo uma revisão sistemática com meta-análise, é a entrevista motivacional, em que o enfermeiro procura em chegar a uma relação de confiança com a pessoa para que ela expresse as suas emoções e dúvidas, para desta forma atender às suas necessidades (Ruiz Hernández et al., 2021). No caso descrito, o diálogo com a Sra. M. não era possível, pela afasia de expressão, pelo que tentei outra abordagem centrada na pessoa. Procurei proporcionar-lhe um ambiente o mais acolhedor e seguro possível, dando-lhe algum conforto ao fornecer um lençol aquecido e ao segurar a sua mão. Segundo Brás et al., (2020) o toque terapêutico usado de forma intencional e autêntica possibilita ao enfermeiro a transmissão de apoio à pessoa, contribuindo para uma relação mais próxima entre o profissional e a pessoa alvo dos cuidados. Trata-se de uma intervenção confortadora e que contribui para a diminuição do sofrimento e do nível de ansiedade.

Na perspetiva de Kolcaba, as pessoas esperam que os profissionais sejam competentes, prestem cuidados individualizados e integrais. Desta forma os enfermeiros devem atender às necessidades da pessoa em todas as suas dimensões bio-pisco-social (Mendes et al., 2016).

Segundo a teórica, o conforto presume a ausência de desconforto, seja ele na forma de dor, sofrimento ou preocupação. Os cuidados de enfermagem humanizados têm intrínsecos a promoção de medidas que melhoram o conforto. Estas ações favorecem o vínculo entre o profissional e a pessoa alvo dos cuidados, melhoram a sensação de confiança, contribuem para a qualidade dos cuidados e para a recuperação do estado de saúde da pessoa (Mendes et al., 2016).

Não sendo possível aliviar todo o sofrimento da Sra. M. procurei fazer o que me era possível no momento. Tentei manter uma atitude empática, criar uma relação próxima com a pessoa, pelo contacto físico, de forma a aumentar o bem-estar assim como a sensação de segurança e confiança de forma a melhorar a sensação de conforto psicoespiritual.

Os enfermeiros são os primeiros a acolher a pessoa neste ambiente e o contacto entre ambos é contínuo ao longo de todo o processo cirúrgico. Na minha perspetiva e de acordo com a minha observação o acolhimento personalizado contribui para a melhoria o bem-estar da pessoa naquele contexto. A criação de uma relação terapêutica e de confiança entre o enfermeiro que acolhe e a pessoa que chega ao bloco operatório contribui para sentimentos de tranquilidade e segurança, consecutivamente contribuirá para melhorar a sensação de conforto da pessoa que chega a este ambiente.

Neste âmbito, os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica têm um papel fundamental na gestão de emoções no pré-operatório, utilizando intervenções autónomas adequadas aos diagnósticos efetuados. Segundo os Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017, p. 5) “o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados”. Em simultâneo utiliza “estratégias de comunicação verbal e não-verbal no cuidado à pessoa (...)” (2017, p. 6), estabelece “uma relação de confiança e empatia (...)” (2017, p. 6). Identifica “(...) evidências fisiológicas, emocionais e psíquicas que possam comprometer os processos médicos e cirúrgicos complexos e a adaptação aos processos de transição saúde/doença” (2017, p. 7). Para além disto o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica procura “minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (2017, p.12), efetua a “gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família; [e] A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica” (2017, p.14).

A preocupação com o conforto da pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente ou emergente foi o mote para a realização de uma norma de procedimento no serviço acerca da manutenção da normotermia em contexto de bloco operatório (Apêndice 5), pois embora houvesse preocupação por parte da equipa de enfermagem na manutenção da mesma não havia linhas orientadoras por escrito. Ao elaborar este trabalho procurei ir de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no que se refere ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Reg. n.º 140/2019, p.4750).

Para além de causar desconforto a hipotermia perioperatória inadvertida associa-se a vários eventos adversos, nomeadamente aumento do risco de hemorragia, alterações cardíacas como isquémia ou taquicardia, dificuldade na cicatrização de feridas, maior risco de infeção e maior tempo de permanência no hospital (Azenha et al., 2017; Duarte & Martins, 2014; Oden et al., 2022). Como futura enfermeira especialista em EMC-PSC procurei intervir “como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem” (Reg. n.º 429/2018, p. 19362). Após discussão com a enfermeira orientadora, com a enfermeira chefe e restante equipa concordámos que a elaboração desta norma era útil e necessária para os cuidados.

Durante um dos turnos que realizei em estágio recebemos um menino de 4 anos de idade sem antecedentes pessoais de saúde relevantes, veio durante a madrugada transferido de outro hospital por uma rotura diafragmática, necessitava de intervenção cirúrgica urgente. Segundo conseguimos apurar o menino tinha sofrido uma queda nesse dia. Chegou ao BUC consciente, em respiração espontânea sob máscara de venturi 28%, com respiração rápida e superficial. Hemodinamicamente estável. Encontrava-se calmo, em posição fetal. Quando questionado referia ter “dores de barriga” (sic). Estava acompanhado pela mãe.

Segundo Lerendegui et al. (2018) uma rotura diafragmática é um acontecimento raro em pediatria, habitualmente relacionado a trauma de alto impacto e relativamente difícil de detetar. Consiste na herniação dos órgãos abdominais para a cavidade torácica, decorrente de uma interrupção da continuidade do diafragma. No caso deste menino, apresentava aparentemente, uma fragilidade congénita desconhecida até ao momento, que após o trauma facilitou a rotura.

Quando soube que se tratava de um caso de pediatria fiquei ansiosa por não saber como lidar com a situação. O facto de nunca ter trabalhado na área de pediatria e o desafio emocional de se tratar de um caso de criança em situação crítica, com compromisso da ventilação contribuíram para acentuar estas emoções.

Como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica procurei prestar cuidados de forma global àquela família. Verifiquei que a criança se encontrava para já hemodinamicamente estável. Tentei mantê-la confortável e quente ao iniciar o pré-aquecimento antes da cirurgia, ainda na zona do transfere, enquanto aguardávamos a transferência do menino para o interior da sala operatória como preconizado nas orientações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (Azenha et al., 2017) e incorporando os conhecimentos que eu já detinha na área da qualidade de prestação de cuidados (Reg. n.º 140/2019). Enquanto isso falei com a mãe, que se encontrava ansiosa em relação à situação do filho. Encaminhei-a para a sala de espera, à saída do BO, onde ela poderia ter acesso a uma máquina de bebidas quentes e frias e também comida enquanto aguardava. Tentei tranquilizá-la ao informá-la que no final da cirurgia a cirurgiã iria falar com ela, como é protocolo do serviço nos casos de cirurgia pediátrica.

Neste turno tive a oportunidade acompanhar pela primeira vez o enfermeiro orientador como enfermeiro circulante. Segundo uma orientação elaborada pela Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros o enfermeiro circulante é:

“o profissional que, no conjunto da equipa cirúrgica, tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que ao ambiente diz respeito.”
(Sousa, 2004, p. 1).

O enfermeiro circulante também providencia os materiais e equipamentos necessários para cada cirurgia e assume a função de gestor da sala, provendo o seu bom funcionamento e a qualidade dos cuidados prestados. As suas funções não poderão, de modo algum, ser realizadas por outro profissional não enfermeiro (Sousa, 2004).

Ao sabermos o tipo de cirurgia que iria ser realizada colaborei na preparação e reposição de todo o material que iria ser necessário, verifiquei que foi corretamente esterilizado e testei o seu funcionamento, nomeadamente do aspirador e canivete elétrico. Durante o procedimento estive atenta ao funcionamento dos materiais, de forma a garantir que não havia problemas.

Em caso de mau funcionamento, o enfermeiro circulante deverá garantir que a avaria é reparada antes do material ser reutilizado (OMS, 2009).

Após o acolhimento transferimos o menino para a sala operatória. Depois da indução anestésica pude colaborar no posicionamento. O posicionamento cirúrgico pretende oferecer a melhor exposição cirúrgica possível com o mínimo de riscos inerentes. O posicionamento de forma correta contribui para a prevenção de erros nomeadamente em relação ao lado do corpo a operar. O enfermeiro deverá ter em atenção a prevenção de lesões, privilegiando o conforto e a segurança da pessoa e prevenindo possíveis complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico (Barbosa & Spolidoro, 2019). Neste sentido, atendendo ao tipo de cirurgia mantivemos o menino em decúbito dorsal. Apliquei almofadas de forma a proteger as proeminências ósseas, minimizando a possibilidade de lesões cutâneas decorrentes da imobilidade prolongada e lençóis aquecidos nas zonas que não necessitavam de exposição, nomeadamente nos membros superiores e inferiores de forma a prevenir a ocorrência de hipotermia perioperatória inadvertida.

No que diz respeito à segurança cirúrgica, a DGS (2013) estabelece que é obrigatória no nosso país a implementação do projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas”, de acordo com o manual “Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009”. Em todas as cirurgias é necessário utilizar a “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” e avaliação do Índice de APGAR cirúrgico.

A “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” compreende um conjunto de questões antes da indução anestésica, antes da incisão na pele, e antes da pessoa sair da sala de operações. Esta lista não acrescenta custos à cirurgia e é considerada simples e com impacto positivo na redução de número de acontecimentos adversos pelo que a DGS preconiza que seja usada por rotina em qualquer procedimento cirúrgico (DGS, 2013a).

A lista tem ainda a função de promover a comunicação verbal entre os intervenientes da equipa. Segundo a OMS (2009) é essencial que uma única pessoa conduza este processo, função habitualmente desempenhada pelo enfermeiro circulante, e garanta que não se avança para a próxima fase sem assegurar o cumprimento das medidas de segurança da etapa anterior.

Antes de sair da sala de operações a equipa deverá rever em conjunto a conclusão da contagem de compressas e dispositivos e a rotulagem dos produtos biológicos. Também deverá ser revista a informação relevante a transmitir à equipa de recobro, que a cirurgia foi

realizada e as principais preocupações e recomendações antes da saída da pessoa intervencionada da sala (OMS, 2009).

Após a preenchimento do terceiro ponto da “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” o enfermeiro circulante deve calcular o Índice de Apgar Cirúrgico, sendo que o cálculo inclui variáveis como a perda de sangue estimada, a menor tensão arterial média e a menor frequência cardíaca. O valor do índice permite perceber de imediato o risco de complicações pós-operatórias naquela pessoa e correlaciona-se com a mortalidade esperada ao 30º dia pós-operatório (DGS, 2013a).

De forma a garantir a segurança cirúrgica fui fazendo as questões à equipa nas várias fases da cirurgia e o registo na plataforma informática. No decorrer da cirurgia também realizei a contagem de compressas. O enfermeiro circulante ou instrumentista deve verificar a integridade e verbalizar a contagem das compressas e agulhas utilizadas. No caso de cavidade aberta também deve ser contado o material cirúrgico, de forma a garantir que nenhum material fica incluso no corpo da pessoa (OMS, 2009).

A nível dos cuidados com o controlo de infeção, vigiei atentamente a proximidade das pessoas presentes a todo o campo estéril, prevenindo a sua contaminação, garantindo a assépsia do mesmo.

Ao longo do processo tentei manter uma atitude proativa na manutenção da segurança da cirurgia. A existência de um protocolo de segurança já implementado e com o qual a equipa está familiarizada facilitou este processo. O facto de no final a cirurgia ter corrido, aparentemente bem, também foi facilitador e animador para toda a equipa.

Ao assumir funções como enfermeira circulante tive a oportunidade privilegiada de desenvolver competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica especialmente no que diz respeito à “[otimização do] ambiente e [d]os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (...)” e a nível da “(...) prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (...)” (Reg. nº 429/2018, p. 19359).

Os cuidados com a manutenção da assépsia e a segurança da pessoa assim como da equipa cirúrgica assumem enorme importância na área perioperatória, pelo risco potencial que acarretam quando não cumpridos cuidadosamente (Duarte & Martins, 2014).

4 – CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio pretendeu demonstrar o processo de aquisição de competências de enfermeira especialista em EMC na área de especialização à PSC assim como da aquisição das competências comuns de enfermeira especialista.

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal agi sempre de acordo com as normas legais e os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem, procurando decidir sempre em conformidade com os mesmos. Demonstrei responsabilidade pelas minhas ações e procurei respeitar acima de tudo os direitos humanos ao estabelecer uma relação terapêutica com a PSC e família.

No domínio da melhoria contínua da qualidade procurei averiguar o que seria mais pertinente de abordar em cada contexto de estágio através da minha observação, junto dos enfermeiros orientadores, enfermeiros chefe de serviço e da professora orientadora. Procedi à sensibilização das equipas de enfermagem para as estratégias promotoras da prevenção do *delirium* do doente crítico em contexto de cuidados intensivos, dado ser uma temática de elevada importância para esta população. Em contexto de bloco operatório de urgência procedi à elaboração uma norma de procedimento para manutenção da normotermia. Ambos os trabalhos foram baseados em evidência científica e tiveram como finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população em cada um dos contextos, bem como contribuir para a segurança das pessoas alvo dos cuidados. Em simultâneo produzi conhecimento na área da enfermagem ao realizar uma revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia sobre intervenções eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico na pessoa submetida a transplante de órgão sólido, já publicado em formato de poster e com vista à publicação de um artigo científico e respetiva divulgação.

No âmbito da gestão dos cuidados procurei articular-me sempre com a equipa multidisciplinar de forma a otimizar recursos. Geri a utilização de material com base nas necessidades e nos recursos disponíveis. Compreendi a importância do enfermeiro

especialista nas questões de coordenação e gestão de recursos humanos e materiais, com como na supervisão dos pares e delegação de tarefas.

Relativamente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais procurei basear a minha prática diária em evidência científica e contribuir para a aprendizagem em contexto de trabalho, ao partilhar também o meu conhecimento em determinadas situações. Tive ainda a oportunidade de divulgar evidência no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem através da publicação de um poster sobre “Intervenções Eficazes na Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico na pessoa Submetida a Transplante de Órgão Sólido” e posteriormente proceder à submissão do artigo apresentado no capítulo dois do presente relatório a uma revista científica. Consegui também assistir ao 2º Encontro de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Durante os estágios pude ainda divulgar estes e outros eventos com os colegas e posteriormente partilhar as informações que adquiri com a minha presença nos mesmos e que considere oportunas.

Em suma as experiências adquiridas em contexto de estágio foram de elevada importância para mim e a realização deste relatório como trabalho final permitiu-me refletir criticamente nas minhas ações e justificar os cuidados prestados de acordo com a evidência científica. Tive inúmeras oportunidades de aprendizagem que procurei aproveitar o máximo. Pude contactar com algumas realidades que desconhecia que me enriqueceram tanto a nível profissional como a nível pessoal. Dada a limitação de páginas, muitas delas ficaram por descrever e analisar neste relatório. Ao longo dos estágios aprendi sobretudo a olhar as situações de uma outra forma e a diferenciar os meus cuidados perante pessoa em situação crítica e família, com vista à melhor adaptação aos processos de transição saúde/doença vividos, de modo a promover transições saudáveis e priorizando o conforto, com vista à prestação de cuidados de enfermagem que considero de excelência.

Ao longo deste caminho senti algumas dificuldades, sobretudo a nível pessoal, na gestão de tempo. Confesso que em determinados momentos foi bastante difícil conciliar o estágio com a vida profissional e pessoal. Exigiu de mim um esforço acrescido em termos de organização e resiliência, no entanto, considero que ao ultrapassar as dificuldades valorizo hoje ainda mais as minhas conquistas.

Termino este relatório sabendo que o caminho não fica por aqui. Considero que a minha identidade profissional cresceu muito ao longo deste curso através de toda a aprendizagem

teoria e prática e teórica aplicada à prática. Sou hoje uma profissional mais crítica e atenta, muito devido à orientação recebida pelos enfermeiros orientadores e à professora orientadora, mas sei que há muito mais para aprender e desenvolver. Tenho motivação e sinto-me comprometida a melhorar a cada dia e demonstrar diariamente as minhas competências profissionais durante a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família no meu contexto de trabalho e perante os pares, bem como continuar a realizar investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association. (2021). *Suporte Avançado De Vida Cardiovascular Manual Do Profissional* (20th ed.). Orora Visual.

André, M., Costa, C., & Sebastião, J. (2021). Programa de Integração para Enfermeiros. In *Bloco de Urência Central: CHULN, EPE*.

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Luísa Macedo, A., & Gomes, M. (2017). Consensos De Manutenção Da Normotermia No Período Perioperatório. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Guidelines de Conduta Clínica*.

Barbosa, V., & Spolidoro, F. (2019). Enfermagem Perioperatória: Segurança do Paciente em Relação ao Posicionamento Cirúrgico. *Revista Enfermagem Em Evidência*, 3(1), 239–256.

Beja, M. J., Portugal, A., Câmara, J., Berenguer, C., Rebolo, A., Crawford, C., & Gonçalves, D. (2018). Primeiros Socorros Psicológicos: Intervenção psicológica na catástrofe. *Psychologica*, 61(1), 125–142. https://doi.org/http://doi.org/10.14195/1647-8606_61-1_7

Benner, Patricia., Queirós, A. Albuquerque., & Lourenço, Belarmina. (2001). *De iniciado a perito : excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Bento, M. S. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2018). Delirium: nursing interventions directed to the hospitalized adult patient– a bibliographic review. *Enfermeria Global*, 17(4), 674–688. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>

Brás, S., Mendes, A., Marques, R., & Pontífice Sousa, P. (2020). O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Saúde*. 12, 111–112. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10288>

Cajanding, R. (2018). Immunosuppression following organ transplantation. Part 1: mechanisms and immunosuppressive agents. *British Journal of Nursing*, 27(16), 920–927. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.16.920>

Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>

Campos, C. M. (2017). A Therapeutic Communication as a Professional Tool in Nursing Care. *Psilogos*, 15(1), 91–101. <https://doi.org/https://doi.org/10.25752/psi.9725>

Carlotto, I., & Dinis, M. (2018). Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) na Promoção da Saúde: Considerações Bioéticas. *Saber & Educar*, 25. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7839/1/306-1642-1-PB.pdf>

Clowers-Webb, H. E., Christenson, L. J., Kim Phillips, P., Roenigk, R. K., Nguyen, T. H., Weaver, A. L., Otley, C. C., & Clinic, M. (2006). Educational Outcomes Regarding Skin Cancer in Organ Transplant Recipients Randomized Intervention of Intensive vs Standard Education. *Archives of Dermatology*, 142 (6), 712–718. <https://doi.org/10.1001/archderm.142.6.712>

Cowperthwaite, J. (2010). Diálise Princípios Básicos: Paragem Cardio-Respiratória na Diálise. In *Competence in Practice* (3rd ed.), 1-9

Cukor, D., ver Halen, N., Pencille, M., Tedla, F., & Salifu, M. (2017). A Pilot Randomized Controlled Trial to Promote Immunosuppressant Adherence in Adult Kidney Transplant Recipients. *Nephron*, 135(1), 6–14. <https://doi.org/10.1159/000448627>

De Geest, S., Dobbels, F., Fluri, C., Paris, W., & Troosters, T. (2005). Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(5), 88-98. <https://doi.org/10.1097/00005082-200509001-00010>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: Série I-A, n.º 205/1996. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República: Série I-A, n.º 60/2006. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: Série II, n.º 79/2014. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5561-2014-25696609>

DeVito Dabbs A, Song MK, Myers BA, Li R, Hawkins RP, Pilewski JM, et al. (2016). A randomized controlled trial of a mobile health intervention to promote self-management after lung transplantation. *American Journal of Transplantation*. 2016; 16(7), 2172–2180. <https://doi.org/10.1111/ajt.13701>

Devito Dabbs, A., Dew, M. A., Myers, B., Begey, A., Hawkins, R., Ren, D., Dunbar-Jacob, J., Oconnell, E., & McCurry, K. R. (2009). Evaluation of a hand-held, computer-based intervention to promote early self-care behaviors after lung transplant. *Clinical Transplantation*, 23(4), 537–545. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2009.00992.x>

DGS. (2013a). *Norma n.º 02/2013. Cirurgia Segura, Salva Vidas*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

DGS. (2013b). *Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

DGS. (2017). *Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

DGS/ PPCIRA, Direção Geral de Alimentação e Veterinária, & Agência Portuguesa do Ambiente. (2019). *Plano Nacional de Combate à Resistência Aos Antimicrobianos 2019-2023. Âmbito do Conceito “Uma Só Saúde.”* www.dgs.pt

Dobbels, F., de Bleser, L., Berben, L., Kristanto, P., Dupont, L., Nevens, F., Vanhaecke, J., Verleden, G., & de Geest, S. (2017). Efficacy of a medication adherence enhancing intervention in transplantation: The MAESTRO-Tx trial. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 36(5), 499–508. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2017.01.007>

- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel
- Entwistle, T. R., Green, A. C., Fildes, J. E., & Miura, K. (2018). Adherence to Mediterranean and low-fat diets among heart and lung transplant recipients: A randomized feasibility study. *Nutrition Journal*, *17*(1), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12937-018-0337-y>
- Entwistle, T. R., Miura, K., Keevil, B. G., Morris, J., Yonan, N., Pohl, M., Green, A. C., & Fildes, J. E. (2021). Modifying dietary patterns in cardiothoracic transplant patients to reduce cardiovascular risk: The AMEND-IT Trial. *Clinical Transplantation*, *35*(2), 1-8. <https://doi.org/10.1111/ctr.14186>
- ERS. (2022). *Informação De Monitorização: Setor Convencionado de Hemodiálise*. <https://www.ers.pt/media/zwsnhjgl/file-30.pdf>.
- Feitosa, M., Soares, L., Beleza, C., Silva, G., & Leite, I. (2014). Use of Scales / Tests as Data Collection Instruments in Quantitative Studies in Nursing. *SANARE*, *13*(2), 92–97. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/579/312>
- Freire, E. (2015). Futilidade Médica, da Teoria à Prática. *Arquivos de Medicina*, *29*(4), 98–102.
- Garcia, M. F. F. M., Bravin, A. M., Garcia, P. D., Contti, M. M., Nga, H. S., Takase, H. M., & de Andrade, L. G. M. (2015). Behavioral measures to reduce non-adherence in renal transplant recipients: a prospective randomized controlled trial. *International Urology and Nephrology*, *47*(11), 1899–1905. <https://doi.org/10.1007/s11255-015-1104-z>
- Geramita, E. M., Devito Dabbs, A. J., Dimartini, A. F., Pilewski, J. M., Switzer, G. E., Posluszny, D. M., Myaskovsky, L., & Dew, M. A. (2020). Impact of a Mobile Health Intervention on Long-term Nonadherence After Lung Transplantation: Follow-up After a Randomized Controlled Trial. *Transplantation* *104*(3), 640-651. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000002872>
- Gibbs, G. G. Britain. F. E. U. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Illustrated
- Gibson, C. A., Gupta, A., Greene, J. L., Lee, J., Mount, R. R., & Sullivan, D. K. (2020). Feasibility and acceptability of a televideo physical activity and nutrition program for recent

kidney transplant recipients. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(1).
<https://doi.org/10.1186/s40814-020-00672-4>

Gomis-Pastor, M., Mirabet Perez, S., Minguell, E. R., Loidi, V. B., Lopez Lopez, L., Abarca, S. R., Tugas, E. G., Mas-Malagarriga, N., Antonia, M., Bafalluy, M., Garfield, S., & Judah, G. (2021). Mobile Health to Improve Adherence and Patient Experience in Heart Transplantation Recipients: The mHeart Trial. *Healthcare*, 9(4), 1-20.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9040463>

Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*.
<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Hickman, I. J., Hannigan, A. K., Johnston, H. E., Elvin-Walsh, L., Mayr, H. L., Staudacher, H. M., Barnett, A., Stoney, R., Salisbury, C., Jarrett, M., Reeves, M. M., Coombes, J. S., Campbell, K. L., Keating, S. E., & Macdonald, G. A. (2021). Telehealth-delivered, Cardioprotective Diet and Exercise Program for Liver Transplant Recipients: A Randomized Feasibility Study. *Transplantation Direct*, 7(3).
<https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000001118>

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ... Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. In *European Heart Journal* 39(2), 119-177. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

INEM. (2012a). *Situação de Exceção (Manual TAS). Versão 3.0*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>

INEM. (2012b). *Técnicas De Extração E Imobilização De Vítimas De Trauma. Versão 2.0* (2nd ed). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/T%C3%A9cnicas-de-Extra%C3%A7%C3%A3o-e-Imobiliza%C3%A7%C3%A3o-de-V%C3%ADtimas-de-Trauma.pdf>

INEM. (2013). *SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica: Versão 2.0*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>

INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>

INEM. (2021). *Atualização 2021: Relatório de Atividade do CODU*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-de-Atividade-do-CODU-2021.pdf>

INFARMED. (2021). *Resumo das Características do Medicamento*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/31a6a5d-115741-metamizol-magnesico-nolotil-2000-mg-5-ml.pdf>

Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman medical journal*, 26(3), 155-159. <https://doi.org/10.5001/omj.2011.38>

Joost, R., Dörje, F., Schwitulla, J., Eckardt, K. U., & Hugo, C. (2014). Intensified pharmaceutical care is improving immunosuppressive medication adherence in kidney transplant recipients during the first post-transplant year: A quasi-experimental study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 29(8), 1597–1607. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu207>

Jung, H. Y., Jeon, Y., Seong, S. J., Seo, J. J., Choi, J. Y., Cho, J. H., ... & Kim, Y. L. (2020). ICT-based adherence monitoring in kidney transplant recipients: a randomized controlled trial. *BMC medical informatics and decision making*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01146-6>

Kim, S. H., & You, H. S. (2017). The effects of an empowerment education program for kidney transplantation patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(4), 445–455. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.4.445>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro: Código Deontológico. Diário da República: Série I (2015).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Lei n.º 27/2006, de 03 de Julho: Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República: Série I (2006).

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1735&tabela=leis&so_miolo=

Lerendegui, L., Gauto, L. A., Esnaola, J. S., Udaquiola, J., Vagni, R. L., Lobos, P., Moldes Larribas, J. M., & Libertoa, D. H. (2018). Post traumatic diaphragmatic rupture in children. Case report. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(2), 292–295. <https://doi.org/10.5546/aap.2018.e292>

Marlene, R., Ramos, V., Patrícia, S., Coelho, F., Celeste, M., Ferreira, S., Pedro, J., & Coelho De Oliveira, P. (2018). Experiences of the Family of the Critically ill: a qualitative study. *Cadernos de Saúde* 8(10) 5–10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>

Martins, C., Kobayashi, R. M., Ayoub, A. C., Madalena, M., & Leite, J. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Florianópolis*, 15(3), 472–478. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300012>

McGillicuddy, J. W., Chandler, J. L., Sox, L. R., & Taber, D. J. (2020). Exploratory Analysis of the Impact of an mHealth Medication Adherence. *SAGE Journals*, 54(12). 1185-1193. <https://doi.org/10.1177/1060028020931806>

McGillicuddy, J. W., Gregoski, M. J., Weiland, A. K., Rock, R. A., Brunner-Jackson, B. M., Patel, S. K., Thomas, B. S., Taber, D. J., Chavin, K. D., Baliga, P. K., & Treiber, F. A. (2013). Mobile health medication adherence and blood pressure control in renal transplant recipients: A proof-of-concept randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 2(2), 1-13. <https://doi.org/10.2196/resprot.2633>

McGillicuddy, J. W., Taber, D. J., Mueller, M., Patel, S., Baliga, P. K., Chavin, K. D., Sox, L., Favela, A. P., Brunner-Jackson, B. M., & Treiber, F. A. (2015). Sustainability of

improvements in medication adherence through a mobile health intervention. *Progress in Transplantation*, 25(3), 217–223. <https://doi.org/10.7182/pit2015975>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Mendes, J. (2019a). Abordagem Geral do Doente Vítima de Doença Súbita. In Lidel (3rd ed.), *Manual de Urgências e Emergências* (pp. 3–7).

Mendes, J. (2019b). Abordagem do Choque Cardiocirculatório. In Lidel (3rd ed.), *Manual de Urgências e Emergências* (pp. 32–41).

Mendes, R. S., Mendes, R. S., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Figueiredo, J. V., & Fialho, A. V. D. M. (2016). Comfort theory as support for a safe clinical nursing care. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 390-395. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.27767>

Midão, L., Giardini, A., Menditto, E., Kardas, P., & Costa, E. (2017). Adherence to Medication in Older Adults as a Way to Improve Health Outcomes and Reduce Healthcare System Spending. In D'Onofrio. *Gerontology*. (pp. 25-40). Intechopen. DOI: 10.5772/intechopen.72070

Mota, L. A. N. da, Rodrigues, L. F. S. V., & Pereira, I. M. G. (2011). A transição no transplante hepático – um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 19–26. <https://doi.org/10.12707/RIII1102>

NANDA Internacional. (2021). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021-2023*. Thieme Medical Publisher (12th ed.). <https://doi.org/10.1055/b000000515>

Nufiez, D., Gouveia, J., Almeida, J. P., José, S., Paiva, A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf

O'Brien, T., Russell, C. L., Tan, A., Mion, L., Rose, K., Focht, B., Daloul, R., & Hathaway, D. (2020). A Pilot Randomized Controlled Trial Using SystemCHANGEM Approach to Increase Physical Activity in Older Kidney Transplant Recipients. *Progress in Transplantation*, 30(4), 306–314. <https://doi.org/10.1177/1526924820958148>

Oden, N. T., Doruker, N. C., & Korkmaz, D. F. (2022). Compliance of Health Professionals for Prevention of Inadvertent Perioperative Hypothermia in Adult Patients: A Review. *AANA Journal*, 90(4), 281–287. <https://www.researchgate.net/publication/362491857>

Oliveira, C., Nobre, C. F. G. M., Marques, R. M. D., Mendes, M. M. M. L., & Sousa, P. C. P. (2022). The nurse's role in preventing delirium in critically ill adult/elderly patients. *Revista Cuidarte*, 13(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>

OMS, War Trauma Foundation, & Visão Global internacional. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Livraria da OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS. (2009). *Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009*. Livraria da OMS.

Ordem do Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. In *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15 / 2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiros Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para->

est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Osório, J. A., Paiva, C., São, H., Porto, J., Marques Da Silva, A., Almeida, A. L., Manuel, C., Seco, S., Pires, C. M., & Gomes, R. (2012). *Elementos da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência: Relatório CRRNEU*. <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/riv16030>

Pereira, J. F. S., & Petronilho, F. A. S. (2018). Satisfação do Familiar Cuidador Sobre o Planeamento da Alta Hospitalar. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 22(2), 42–55. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/53799/1/RIE_Satisfacao%20do%20FC%20sobre%20o%20planeamento%20da%20alta%20hospitalar_N%C2%BA22%2C%20Serie%202%20-%20fev2018.pdf

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Ponce, P. (2019). Síndrome Coronária Aguda. In Lidel (3rd ed.), *Manual de Urgências e Emergências* (pp. 110–116).

PPCIRA. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. In Direção-Geral da Saúde, *Ministério da Saúde*. www.dgs.pt

Reese, P. P., Bloom, R. D., Trofe-Clark, J., Mussell, A., Leidy, D., Levsky, S., Zhu, J., Yang, L., Wang, W., Troxel, A., Feldman, H. I., & Volpp, K. (2017). Automated Reminders and

Physician Notification to Promote Immunosuppression Adherence Among Kidney Transplant Recipients: A Randomized Trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 69(3), 400–409. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.10.017>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: Série I-A, n.º 205/1996. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Reg. n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: Série II, n.º 26/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/Reg./140-2019-119236195>

Reg. n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: Série II, n.º 135/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/Reg./429-2018-115698617>

Reg. n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros (2014). Diário da República: Série II, n.º 233/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/Reg./533-2014-60651797>

Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. In *Journal of Advanced Nursing* 77(8), 3274–3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>

Russell, C. L., Hathaway, D., Remy, L. M., Aholt, D., Clark, D., Miller, C., Ashbaugh, C., Wakefield, M., Ye, S., Staggs, V. S., Ellis, R. J., & Goggin, K. (2020). Improving medication adherence and outcomes in adult kidney transplant patients using a personal systems approach: SystemCHANGETM results of the MAGIC randomized clinical trial. *American Journal of Transplantation*, 20(1), 125–136. <https://doi.org/10.1111/ajt.15528>

Russell, C., Conn, V., Ashbaugh, C., Madsen, R., Wakefield, M., Webb, A., Coffey, D., & Peace, L. (2011). Taking immunosuppressive medications effectively (TIMELink): A pilot randomized controlled trial in adult kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 25(6), 864–870. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2010.01358.x>

Santana, J., Rigueira, A., & Dutra, B. (2010). Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. *Bioethikos*, 4(4), 402–411.

Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (2014). Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 7–15. <https://doi.org/10.12707/riii1393>

Schmid, A., Hils, S., Kramer-Zucker, A., Bogatyreva, L., Hauschke, D., de Geest, S., & Pisarski, P. (2017). Telemedically Supported Case Management of Living-Donor Renal Transplant Recipients to Optimize Routine Evidence-Based Aftercare: A Single-Center Randomized Controlled Trial. *American Journal of Transplantation*, 17(6), 1594–1605. <https://doi.org/10.1111/ajt.14138>

Serper, M., Barankay, I., Chadha, S., Shults, J., Jones, L. S., Olthoff, K. M., & Reese, P. P. (2020). A randomized, controlled, behavioral intervention to promote walking after abdominal organ transplantation: results from the LIFT study. *Transplant International*, 33(6), 632–643. <https://doi.org/10.1111/tri.13570>

Shi, Y. X., Liu, C. X., Liu, F., Zhang, H. M., Yu, M. M., Jin, Y. H., ... & Fu, Y. X. (2020). Efficacy of adherence-enhancing interventions for immunosuppressive therapy in solid organ transplant recipients: a systematic review and meta-analysis based on randomized controlled trials. *Frontiers in pharmacology*, 11, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.578887>

Silva, K., Quintana, A., & Nietzsche, E. (2012). Therapeutic obstinacy at an intensive care unit: perspective from doctors and nurses. *Esc Anna Nery*, 16(4), 697–703.

Silva, L. A. da, Pacheco, E. I. H., & Dadalto, L. (2021). Therapeutic obstinacy: When medical intervention hurts human dignity. *Revista Bioetica*, 29(4), 798–805. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294513>

Silva, N., Catarino, R., & Valente, M. (2019). Abordagem do Traumatismo Abdominal. In Lidel (3rd ed.), *Manual de Urgências e Emergências* (pp. 353–357).

Sousa, Á. F. L. de, Matos, M. C. B., Matos, J. G. N. F. de, Sousa, L. R. M., Moura, M. E. B., & Andrade, D. de. (2017). Prevention and control of infection in professional nursing training: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(2), 199–208. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5560>

Sousa, M. (2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf

Suantio, A. M., Teh, J., Sivasamy, V., Siang, A., Wong, Y., & Lim, S. C. (2018). Hepatic Encephalopathy Masquerading as Delirium. *Acta Scientific Neurology*, *1*(2), 5–11.

Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/riv16026>

Tschida, S., Aslam, S., Tanvir, Khan, T., Sahli, B., Shrank, W. H., & Lal, L. S. (2013). Managing Specialty Medication Services Through a Specialty Pharmacy Program: The Case of Oral Renal Transplant Immunosuppressant Medications. *Journal of Managed Care Pharmacy*, *19*(1), 26–41. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2013.19.1.26>

UCP. (2022). *Guia da unidade curricular “estágio final e relatório” - Mestrado em enfermagem*.

United Nations. (2017). *Universal Declaration of Human Rights* (United Nations Publications, Ed.). <https://e4k4c4x9.rocketcdn.me/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos.pdf> 978-92-1-101364-1

APÊNDICES

Apêndice 1 – Estratégia de Pesquisa Booleana

Estratégia de Pesquisa Booleana

Número de ID	Termos de Busca	Opções de Busca	Número de Artigos
S1	TI Transplant*	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	352216
S2	AB Transplant*	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	515963
S3	TI adherence	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	69490
S4	AB adherence	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	234127
S5	TI nonadherence	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	2331
S6	AB nonadherence	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	10933
S7	TI compliance	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	40165
S8	AB compliance	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	203387
S9	TI noncompliance	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1712
S10	AB noncompliance	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	9942
S11	TI interventions	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	376450
S12	AB interventions	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	2030111
S13	TI strategies	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	262313
S14	AB strategies	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1717063
S15	TI best practices	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	15421
S16	AB best practices	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	58657
S17	TI treatment	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1893022

S18	AB treatment	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	6310305
S19	TI therapy	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1080763
S20	AB therapy	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	2770594
S21	TI program	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	379143
S22	AB program	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1295393
S23	TI management	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	717705
S24	AB management	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1675378
S25	TI medication	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	114131
S26	AB medication	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	614795
S27	TI therapeutic	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	260245
S28	AB therapeutic	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1425595
S29	TI control	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	542619
S30	AB control	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	4439123
S31	TI care	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1161134
S32	AB care	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	2602742
S33	TI regimen	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	54353
S34	AB regimen	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	413325
S35	TI diet	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	153600
S36	AB diet	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	520403
S37	TI nutrition	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes	124741

		Modos de busca – Booleano/ frase	
S38	AB nutrition	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	247208
S39	TI exercise	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	252795
S40	AB exercise	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	523352
S41	TI physical activity	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	94168
S42	AB physical activity	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	236710
S43	TI control group	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	3057
S44	AB control group	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	900361
S45	TI randomized	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	771498
S46	AB randomized	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1459592
S47	TI trial	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1065660
S48	AB trial	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	2078366
S49	TI pretest	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1205
S50	AB pretest	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	32796
S51	TI post test	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	787
S52	AB post test	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	32751
S53	TI quasi-experimental	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	5617
S54	AB quasi-experimental	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	36520
S55	TI experimental	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	293345
S56	AB experimental	Expansores – Aplicar asuntos equivalentes	191782

		Modos de busca – Booleano/ frase	
S57	TI cohort	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	229424
S58	AB cohort	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	1061937
S59	TI case control	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	56887
S60	AB case control	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	177926
S61	S1 OR S2	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	633220
S62	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	466480
S63	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	17931559
S64	S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	6023588
S65	S61 AND S62 AND S63 AND S64	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	2196

TI – Título

AB – Resumo

Apêndice 2 – Análise dos artigos selecionados

Análise dos artigos selecionados

Autores/ Ano/ País	Tipo de Estudo/ Nível de evidencia	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados
Entwistle et al., 2018; Austrália	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar a adesão a uma dieta com baixo teor de gordura ou mediterrânea durante 12 meses.	20 recetores de transplante de coração e 21 recetores de transplante de pulmão.	Os participantes receberam 5 horas de sessões de educação para cada grupo de dieta mediterrânea ou baixa em gorduras (com acompanhante, se desejado).	Os recetores de transplante torácico aderiram às intervenções dietéticas mediterrâneas e com baixo teor de gordura ($p < 0,001$).
Entwistle et al., 2021; Reino Unido	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar a viabilidade e eficácia de intervenções dietéticas para reduzir o risco de doença cardiovascular.	Grupo de intervenção: 41 recetores de transplante de coração ou pulmão. Grupo de controle: 49 recetores de transplante de coração ou pulmão.	Os participantes receberam 5 horas de sessões de educação e aulas de culinária. Foram incentivados a aderir a dieta mediterrânea suplementada com azeite virgem-extra ou uma dieta com baixo teor de gordura	Verificaram-se mudanças em fatores de risco cardiovascular no grupo de dieta mediterrânea e no grupo de dieta com baixo teor de gordura, respetivamente glicemia de jejum $-0,26$ ($p=0,03$) vs $-0,27$ mmol/L ($p=0,01$); colesterol total $-0,56$ ($p=0,12$) vs $-0,40$ mmol/L ($p=0,01$).
Gibson et al., 2020, EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção de nutrição e atividade física administrada remotamente entre recetores de transplante renal.	10 recetores de transplante renal com IMC >22 kg/m ²	O grupo de intervenção recebeu um programa de modificação de estilo de vida com sessões semanais de saúde de uma hora por videoconferência durante 12 semanas.	Os dados sugerem que uma intervenção de nutrição e atividade física realizada remotamente por vídeo é um método viável e valorizado pelos participantes ($p < 0,05$).
Hickman et al., 2021; Austrália	Ensaio Controlado Randomizado	Avaliar a viabilidade de uma intervenção de estilo de vida com recurso a	35 recetores de transplante de fígado	A intervenção incluiu 14 sessões de tele-saúde em grupo facilitadas por	Os participantes sujeitos à intervenção melhoraram significativamente a adesão à

Autores/ Ano/ País	Tipo de Estudo/ Nível de evidencia	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados
	Nível I	telessaúde por transmissão de vídeo		transmissão de vídeo com exercício físico e demonstrações de receitas com base na dieta mediterrânea, ao longo de 12 semanas.	dieta mediterrânea (p=0,004) e reduziram o IMC em -0,5 kg/m ² (p=0.009).
Clowers-Webb et al., 2006; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Determinar se um programa de educação intensivo focado no risco de cancro de pele em recetores de transplante de órgão sólido produziu melhoria mensurável no conhecimento e no comportamento de proteção solar.	202 pessoas transplantadas	O grupo de intervenção recebeu três cartas a incentivar a leitura de panfletos que continham informações acerca do risco e da prevenção do cancro da pele, incentivando comportamentos saudáveis ao longo de 10 meses.	O grupo de intervenção teve resultados significativamente melhores na avaliação comportamental aos 3 (p=0,02) e 10 (p=0,03) meses do estudo.
Tschida et al., 2013; EUA	Estudo de coorte Nível III	Avaliar os resultados clínicos e económicos de um programa de adesão à terapêutica específica para pacientes pós transplante renal	1038 transplantedados renais em diversos países	O programa de adesão à terapêutica incluiu educação e aconselhamento da pessoa, com foco na adesão e gestão clínica por enfermeiros e farmacêuticos.	O grupo do programa de adesão à terapêutica obteve adesão superior ao imunossupressor (P<0,0001); custo anual médio dos cuidados de saúde 13% menor (p=0,03); Custo médico médio relacionado ao transplante 30% menor (p=0,04).
Joost et al., 2014; Alemanha	Estudo Quasi-Experimental Nível II	Avaliar o impacto de um programa de cuidados intensivos liderado por um farmacêutico clínico na adesão medicamentosa diária durante o primeiro	74 recetores de transplante renal	O grupo de intervenção recebeu sessões individualizadas de aconselhamento por um farmacêutico clínico com aproximadamente 30 minutos.	A adesão diária à medicação foi significativamente melhorada em pacientes do grupo de intervenção (91%) (P=0,014) em comparação com grupo de controle (75%)

Autores/ Ano/ País	Tipo de Estudo/ Nível de evidencia	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados
		ano após o transplante renal.			durante o primeiro ano após o transplante.
Garcia et al., 2015; Brasil	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar o impacto de uma estratégia educacional e comportamental na adesão ao tratamento em recetores de transplante renal	111 pessoas submetidas a transplante renal	O grupo de intervenção integrou um programa com aproximadamente 10 sessões semanais de 30 minutos, ao longo de 3 meses, por um enfermeiro.	As taxas de não adesão à terapêutica foram de 46,4% no grupo controle e 14,5% no grupo de intervenção (p=0,001). O risco relativo de não adesão foi 2,59 vezes maior no grupo controle.
Dobbels et al., 2017); Bélgica	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Testar a eficácia de um programa de 6 meses de adesão à medicação em doentes transplantados e investigar o impacto da intervenção.	41 Recetores de transplante de coração, fígado ou pulmão.	O grupo de intervenção recebeu intervenções comportamentais personalizadas multicomponentes em etapas com base na teoria cognitiva social e no modelo transteórico.	No grupo de intervenção a percentagem diária de indivíduos com dosagem correta de medicação aumentou para 95,1% em comparação com 79,1% no grupo de controle (p=0,001).
Cukor et al., 2017, EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Examinar se um programa de promoção da adesão cognitivo-comportamental resultaria em melhor adesão à medicação imunossupressora.	33 transplantados renais com adesão inferior a 98% ao imunossupressor.	O grupo de intervenção foi submetido a um programa de psicoeducação que utilizou técnicas derivadas da terapia cognitivo-comportamental e técnicas de entrevista motivacional.	O grupo intervenção apresentou maiores níveis de adesão que o grupo controle (p=0,04) assim como níveis de mudança comparada (p=0,003).
Russell et al., 2011; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar se uma intervenção de autoaperfeiçoamento contínuo de 6 meses melhoram a adesão à medicação.	30 recetores de transplante renal adultos.	O grupo de intervenção foi submetido a uma intervenção de autoaperfeiçoamento acompanhado por um enfermeiro especialista. O grupo de controle recebeu folhetos educacionais que abordavam comportamentos	A pontuação média de adesão à medicação para o grupo de intervenção foi significativamente maior do que a pontuação média de adesão à medicação do grupo de controle (p = 0,03).

Autores/ Ano/ País	Tipo de Estudo/ Nível de evidencia	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados
				saudáveis pós transplante. Também foram efetuados telefonemas mensais	
Russell et al., 2020; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Determinar se uma intervenção SystemCHANGE™ é eficaz no aumento da adesão à medicação imunossupressora. Esta intervenção consiste em ensinar estratégias de melhoria da qualidade a nível pessoal, ambiental e pessoas de apoio.	89 participantes submetidos a transplante de rim sob autoadministração de medicação imunossupressora duas vezes ao dia.	A intervenção SystemCHANGE™ foi administrada por enfermeiros que forneceram dicas de apoio personalizadas com base nas rotinas da pessoa. O grupo de controle recebeu sessões de educação com recurso a folhetos informativos.	A intervenção SystemCHANGE™ foi associada a uma adesão à medicação estimada em 20% maior em 6 meses (P < 0,001) e 16% maior em 12 meses (P <0,001).
Kim & You, 2017; Coreia do Sul	Estudo Quasi-Experimental Nível II	Avaliar os efeitos de um programa de educação para o empoderamento em pacientes transplantados renais e testar a sua eficácia.	53 transplantados renais	O grupo experimental foi submetido a um programa de educação para o empoderamento semanal com a duração de seis semanas.	A capacidade para o autocuidado e a adesão às instruções de tratamento foram significativamente maiores no grupo de intervenção tanto imediatamente após o programa (P≤ 0.001) como 4 semanas após o término (P≤0.001)
Serper et al., 2020; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Testar a eficácia de um programa de exercícios domiciliários de baixo impacto no ganho de peso pós-transplante e número de passos diários.	61 recetores de transplante renal e 66 recetores de transplante hepático.	Foi realizada uma intervenção domiciliária para promover a atividade física pós transplante com incentivos financeiros e questões de promoção de saúde.	O grupo de intervenção foi mais propenso a atingir ≥7000 passos em comparação com o controle (p<0.001), mas não afetou o peso (p=0,06).

Autores/ Ano/ País	Tipo de Estudo/ Nível de evidencia	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados
McGillicuddy et al., 2013; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade de um programa de saúde móvel para melhorar a pressão arterial e adesão à medicação (mHealth) ao longo de 3 meses.	20 transplantados renais hipertensos, não aderentes ao seu regime de medicação atual.	Os participantes selecionados para a intervenção mHealth tinham distribuidores de medicação eletrônicas com função de lembrete. Receberam também um monitor de pressão arterial e um smartphone que lembrava os participantes para avaliarem a pressão arterial.	O grupo de intervenção mHealth apresentou melhorias significativas na adesão à medicação ($p<0,05$) e reduções significativas na pressão arterial sistólica nas avaliações mensais ($p<0,01$).
McGillicuddy et al., 2015; EUA	Estudo de coorte Nível III	Avaliar a sustentabilidade da melhoria da pressão arterial após a conclusão de um programa piloto de saúde móvel de 3 meses (mHealth) 12 meses após a sua conclusão.	19 participantes do estudo original “Mobile health medication adherence and blood pressure control in renal transplant recipients: a proof-of-concept randomized controlled trial”.	Foi realizada uma análise retrospectiva de registos médicos.	Os participantes do grupo de intervenção continuaram a apresentar pressão arterial sistólica mais baixa do que os participantes do grupo controle 12 meses após o término do estudo ($p=0,01$).
McGillicuddy et al., 2020; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Determinar se a intervenção de saúde móvel (mHealth) afeta o coeficiente de variação (CV) de tacrolímus (imunossupressor).	80 participantes, transplantados renais hipertensos, não aderentes ao seu regime de medicação atual.	Os participantes do grupo de intervenção utilizaram um distribuidor eletrônico de medicação e foram enviadas mensagens de reforço motivacional personalizadas para promover a adesão ao tacrolímus.	Os participantes randomizados para a intervenção tiveram uma redução significativa nos CVs médios de tacrolímus de 12 meses ($p=0,046$).
Reese et al., 2017; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar se o uso de lembretes ou lembretes e notificações eletrônicas motivam os recetores de transplante a melhorar a	120 recetores de transplante renal ou rim e pâncreas.	Os participantes foram designados para 3 grupos: 1 - Lembretes personalizados;	A adesão à medicação imunossupressora foi 78% no grupo 1; 88% no grupo 2; e 55% no grupo 3 ($p<0,001$ para ambos os grupos de

Autores/ Ano/ País	Tipo de Estudo/ Nível de evidencia	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados
		adesão à medicação imunossupressora.		2 - Lembretes personalizados e notificação de um elemento da equipa de saúde; 3 – Grupo de controle.	intervenção em comparação com o controle) mas não significativamente diferentes entre os dois grupos de intervenção.
Devito Dabbs et al., 2009; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliação de uma intervenção com recurso ao computador para promover comportamentos de autocuidado após o transplante.	30 pessoas submetidas a transplante de pulmão.	O grupo de intervenção recebeu um dispositivo portátil, Pocket Personal Assistant for Tracking Health (Pocket PATH), que permitia registar os dados de saúde, analisar tendências e relatar alterações da sua condição para a equipa de saúde.	Os participantes do grupo Pocket PATH apresentaram classificações significativamente mais altas de gestão de autocuidado (p=0,003) em comparação com o grupo de controle.
Devito Dabbs et al., 2016; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Comparar a eficácia Pocket PATH nos comportamentos de autogestão, autocuidado, reinternamento e mortalidade em casa durante o primeiro ano após o transplante.	201 pessoas submetidas a transplante de pulmão.	O grupo de intervenção recebeu um smartphone com programas Pocket PATH personalizados para registar indicadores diários de saúde, visualizar tendências gráficas e receber mensagens automáticas.	O grupo de intervenção realizou automonitorização (p<0,001), aderiu ao regime medicamentoso (p=0,046) e relatou indicadores de saúde anormais (p<0,001) com mais frequência do que o grupo de controle.
Geramita et al., 2020; EUA	Estudo de coorte Nível III	Examinar se os efeitos do Pocket PATH foram mantidos além do final do estudo e avaliar outros fatores de risco potenciais para a não adesão a longo prazo.	105 pessoas submetidas a transplante de pulmão, sobreviventes do estudo original “A randomized controlled trial of a mobile health intervention to promote self-management after lung transplantation”.	Os participantes foram recontactados e avaliados por telefonema ou por um formulário via internet. Também foi entrevistado o cuidador principal de cada participante.	O grupo Pocket PATH apresentou menor risco de não adesão às exigências de estilo de vida (dieta/exercício) do que o grupo de cuidados habituais (P < 0,05) 4 anos após o estudo original.

Autores/ Ano/ País	Tipo de Estudo/ Nível de evidencia	Objetivos	Participantes	Intervenções	Resultados
Schmid et al., 2017; Alemanha	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar a eficácia do tratamento padrão após a alta versus gestão de casos com suporte telemédico.	46 recetores de transplante renais com doadores vivos.	O grupo de intervenção recebeu apoio telemédico personalizado, com recurso a um terminal interativo que permitia a monitorização remota pela equipa de saúde e realização de videoconsultas.	A prevalência de não adesão à terapêutica durante o período de estudo de um ano foi 17,4% no grupo de intervenção versus 56,5% no grupo de pós-tratamento padrão (p = 0,013).
Gomis-Pastor et al., 2021; Espanha	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Avaliar se uma estratégia de mHealth é eficaz para melhorar a adesão e a experiência dos recetores de transplante cardíaco.	134 pessoas com mais de um ano e meio pós transplante cardíaco.	Foi fornecida uma aplicação móvel mHeart para interação remota com um farmacêutico clínico.	A melhoria na adesão à medicação desde a linha de base foi significativamente maior no grupo de intervenção (85% vs. 46%, p<0,001).
O'Brien et al., 2020; EUA	Ensaio Controlado Randomizado Nível I	Testar a viabilidade e eficácia de uma intervenção SystemCHANGE™ (Mudar Hábitos Aplicando Novos Objetivos e Experiência) + rastreador de atividades nos resultados de saúde.	53 transplantados renais com idade igual ou superior a 60 anos.	O grupo intervenção recebeu instruções para usar a abordagem SystemCHANGE combinada com o rastreador de atividades para aumentar os passos diários.	A intervenção foi viável e eficaz para promover a adesão a caminhada e aumentar os passos diários (p=0,03).

Apêndice 3 – Poster apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o título: Intervenções Eficazes na Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico na pessoa Submetida a Transplante de Órgão Sólido: Revisão Sistemática de Literatura de Evidência de Eficácia



Intervenções Eficazes na Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico na pessoa Submetida a Transplante de Órgão Sólido:
Revisão Sistemática de Literatura de Evidência de Eficácia

INTRODUÇÃO

A adesão ao regime terapêutico refere-se ao comportamento do indivíduo face à toma da medicação, dieta, hábitos ou estilos de vida de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde (Camarneiro, 2021). Alguns estudos revelam que a taxa de adesão em países desenvolvidos é em média 50% (Jimmy and Jose, 2011). A não adesão ao regime terapêutico nas pessoas submetidas a transplante de órgão sólido tem sido relacionada com resultados clínicos negativos (De Geest et al, 2005).

OBJETIVOS

Rever sistematicamente as intervenções eficazes para promover a adesão ao regime terapêutico por parte das pessoas submetidas a transplante de órgão sólido.

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia, segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (Peters et al, 2020). **População:** pessoas adultas submetidas a transplante de órgão sólido; **Intervenção:** intervenções não farmacológicas para promover a adesão ao regime terapêutico; **Comparador:** não aplicável; **Outcome:** taxa de adesão ao regime terapêutico; **Desenho:** estudos de natureza experimental (estudos randomizados controlados, estudos quase experimentais, estudos antes e depois). Pesquisa limitada a artigos gratuitos em texto completo, sem friso temporal.

RESULTADOS

Obtiveram-se 2196, 1844 artigos após remoção de duplicados, 54 artigos após leitura de título e resumo; 24 artigos após aplicabilidade dos critérios de elegibilidade na leitura do texto integral e avaliação da qualidade metodológica (Peters et al, 2020).

Sessões

- Educação em grupo, presenciais (Entwistle et al., 2018; Entwistle et al., 2021)
- Educação com entrevistas motivacionais (Cukor et al., 2017)
- Educação por videoconferência (Gibson et al., 2020; Hickman et al., 2021)
- Individuais de aconselhamento (Hoot et al., 2014; Garcia et al., 2015; Tachida et al., 2013)

Intervenções

- Comportamentais personalizadas (Dobbels et al., 2017);
- Domiciliária com incentivos financeiros (Serper et al., 2020)
- Aperfeiçoamento contínuo realizadas por enfermeiros especialistas (Russell et al., 2011)

Programas

- Educação intensiva por escrito (Clowers-Webb et al., 2006)
- Educação conjugadas com chamadas telefónicas mensais (Russell et al., 2020)
- Educação de empoderamento (Kim & You, 2017)

Aplicações móveis

- Uso de lembretes (McGillcuddy et al., 2013; McGillcuddy et al., 2015);
- Mensagens de reforço motivacionais (McGillcuddy et al., 2020);
- Lembretes personalizados e mensagem da equipa de saúde (Reese et al., 2017);
- Mensagens automáticas que instruíram a entrar em contato com a equipa de saúde caso os valores avaliados estivessem fora do considerado "normal" (Devito Dabbs et al., 2009; Devito Dabbs et al., 2016; Geramita et al., 2020);
- Que permitiam a monitorização e interação remota com os profissionais (Schmid et al., 2017; Gomis-Pastor et al., 2021);
- Rastreadores de atividade física (O'Brien et al., 2020).

Autores:

Jesus, Susana - Enfermeira, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica. susanajesus93@hotmail.com;
Santo, Madalena - Enfermeira, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica. madalenasanto@live.com.pt;
Veludo, Filipa - Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Universidade Católica Portuguesa. Portugal
Marques, Rita - Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. Lisboa. Portugal.

CONCLUSÃO

Verificou-se a existência de vários programas com intervenções eficazes na adesão ao regime terapêutico por parte das pessoas submetidas a transplante de órgão sólido, sendo a grande maioria dos estudos direcionados para a adesão ao regime medicamentoso, nomeadamente em relação à toma de imunossuppressores.

PALAVRAS CHAVE

Transplante; Órgãos sólidos; Adesão ao regime terapêutico; Intervenções eficazes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice 4 – Proteção de Ecrã: Estratégias para prevenir o *delíruim* no Doente Crítico

Estratégias para prevenir o *delírium* no Doente Crítico

O *delirium* é um distúrbio cognitivo agudo, geralmente transitório caracterizado por déficit de atenção, pensamento desorganizado, alteração do ciclo sono-vigília e do nível de consciência que surge frequentemente em pessoas internadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (1). A equipa de enfermagem assume um papel fundamental na sua prevenção (2).

Elaborado por: Susana Jesus, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Rita Marques e supervisão clínica do Enfermeiro Especialista [redacted] Outubro de 2022

Controlo do Ambiente - Permitir a entrada de luz natural; Providenciar os óculos e aparelhos auditivos; Permitir proximidade de objetos familiares; Reduzir volume dos alarmes.

Promoção do repouso - Posicionamento confortável; Minimizar a luz e o ruído durante a noite; Evitar procedimentos à noite; Se necessário providenciar indutores do sono.

Intervenção terapêutica - Manter oxigenação, nutrição e hidratação adequadas; Prevenir hipo/hiperglicemia; Mobilização precoce; Manter apirexia; Remover dispositivos desnecessários; Vigiar eliminação urinária e intestinal, prevenir obstipação; Otimização da terapêutica (sedação/analgésia).

Avaliação cognitiva e orientação - Informar a pessoa das intervenções antes da sua realização; Apresentar-se como profissional; Realizar orientação temporal e espacial; Explicar o motivo pelo qual se encontra na UCI; Explicar os alarmes; Utilizar estratégias promotoras da comunicação; Manter contenção física apenas se estritamente necessário; Ter relógio de parede visível;

Participação dos familiares - Permitir visitas e telefonemas; Envolver os familiares na prestação de cuidados; Permitir atividades lúdicas (leitura e entretenimento audiovisual p. ex.) (1).

Bibliografia:
1. Oliveira C, Nobre CFGM, Marques RMD, Mendes MML, Sousa PCP. The nurse's role in preventing delirium in critically ill adult/elderly patients. *Revista Cuidarte*. 2022 May 1;13(2).
2. Bento MSPM, Marques RMD, Sousa PP. Delirium: nursing interventions directed to the hospitalized adult patient - a bibliographic review. *Enfermeria Global*. 2018 Jan 1;17(4):674-88.

Apêndice 5 – Norma de Procedimento para Manutenção da Normotermia em contexto de Bloco Operatório

Norma de Procedimento para Manutenção da Normotermia em contexto de Bloco Operatório

1. Objetivo

Este documento pretende descrever linhas orientadoras para a manutenção da normotermia na pessoa submetida a intervenção cirúrgica.

Tem ainda como objetivos específicos:

- Reconhecer a importância da manutenção da normotermia perioperatória;
- Identificar as complicações clínicas da hipotermia perioperatória;
- Identificar os fatores de risco para hipotermia perioperatória;
- Identificar as medidas preventivas da hipotermia perioperatória.
- Uniformizar a prestação de cuidados de enfermagem;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados;

2. Enquadramento

A hipotermia perioperatória inadvertida é definida como a diminuição da temperatura corporal central abaixo de 36°C na pessoa submetida a intervenção cirúrgica uma hora antes da indução anestésica, até 24 horas após a cirurgia (Oden et al., 2022). Trata-se de uma complicação frequente, que pode ocorrer em 26% a 90% das pessoas submetidas a intervenção cirúrgica. Fatores como a exposição corporal, inibição das respostas fisiológicas associadas ao ato anestésico, redução do metabolismo basal e fatores relacionados com o ato cirúrgico em si contribuem para acentuar esta complicação (Penaforte et al., 2019).

Em condições normais o hipotálamo desempenha funções de termorregulação, acionando diversos mecanismos para responder às alterações exógenas e manter a temperatura corporal. No entanto as técnicas anestésicas podem alterar essa capacidade (Oden et al., 2022). No caso da anestesia geral, durante a indução anestésica o organismo diminui a produção metabólica de calor em cerca de 20%, aumentando as perdas de calor. Na hora seguinte ocorre redistribuição de calor entre o compartimento central e periférico, contribuindo para a perda rápida de calor corporal, responsável por 80% das perdas, o organismo reduz a temperatura

basal em cerca de 1°C a 2°C. Nas horas seguintes vai ocorrendo uma diminuição de 0,5°C/h a 1°C/h. A partir da quarta hora geralmente há um equilíbrio entre os compartimentos central e periférico, pela vasoconstrição, designada fase de *plateau* (Azenha et al., 2017).

Na anestesia regional ocorre bloqueio do sistema nervoso simpático periférico e dos nervos motores, diminuído a capacidade de vasoconstrição e os tremores das regiões anestesiadas. Neste caso a redistribuição térmica entre os compartimentos continua a ser a principal causa de perda de calor, embora a uma velocidade mais lenta que na anestesia geral, uma vez que a produção metabólica permanece próxima do normal. A possibilidade de hipotermia agrava--se em casos de bloqueio do eixo-neural e está mais dependente do tempo de duração do procedimento (AST, 2019).

A anestesia combinada é a que oferece mais riscos. A anestesia regional diminui a capacidade para vasoconstrição, enquanto a anestesia geral inibe os tremores que poderiam aumentar a produção de calor. Poderá ocorrer vasoconstrição apenas a nível central, que se mostra ineficaz para manutenção da temperatura. A temperatura vai continuar a baixar e não atinge a fase de *plateau*, resultando em perdas de calor mais acentuadas que na anestesia geral (Azenha et al., 2017; Penaforte et al., 2019).

A hipotermia perioperatória inadvertida associa-se a vários eventos adversos, nomeadamente:

- Diminuição de fornecimento de oxigênio aos tecidos, que retarda a síntese de colágeno, causando atraso na cicatrização de feridas;
- Aumento da incidência de infeção da ferida operatória pela diminuição da atividade de neutrófilos e macrófagos, produção de anticorpos, quimiotaxia e fagocitose;
- Eventos cardíacos nocivos pela ativação dos sistemas simpático e adrenomedular, resultando em aumento da liberação de catecolaminas. Esta elevação sérica aumenta o débito cardíaco e a frequência cardíaca e pode levar à hipertensão. Poderá ainda incorrer em eventos isquémicos;
- Comprometimento do mecanismo de coagulação, aumentando o risco hemorrágico (comprometimento da agregação plaquetária por redução da síntese de tromboxano A2 e A3, disfunção das enzimas que envolvidas no processo de coagulação e o tempo de tromboplastina parcial ativada prolongado);

- Disfunção endócrino-metabólica (supressão da secreção de corticoides, redução da liberação de insulina);
- Alterações no sistema farmacodinâmico traduzido na incapacidade de metabolizar drogas anestésicas com consequente aumento na concentração plasmática (ex. propofol, fentanil, morfina, vecurônio, atracúrio e rocurônio, etc.);
- Ocorrência de *Shivering* aumenta a taxa metabólica e, conseqüentemente, o consumo de oxigênio.
- Hospitalização prolongada, com aumento dos custos e a prejuízo da satisfação do doente (Azenha et al., 2017; Oden et al., 2022).

Fatores de Risco para Hipotermia Perioperatória

Existem fatores de risco individuais para a hipotermia perioperatória. Importa identificá-los de modo a determinar o risco potencial do doente em desenvolver hipotermia de modo a planejar e individualizar medidas preventivas do seu desenvolvimento, nomeadamente:

- Idades extremas - neonatal, crianças e idosos;
- Género feminino;
- Situações preexistentes que alterem a termorregulação (diabetes mellitus com neuropatia, hipotiroidismo, ingestão de sedativos ou drogas psicoativas);
- Doenças do sistema nervoso central;
- Presença de risco cardiovascular;
- Queimados;
- Feridas abertas;
- Baixo peso/mau estado nutricional;
- Uso de antidepressivos e antipsicóticos;
- Tempo e tipo de cirurgia (duração da anestesia > 2 horas);
- Anestesia combinada - geral e regional;
- Alto nível de bloqueio espinal;
- Exposição de cavidades corporais;
- Baixa temperatura no bloco operatório (< 21°C)
- Grande exposição cutânea;
- Uso de irrigações intracavitárias e fluidos endovenosos não aquecidos;

- ASA > I (risco aumenta exponencialmente com o aumento do ASA)
- Temperatura pré-operatória inferior a 36°C e situações em que o pré-aquecimento não pode ser realizado;
- Trauma severo;
- Pressão sistólica inferior a 140 mmHg;
- Uso de garrote (AESOP, 2017; AST, 2019; Azenha et al., 2017).

Monitorização da Temperatura:

A temperatura corporal distribui-se de forma não homogênea nos diversos compartimentos corporais. No compartimento central (vísceras abdominais e torácicas e sistema nervoso central) os tecidos são altamente perfundidos a temperatura é mais elevada e mantém-se relativamente constante (Fuganti et al., 2018).

O local de referência para monitorização da temperatura central localiza-se na artéria pulmonar via cateter de *Swan-Ganz*, com correlação direta com a temperatura central, no entanto por estar associada a várias complicações, apenas se recomenda no caso de necessidade de monitorização hemodinâmica invasiva (Azenha et al., 2017). Existem outros locais fidedignos para a medição da temperatura central, nomeadamente nasofaringe, o esófago distal e em menor grau a bexiga (Azenha et al., 2017). Atualmente o local não invasivo considerado mais fidedigno para estimar a temperatura central é a cavidade oral, a nível sublingual, estando bem correlacionado com os valores de temperatura central. Os outros locais de medição menos fidedignos são a membrana timpânica, o reto e a pele (Azenha et al., 2017).

Embora não haja consenso na literatura acerca do local ideal para medição da temperatura no perioperatório, importa que esta seja medida no mesmo local e utilizando o mesmo método. Há que ter em conta ainda a segurança e conforto da pessoa, o grau de precisão e o nível de invasibilidade do método escolhido (Azenha et al., 2017).

No que diz respeito à frequência da monitorização esta deve ser sempre avaliada antes da indução anestésica. Se a temperatura inicial for menos que 36°C esta deverá ser reportada como incidente crítico e a indução anestésica não se deve iniciar, exceto se a cirurgia for urgente ou emergente. Se a temperatura inicial for maior ou igual a 36°C poderá dar-se início

ao ato anestésico e a temperatura deverá ser monitorizada de forma contínua ou intermitente a cada 15/30 minutos até ao final da cirurgia (Azenha et al., 2017).

3. Definições:

- **Normotermia:** temperatura central entre 36°C e 38°C.
- **Hipotermia:** temperatura central inferior a 36°C, pode ser classificada em:
 - Ligeira 34°- 36°C
 - Moderada 32°- 34°C
 - Severa <32°C
- **Período pré-operatório:** período desde uma hora antes da indução anestésica.
- **Período intraoperatório:** período desde a primeira intervenção anestésica até à transferência do doente para o recobro/Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).
- **Período pós-operatório:** Até 24 horas após a admissão no recobro/UCPA.
- **Conforto Térmico:** Perceção de conforto com a temperatura ambiente. Avaliado com a escala de avaliação de conforto térmico (Anexo I).
- **Medidas de Aquecimento Ativas:** Incluem a utilização de sistemas de aquecimento por ar forçado, cobertores de auto-aquecimento, colchões de aquecimento por circulação de água, sistemas de aquecimento por pressão negativa, cobertores aquecimento elétrico e aquecedores de O₂ inspirado.
- **Medidas de Aquecimento Passivas:** Incluem limitação de exposição cutânea, utilização de lençóis aquecidos, cobertores térmicos, edredons hospitalares, meias, coberturas de cabeça.
- **Pré-aquecimento:** Aquecimento periférico antes da indução anestésica (AESOP, 2017; AST, 2019; Azenha et al., 2017).

4. Orientações:

Nas tabelas seguintes resumem-se as orientações para manutenção da normotermia baseadas nas *Guidelines* da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (Azenha et al., 2017), nas

recomendações da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2017) e complementado com recomendações do protocolo de aquecimento – ERAS (Duren, 2019)

Tabela 1 – Recomendações no período pré-operatório:

Recomendação	Justificação	Nível de Evidência
Identificar os doentes com risco aumentado de desenvolver hipotermia perioperatória inadvertida	Permitir um planeamento mais eficaz das intervenções de prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.	Recomendação Grau I, Nível C
Monitorizar a temperatura 1 a 2 horas antes do início do ato anestésico	Uma temperatura central baixa prévia à intervenção, pode levar a uma maior diminuição da temperatura no intraoperatório e a maior dificuldade no reaquecimento pós-operatório. O conhecimento da existência de hipotermia permite implementar medidas de aquecimento.	Recomendação Grau I, Nível C
Avaliar o nível de conforto térmico do doente	A sensação de desconforto térmico pode sugerir o início da descida da temperatura corporal, contribuído para a deteção precoce da hipotermia e tornar mais rápidas as medidas de aquecimento.	Recomendação Grau I, Nível C
A temperatura do doente deve ser $\geq 36^{\circ}\text{C}$ para ser transferido para o bloco operatório	Se a pessoa se encontrar hipotérmica antes da indução anestésica é mais difícil atingir o retorno à normotermia, pelo que deverá ser pré-aquecida previamente, a menos que se trate de cirurgia urgente ou emergente.	Recomendação Grau IIb, Nível B
Executar medidas de aquecimento passivo	Pela previsível exposição cutânea da pessoa durante a cirurgia é fundamental manter o estado normotérmico e evitar as perdas de calor, que levam à diminuição da temperatura corporal.	Recomendação Grau I, Nível B
Instituir medidas de aquecimento ativo em caso de hipotermia	O pré-aquecimento aumenta a quantidade de calor no compartimento periférico, diminuindo o gradiente de temperatura periférico-central reduzindo a diminuição abrupta da temperatura na fase de redistribuição, logo a seguir à indução anestésica. A duração do pré-aquecimento deverá ser de 10 a 30 minutos. Em crianças o pré-aquecimento deve ser considerado se peso > 15 kg.	Recomendação Grau IIb, Nível B

Tabela 1 – Recomendações no período Intraoperatório:

Recomendação	Justificação	Nível de Evidência
Avaliar a presença de sinais e sintomas de hipotermia (<i>shivering</i> , pilo-ereção, extremidades frias)	A observação de manifestações visíveis de diminuição térmica permite o controlo precoce da hipotermia perioperatória inadvertida.	Recomendação Grau IIb, Nível C
Determinar o nível de conforto térmico da pessoa em contexto de anestesia loco-regional.	A perceção de conforto térmico é um indicador importante da descida de temperatura. Importa ressaltar que na anestesia do eixo neuro-axial a pessoa apresenta alteração da perceção, mesmo em situação de temperatura corporal diminuída.	Recomendação Grau IIb, Nível C
Documentar e comunicar os fatores de risco para hipotermia a todos os elementos da equipa presentes no bloco operatório	O conhecimento dos fatores de risco para a hipotermia da pessoa submetida a intervenção cirúrgica por toda a equipa permitem a aplicação de intervenções preventivas de forma efetiva.	Recomendação Grau I, Nível A
A temperatura da pessoa deve ser avaliada e documentada antes da indução anestésica	Uma temperatura central baixa prévia à intervenção, pode levar a uma maior diminuição da temperatura no intraoperatório e a maior dificuldade no reaquecimento no pós-operatório. O conhecimento da existência de hipotermia permite implementar medidas de aquecimento.	Recomendação Grau I, Nível C
A temperatura deverá ser avaliada de forma contínua ou intermitente a cada 15/30 minutos até ao final do procedimento anestésico	A fase intraoperatória, especialmente na hora seguinte à indução anestésica é aquela em que ocorre descida mais acentuada da temperatura corporal. A monitorização rigorosa da temperatura permite aos profissionais implementar medidas para a sua manutenção e prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida.	Recomendação Grau I, Nível C
Deve ser adotado o mesmo método de medição da temperatura durante todo o período perioperatório	Permite a comparação fidedigna dos valores obtidos.	Recomendação Grau I, Nível C
Os valores extremos de temperatura (<35,0°C e >39,0°C) devem ser interpretados cuidadosamente	A medição de temperatura a nível periférico apresenta temperaturas geralmente 2 a 4°C abaixo da temperatura	Recomendação Grau I, Nível C

quando a temperatura for avaliada em locais cujos valores obtidos são uma estimativa da temperatura central	central e poderá ser pouco precisa e variar consoante o rigor da medição.	
No intraoperatório a pessoa deverá encontrar-se devidamente protegida e ser apenas exposta a partir do início da preparação cirúrgica.	Prevenir a exposição desnecessária ao ambiente frio da do bloco operatório de modo a preservar o calor corporal. Quanto maior for o tempo de exposição maior será a perda de calor.	Recomendação Grau I, Nível C
A temperatura do bloco operatório deve ser regulada para os 21°C enquanto existe exposição corporal	Temperaturas ambientais menores que 20°C aumentam exponencialmente o risco de hipotermia perioperatória inadvertida.	Recomendação Grau I, Nível C
Todas as pessoas propostas para procedimento cirúrgico com duração superior a 30 minutos devem ser aquecidos ativamente durante a cirurgia. Caso a pessoa tenha sido pré-aquecida, o aquecimento ativo no intraoperatório só deve ser efetuado se a duração do procedimento cirúrgico for inferior a 60 minutos.	A exposição cutânea e dos tecidos corporais à temperatura ambiente é uma causa inevitável de diminuição da temperatura no intraoperatório. A sua intensidade é variável com o tipo de cirurgia e ao tempo de duração. Quando utilizados sistemas de aquecimento de ar quente forçado a temperatura inicial deve ser a máxima e depois ajustada de modo a manter a temperatura corporal no mínimo de 36,5°C.	Recomendação Grau I, Nível C
O aquecimento de soros no intraoperatório deve ser realizado quando o ritmo de perfusão exceder os 500ml/h	A administração de grandes volumes de fluidos correlaciona-se com a diminuição da temperatura central. O seu aquecimento a 37,0°C está recomendado quando as taxas de infusão excedem os 500 ml/h e em crianças quando são previstas infusões de mais de 30 mL/kg. Os sistemas mais eficazes para o efeito são os que permitem visualizar a temperatura durante a administração, nomeadamente os que permitem o aquecimento das linhas de infusão.	Recomendação Grau IIa, Nível B
Os fluidos de irrigação usados no intraoperatório devem ser pré-aquecidas a uma temperatura entre 38,0 e 40,0°C	Os aquecimentos das soluções de irrigação podem contribuir para o reaquecimento corporal.	Recomendação Grau IIb, Nível B

No que diz respeito ao aquecimento de componentes sanguíneos as alterações na temperatura podem promover a proliferação bacteriana, provocar hemólise, interferir na viabilidade e metabolismo celular dos componentes. Na opinião de especialista apenas os concentrados eritrocitários poderão justificar o aquecimento na infusão rápida de grandes volumes, como em situações de trauma. Se efetuado o seu aquecimento deverá ser registado em processo clínico (Azenha et al., 2017).

Período Pós-operatório:

Após a intervenção cirúrgica, idealmente a pessoa deverá ter uma temperatura à saída da sala > 36°C, ausência de sinais ou sintomas de hipotermia (*shivering*, pilo-ereção e extremidades frias) e verbalizar conforto térmico.

Após a admissão no recobro/UCPA a pessoa deverá ser novamente submetida a uma avaliação inicial (reavaliados os fatores de risco para hipotermia perioperatória; avaliada a temperatura na admissão; documentado e comunicado o risco identificado a todos profissionais; determinado o nível de conforto térmico; detetados sinais e sintomas de hipotermia);

Caso a pessoa esteja normotérmica na admissão no recobro/UCPA:

- Manter as medidas de aquecimento passivo;
- A temperatura ambiente deverá ser > 24°C;
- Reavaliar o conforto térmico regularmente;
- Monitorizar a temperatura antes da alta para internamento/domicílio;
- Reavaliar temperatura se a pessoa apresentar sinais ou sintomas de hipotermia ou verbalizar desconforto térmico.

Caso a pessoa esteja hipotérmica na admissão:

- Iniciar medidas de aquecimento ativo;
- Reavaliar regularmente o conforto térmico;
- Avaliar a temperatura de 15-15 min até atingir a normotermia
- Considerar medidas complementares de aquecimento como aquecimento dos soros endovenosos ou aquecimento de O₂ inspirado.

Antes da Alta do Recobro/UCPA:

- Avaliar a temperatura antes da alta (valor de temperatura corporal mínima deverá ser de 36°C)
- Ensino à pessoa e orientação aos profissionais envolvidos sobre métodos de manutenção da normotermia (administração de fluidos à temperatura ambiente, temperatura ambiente deverá ser >24°C, deverá usar mais peças de roupa/ cobertores)

5. Considerações Finais

A prevenção de hipotermia perioperatória associa-se a diversos benefícios, nomeadamente: maior satisfação da pessoa submetida a intervenção cirúrgica e diminuição da ansiedade; menor índice de infeção do local cirúrgico; menores perdas sanguíneas e necessidade de transfusão de componentes sanguíneos; diminuição de tempo de permanências nas unidades de recobro/UCPA; menor tempo de ventilação mecânica invasiva e de internamento em unidades de cuidados intensivos; diminuição da mortalidade e diminuição dos custos em saúde (AESOP, 2017). Perante estes dados torna-se imperativa a necessidade de prevenir a ocorrência de hipotermia perioperatória na qual toda a equipa deve ser envolvida.

6. Referências Bibliográficas

AESOP. (2017). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

AST. (2019). AST Guidelines for Best Practice in Maintaining Normothermia in the Perioperative Patient. https://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/ASTGuidelinesNormothermia.pdf

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Luísa Macedo, A., & Gomes, M. (2017). Consensos De Manutenção Da Normotermia No Período Perioperatório.

DGS. (n.d.). Normas Clínicas Graus de Graus de Recomendação e Níveis de Evidência. Retrieved November 29, (2022). https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Graus_Recomendacao_Niveis_Evidencia.pdf

Duren, A. (2019). Technical Report An Evidence-based Warming Protocol Compliant with the ERAS ® Society Guidelines Recommendation for Perioperative Normothermia - Version 10. <https://multimedia.3m.com/mws/media/1758781O/eras-compliant-perioperative-normothermia-protocol.pdf>

Fuganti, C. C. T., Martinez, E. Z., & Galvão, C. M. (2018). Effect of preheating on the maintenance of body temperature in surgical patients: A randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2559.3057>

Martins, A. (2015). Adaptação Da Escala Do Conforto Térmico Para a População Portuguesa [Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Oden, N. T., Doruker, N. C., & Korkmaz, D. F. (2022). Compliance of Health Professionals for Prevention of Inadvertent Perioperative Hypothermia in Adult Patients: A Review. *AANA Journal*, 90(4), 281–287. <https://www.researchgate.net/publication/362491857>

Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., João Costa, M., & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: perspetiva do enfermeiro. 2(1).

Anexo I - Escala do conforto térmico validada para a população portuguesa

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à situação de maior ou menor conforto que a pessoa sente durante a sua hospitalização. Por favor, assinale com um círculo o valor de cada resposta na quadrícula adequada.

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo / Nem concordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
--------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------	--------------------------

Item nº	Descrição	Classificação				
1	Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	1	2	3	4	5
2*	Sinto a cadeira/cama fria	1	2	3	4	5
3	A temperatura ambiente está amena	1	2	3	4	5
4	Sinto-me confiante	1	2	3	4	5
5	Sinto privacidade suficiente	1	2	3	4	5
6*	Sinto tremores no corpo	1	2	3	4	5
7*	Sinto-me ansioso	1	2	3	4	5
8*	Sinto frio	1	2	3	4	5
9*	Sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

* Itens invertidos

Fonte: Martins, 2015, p. 85

Escala Visual Analógica de Conforto Térmico



Fonte: Martins, 2015, p. 66

Anexo II - Graus de Graus de Recomendação e Níveis de Evidência

Graus de Recomendação	
Grau de Recomendação	Descritivo
Grau I	Existem evidências e/ou consenso de que determinado procedimento/tratamento é benéfico, é útil e eficaz.
Grau II	Existem evidências contraditórias e/ou divergência de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou procedimento.
Grau II a	Evidências/opinião majoritariamente a favor da utilidade/eficácia
Grau II b	Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião
Grau III	Existem evidências e/ou consenso de que determinado procedimento/tratamento não é benéfico/ eficaz e poderá ser em certas situações prejudicial.

Níveis de Evidencia	
Nível de evidencia	Descritivo
A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos randomizados ou meta-análises
B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico randomizado ou estudos alargados não randomizados.
C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

Fonte: Adaptado de (DGS, n.d.)

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de Participação no 2º Encontro de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental



2^o ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE

"Partilhar para crescer"

7-8 OUTUBRO 2022
FÓRUM LISBOA

Certificado de Participação

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

Susana Veiga Jesus

Participou no 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica com carga horária de 17 horas.

A Comissão Executiva

Rita Reis

Sandra Ponte

Susana Gaspar



Anexo 2 – Certificado de Participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO


CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Susana Jesus, Madalena Santo; Prof. Dra. Filipa Veludo; Prof. Dra Rita Marques** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 34 com o tema *Intervenções Eficazes na Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico na pessoa Submetida a Transplante de Órgão Sólido: uma scoping review* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



