



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  

---

LISBOA-PORTO

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

# **Cuidados de Enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante para o autocuidado**

Por Alexandra Cabral

Lisboa 2022



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  

---

LISBOA-PORTO

# **Cuidados de Enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante para o autocuidado**

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

**Por Alexandra Cabral**

**Sob a orientação da Prof. Doutora Manuela Madureira**

Lisboa, 2022

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, o sonho não tem alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar os seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por omitir!”

Augusto Cory



## RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica (EEMC) constituiu uma estratégia fundamental para a aquisição de níveis elevados de pensamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências específicas que visam melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente adulto em situação crítica e/ou falência orgânica, a um nível mais profundo de conhecimento e habilidades.

Este relatório pretende dar visibilidade às soluções desenvolvidas para as situações/problema identificadas, refletir nas e sobre as atividades realizadas e as suas implicações éticas e sociais e comunicar adequadamente as conclusões retiradas no decorrer do Estágio na Unidade Cuidados Intensivos da Cirurgia Cardiorácica e serviço de Urgência Geral Polivalente. Este relatório tem como objetivo dar a conhecer a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar soluções, demonstrar a capacidade de refletir sobre as ações realizadas. Com este trabalho pretende-se, também, demonstrar a importância do estágio na aquisição de competências e da necessidade da constante mobilização de conhecimentos, necessários ao percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional indispensáveis ao pleno desempenho da função de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica e mestre. Ao longo dos estágios realizados em contexto de cuidados intensivos e recobro e serviço de urgência aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências científicas, técnicas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica respondendo prontamente às suas necessidades complexas e aos focos de instabilidade.

Com o fim de desenvolver as competências de mestre, surgiu a realização de uma revisão *scoping* onde se pretendeu mapear na literatura os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado.

Ao terminar este percurso de aprendizagem considero ter atingido os objetivos, onde sublinhamos o grande contributo dado ao meu desenvolvimento pessoal e profissional que com certeza se revelará essencial na minha ação futura, fornecendo ferramentas para melhoria da qualidade da prática, num perseguir a excelência de cuidados.

**Palavras-chave:** Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem Especializada, Transplante de órgão, Autocuidado

## **ABSTRACT**

The Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing (EEMC) was a fundamental strategy for the acquisition of high levels of critical thinking and decision-making, translated into a set of specific skills that aim to improve the nursing care provided to the patient. adult in critical situation and/or organ failure, to a deeper level of knowledge and skills.

This report intends to give visibility to the solutions developed for the situations/problems identified, to reflect on and about the activities carried out and their ethical and social implications and to adequately communicate the conclusions drawn during the Internship at the Cardiothoracic Intensive Care Unit (ICUT and Emergency Department). General polyvalent. This report aims to show the ability to identify and analyze problems, develop strategies, implement solutions, demonstrate the ability to reflect on the actions taken. With this work I also intend to demonstrate the importance of the internship in the acquisition of competences and the need for constant mobilization of knowledge, necessary for the path of learning and personal and professional enrichment, indispensable for the full performance of the role of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing and teacher.

During the internships carried out in the context of intensive care and recovery and emergency services, I deepened my knowledge and developed scientific, technical and relational skills in the specialized care of the person in a critical situation, responding promptly to their complex needs and the outbreaks of instability,

In order to develop the skills of a master, the scoping was created, where it was intended to map the nursing care in the literature in the training of the person undergoing organ transplantation for self-care.

At the end of this learning path, I consider that I have achieved the objectives where we underline the great contribution given to my personal and professional

development, which will certainly prove to be essential in my future action, providing tools to improve the quality of practice, in a pursuit of excellence in care.

**Keywords:** Person in Critical Situation, Specialized Nursing, Organ transplant, Self-care

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ADR – Atendimento de Doentes do foro Respiratório;

ADP – Atendimento de Doentes Positivos (SARS-COV2)

AUGPCI - Área da Urgência Geral e Polivalente e Cuidados Intensivos

BIA-Balão Intra-Aórtico

ECMO- *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

CRRNEU – Comissão Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CHULC-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UGP – Urgência Geral e Polivalente

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

A.O.– Assistentes operacionais

TA- Tensão Arterial

FC-Frequência Cardíaca

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.(a) – enfermeiro(a)

CODU-Centro de Orientação de Doentes Urgentes-INEM

AVC-Acidente Vascular Cerebral

PSP-Polícia segurança Pública

PSC- Pessoa em situação crítica

SU – Serviço de Urgência

UCICCT-Unidade Cuidados Intensivos da Cirurgia Cardiorácica

UCI-Unidade de cuidados intensivos

MS-Ministério da Saúde



## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ORGÃO PARA O AUTOCUIDADO- UMA REVISÃO DE SCOPING.....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 2 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO .....</b>	<b>38</b>
2.1. Unidade de Cuidados Intensivos .....	38
2.2. Serviço de Urgência.....	48
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>
ANEXO 1– Certificado de Apresentação do Póster “Cuidados de Enfermagem na Capacitação da Pessoa Submetida a Transplante para o Autocuidado – Revisão Scoping” .....	74
ANEXO 2–Certificado de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem- “Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro”	76
ANEXO 3–Certificado de participação no Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem- “Enfermagem Especializada: um Valor Em Saúde” .....	78
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>81</b>
APÊNDICE 1 – Póster “Cuidados de Enfermagem na Capacitação da Pessoa Submetida a Transplante para o Autocuidado – Revisão Scoping” .....	<b>82</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama PRISMA .....	29
---------------------------------	----



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I: Resultados da revisão de <i>scoping</i> .....	30
---	----

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde (Lisboa) e foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, objetivando a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

A excelência do exercício profissional em enfermagem exige compromisso e dedicação, sendo um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. Atendendo ao ritmo acelerado com que surgem as inovações e as mudanças do mundo atual, a formação assume um papel fundamental, e cabe a cada enfermeiro, no contexto da sua prática, assumir o compromisso da autoformação e investigação, refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Atendendo aos objetivos definidos no guia da unidade curricular Estágio Final e Relatório e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidas no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, e as Competências Comuns definidas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro associados às necessidades e objetivos pessoais de aprendizagem, foram definidos como objetivos gerais e específicos para os estágios de cuidados intensivos e urgência:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa e família que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequada.

E como objetivos específicos:

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa/família em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos.

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/ família em situação crítica com risco de disfagia pós ventilação mecânica invasiva, submetidos a cirurgia cardíaca.

E para o estágio em serviço de urgência foi definido o seguinte objetivo geral:

- Desenvolver competências técnico-científicas, éticas, comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, e família em contexto de serviço de urgência.

Como objetivos específicos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família;
- Desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017, p.5), o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica deve ser capaz de planear, implementar e avaliar planos de intervenção de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família alvo dos cuidados, visando a “deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação”. Assim, neste primeiro contacto com a prestação de cuidados de enfermagem numa perspectiva especializada, revela-se essencial um processo de aprendizagem que assente na observação, colaboração, análise e reflexão em conjunto com os orientadores clínicos acerca da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, de forma a ser um ponto de partida para criar uma base de conhecimento e desenvolver competências que contribuam para a construção pessoal e profissional do enfermeiro especialista.

Estas competências envolvem dimensões como educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Na formação em enfermagem, o estágio revela-se importante *“para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão das práticas”* (Simões, Alarcão e Costa, 2008, p. 91-108).

Na sua especificidade, os cuidados de enfermagem visam uma intervenção, holística e diferenciada ao indivíduo, família e/ou comunidade, sendo que, cada vez mais, os cuidados de enfermagem devem assentar num corpo de conhecimentos sólidos, atualizados e especializados, pois tal como nos diz Benner (2001, p.199) *“para fazer face às mudanças internas e externas que afetam a profissão, é extremamente necessário propor perspectivas de carreira às enfermeiras. Os progressos de medicina alargaram o papel e aumentaram as responsabilidades da enfermeira”*. Desta afirmação destaca-se a exigência que se impõe à classe de enfermagem em ser uma profissão com um campo de intervenção cada vez mais específico e competente. Por isso, a especialização em Enfermagem é um complemento para a construção da identidade de um enfermeiro; é um alargar de aprendizagem e um aprofundar de conhecimentos numa área específica. As competências do enfermeiro desenvolvem-se, de acordo com Benner (2001), ao longo da sua vida profissional, de forma gradual e temporal, sendo o seu desenvolvimento condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais do sujeito.

O Capítulo 1 deste relatório é dedicado à questão de investigação:” Quais o cuidado de Enfermagem, para a capacitação do autocuidado da pessoa submetida a transplante”, feita conjuntamente com a colega de mestrado Isaura Pinto, porque ambas exercemos funções no mesmo centro Hospitalar de Lisboa Central e no nosso exercício profissional diário lidamos com doentes transplantados, daí a motivação para este aprofundar de conhecimento e desenvolver competências sobre este tema e simultaneamente desenvolvermos competências de investigação concorrentes para o grau de mestre.

No capítulo 2, apresento o que foi desenvolvido em estágio objetivando dar consecução aos objetivos delineados, onde se faz uma breve contextualização dos serviços, dos objetivos, das atividades desenvolvidas e das reflexões promovidas.

O estágio foi realizado numa unidade de cuidados intensivos de cardiotorácica e num serviço de urgência, ambos serviços de um Hospital Central de Lisboa.

A opção por estes locais de estágio recaiu em duas razões fundamentais. Por um lado, este centro hospitalar, reúne todas as condições para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC), na medida em que é reconhecido como diferenciador, onde se prestam cuidados de saúde de várias especialidades, funcionando com uma urgência de nível II, ou seja, polivalente, recebendo qualquer tipo de doente em estado crítico e sob a abrangência de várias especialidades médicas, com urgência aberta 24 horas por dia. Por outro lado, permite conhecer as políticas internas de prestação de cuidados, gestão, supervisão, formação e investigação de outros serviços com os quais trabalho em intercolaboração, compreendendo a dinâmica do processo de cuidar em termos de continuidade de cuidados intra-hospitalares, promovendo uma intervenção mais ativa e a um estar mais desperta para outras situações, tanto no local onde exerço, como na própria Instituição.

O estágio teve início na UCICCT do referido Centro Hospitalar, entre 19 de abril a 04 de junho de 2021. A escolha da referida Unidade deve-se ao facto de haver um particular interesse em aprofundar conhecimentos e competências na área de cuidados intensivos. Esta realidade na prática de enfermagem foi objeto de reflexão ao longo do estágio, no sentido de compreender as dimensões dos cuidados prestados em cuidados intensivos, no qual o enfermeiro, nomeadamente o Enfermeiro Especialista, profissional dotado de competências técnicas e singulares do ponto de vista da relação e comunicação, deve ser referência (Ordem Enfermeiros, 2018).

A segunda parte do estágio foi realizada no Serviço de Urgência (SU) entre 6 de setembro de 2021 e 27 de setembro de 2021 na UGP do mesmo centro hospitalar. Segundo nos diz Lazear (2001), enfermagem de urgência é a prestação de cuidados em indivíduos, de todas as idades, que apresentem alteração da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras informações. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e, normalmente agudos, o que exige aos profissionais de enfermagem um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas.

A componente prática assume um papel impreterível na formação do Enfermeiro Especialista, ao privilegiar o desenvolvimento de competências e consolidação de saberes teórico-práticos, tendo por base uma reflexão contínua sobre a prática clínica especializada, no sentido da constante melhoria de cuidados (Almeida & Ribeiro, 2009).

Neste sentido, este trabalho visa descrever de modo crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso de estágio, de forma a dar respostas aos objetivos traçados, às situações/problema detetadas e apresentar as estratégias implementadas, evidenciando as competências profissionais adquiridas e desenvolvidas na área da EEMC para assistência ao doente adulto e idoso com doença grave em estado crítico, baseada numa prática de Enfermagem Avançada.

O presente relatório está elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA 7ª edição) e em consonância com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

## **CAPÍTULO 1 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO PARA O AUTOCUIDADO- UMA REVISÃO DE SCOPING**

Neste capítulo apresento a revisão de *scoping* realizada no âmbito do presente relatório.

A revisão sistemática da literatura ou *scoping*, tem como objetivo resumir toda a informação existente sobre um fenômeno de maneira imparcial e completa.

### **RESUMO**

**Introdução:** desde o final do século XX, com os avanços científicos e tecnológicos, assistimos a um crescimento da transplantação, enquanto opção terapêutica para a pessoa com falência terminal de órgão. Reconhecemos, porém, que a realização de um transplante implica mudanças e adaptações na vida diária da pessoa submetida a transplante e da família, nas quais o enfermeiro assume particular importância, enquanto facilitador do processo de transição, no sentido de desenvolver intervenções, em parceria com a pessoa submetida a transplante, que permitam a capacitação para o autocuidado, tendo em conta a nova condição de saúde.

**Objetivo:** mapear e avaliar a extensão da literatura sobre os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado.

**Método:** Este estudo consiste numa revisão de *scoping*, recorrendo às bases de dados incluídas na Plataforma EBSCO *Host*; *Scielo*, B-On, LILACS-BVS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Biblioteca Virtual em Saúde) e *Veritati* - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa, seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Os descritores DeCS/MeSH utilizados foram “transplantação”; “transplante de órgão”; “cuidado de enfermagem” e “autocuidado”. As palavras-chave utilizadas foram “intervenção de enfermagem” “terapêuticas de enfermagem”; “empoderamento” e “gestão do regime terapêutico”. Os descritores DeCS/MeSH e as palavras-chave foram validados também na língua inglesa

e castelhana e conjugados com os operadores booleanos “OR” e “AND”. Pretendeu-se dar resposta à questão de investigação “Quais os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado?”. A pesquisa foi realizada entre setembro e dezembro de 2021 e os critérios de seleção e de inclusão foram definidos de acordo com o acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto), em que a população (P) se refere à pessoa submetida a transplante; o conceito (C) diz respeito aos cuidados de enfermagem e o contexto (C) refere-se à capacitação para o autocuidado. Como outros critérios de inclusão definimos: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos submetidas a transplante de qualquer órgão sólido, qualquer tipo de estudo em inglês, português e castelhano publicado nos últimos 10 anos.

**Resultados:** após pesquisa com os descritores supracitados foram identificados 1218 artigos. Atendendo aos critérios de inclusão, foram incluídos 8 artigos análise. Na análise dos resultados obtidos, optamos por agrupar os cuidados de enfermagem em categorias, nomeadamente “gestão do regime terapêutico”, “adaptação a novos estilos de vida”, “prevenção de infeção” e “adaptação psicossocial”.

**Conclusão:** com esta revisão concluímos que a capacitação da pessoa submetida a transplante para o autocuidado assume-se como uma área central do cuidado em enfermagem, sendo diferenciadora na medida em que promove a autonomia e independência da pessoa transplantada na gestão do seu autocuidado, envolvendo também a família no processo de cuidados, com vista a obtenção de mais ganhos em saúde, dando ênfase não só à componente fisiopatológica da pessoa, mas também à sua componente holística.

**Descritores Decs (Descritores em Ciências da Saúde):** transplantação; transplante de órgão; cuidado de enfermagem; autocuidado.

**Palavras-chave:** intervenção de enfermagem; empoderamento; gestão do regime terapêutico.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Since the end of the 20th century, with the scientific and technological advances, we have seen an increase in transplantation as a therapeutic option for people with terminal organ failure. We recognize, however, that carrying out a transplant implies changes and adaptations in the daily life of the person undergoing a transplant and the family, in which the nurse assumes particular importance, as a facilitator of the transition process, by developing interventions, in partnership with the

person undergoing a transplant, which allow capacitation for self-care, taking into account the new health condition.

**Objective:** To map and evaluate the extent of the literature on nursing care in the capacitation of people undergoing an organ transplant for self-care.

**Method:** This study consists of a scoping review, using the databases included in the EBSCO Host Platform; Scielo, B-On, LILACS-BVS (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences – Virtual Health Library) and Veritati - Institutional Repository of the Portuguese Catholic University, following the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. The DeCS/MeSH descriptors used were “transplantation”; “organ transplant”; “nursing care” and “self-care”. The keywords used were “nursing intervention” “nursing therapeutics”; “empowerment” and “therapeutic regimen management”. DeCS/MeSH descriptors and keywords were also validated in English and Spanish and conjugated with the Boolean operators “OR” and “AND”. It was intended to answer the research question “What are the nursing care in the training of the person undergoing organ transplantation for self-care?”. The survey was carried out between September and December 2021 and the selection and inclusion criteria were defined according to the acronym PCC (Population, Concept and Context), in which the population (P) refers to the person undergoing a transplant; the concept (C) refers to nursing care and the context (C) refers to the training for self-care. As other inclusion criteria, we defined: people aged 18 years or over undergoing a solid organ transplant, any type of study in English, Portuguese and Spanish published in the last 10 years.

**Results:** After searching with the aforementioned headings, 1218 articles were identified. Given the inclusion criteria, 8 analysis articles were included. In analyzing the results obtained, we chose to group nursing care into categories, namely “therapeutic regimen management”, “adaptation to new lifestyles”, “infection prevention” and “psychosocial adaptation”.

**Conclusion:** With this review, we conclude that the capacitation of the person undergoing a transplant for self-care is assumed as a central area of nursing care, being differentiating insofar as it promotes the autonomy and independence of the transplanted person in the management of their self-care, also involving the family in the care process, with a view to obtain more health gains, emphasizing not only the person's pathophysiological component, but also its holistic component.

**Headings Mesh (Medical Subject Headings):** *transplantation; organ transplantation; nursing care; self care.*

**Keywords:** *nursing interventions; empowerment, management of therapeutic regimen.*

## **INTRODUÇÃO**

Desde 1983, os transplantes passaram a ser considerados uma opção terapêutica num número crescente de pessoas com falência terminal de órgão, existindo uma expansão da atividade de transplantação por todo o mundo (Duarte, 2004) .Apesar dos benefícios do transplante e da sua importância na esperança e na qualidade de (Câmara, 2016)vida da pessoa transplantada, a sua realização implica mudanças e adaptações na vida diária da pessoa, de forma a prevenir a infecção e rejeição do novo órgão.

O regime terapêutico após o transplante de órgãos sólidos (coração, pulmão, rim, pâncreas e fígado) é complexo, envolvendo a necessidade de adesão à medicação imunossupressora, ao consumo limitado ou abstinência total de álcool, à cessação tabágica, à realização de atividade física, à adoção de hábitos alimentares saudáveis, entre outros (Soares, 2020). Muitas pessoas submetidas a transplante lutam para integrar este regime na sua vida diária, existindo ainda uma elevada taxa de não adesão relatadas, principalmente, nas áreas relacionadas com atividade física, regime medicamentoso e hábitos alimentares. A não adesão ao regime terapêutico aumenta o risco de rejeição, de doenças cardiovasculares, de comorbidades metabólicas e, em último caso, de mortalidade (Vanhoof et al., 2018).

Os enfermeiros desempenham um papel importante na melhoria da capacidade de adaptação à nova condição de saúde que a pessoa submetida a transplante enfrenta, enquanto “facilitadores do processo de transição, pela sua maior proximidade e conhecimento da realidade e necessidades da pessoa” (Mota L. R., 2011) preparando-a “(...) para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença (Meleis., 2000)Assim, o enfermeiro deve delinear, em parceria com a pessoa submetida a transplante, estratégias para a manutenção e promoção da saúde, em resposta às necessidades da mesma, promovendo a capacitação para o autocuidado.

Segundo (Orem, 2001), o autocuidado consiste na “(...) prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”. A pessoa desenvolve comportamentos de autocuidado através das ações que realiza tendo em vista a manutenção da vida, da sua saúde e na continuação do desenvolvimento pessoal e bem-estar. De acordo com Orem (2001, p. 245), existem

fatores condicionantes básicos que influenciam o autocuidado e que são definidos como “fatores internos ou externos aos indivíduos que afetam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário”. São considerados fatores condicionantes básicos a idade, o sexo, o estado de saúde, o estado de desenvolvimento, a orientação sociocultural, os fatores associados ao sistema de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos. Assim, o autocuidado pode ser entendido como um resultado do cuidado de enfermagem, estando associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal.

Segundo (Mota L. R., 2011), é fundamental que o enfermeiro seja facilitador do processo de transição, tendo em conta as dimensões intrínsecas e extrínsecas à pessoa. Neste sentido, o enfermeiro deve ser capaz de identificar o tipo de transição que a pessoa está a vivenciar para que possa desenvolver um plano de intervenção que seja adequado às suas necessidades reais. As transições vivenciadas pela pessoa submetida a transplante implicam uma mudança drástica em todo o contexto onde a pessoa está inserida, motivando um conjunto de necessidades complexas. Neste sentido, como foco de atenção no plano de intervenção é importante que se inclua, não só o conhecimento acerca da medicação imunossupressora e dos sinais/sintomas de rejeição, mas também a adaptação da pessoa à nova condição, promovendo o encontro de uma identidade saudável, na qual estão integradas o seu julgamento e a sua percepção do corpo (Forsberg, 2002).

Segundo (Pena, 2020), o sucesso do transplante depende da participação da pessoa no processo de autocuidado e do seu envolvimento no processo de cuidados. Assim, é essencial que o plano de intervenção seja desenvolvido numa parceria entre o enfermeiro e a pessoa submetida a transplante, indo de encontro às suas necessidades reais, capacitando a mesma para o autocuidado e promovendo a sua saúde e bem-estar.

Assim surge o presente estudo, com o objetivo de mapear e avaliar a extensão da literatura sobre os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado.

## **METODOLOGIA**

Este estudo consiste numa revisão de *scoping*, segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (Peters, 2021). A questão de investigação delineada foi: “Quais os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado?”. Os critérios de seleção e de inclusão foram definidos de acordo

com o acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto), em que a população (P) se refere à pessoa submetida a transplante; o conceito (C) diz respeito aos cuidados de enfermagem e o contexto (C) refere-se à capacitação para o autocuidado. Como outros critérios de inclusão definimos: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos submetidas a transplante de qualquer órgão sólido, qualquer tipo de estudo em inglês, português e castelhano publicado nos últimos 10 anos.

Como descritores Decs (Descritores em Ciências da Saúde) / Mesh (*Medical Subject Headings*) foram utilizados os seguintes: transplantação (*transplantation*); transplante de órgão (*organ transplantation*) cuidado de enfermagem (*nursing care*); autocuidado (*self care*).

Como palavras-chave foram utilizadas as seguintes: intervenção de enfermagem (*nursing intervention*); terapêuticas de enfermagem (*nursing therapeutics*); empoderamento (*empowerment*), gestão do regime terapêutico (*management of therapeutic regimen*).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados incluídas na Plataforma EBSCO Host; Scielo, B-On, LILACS-BVS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Biblioteca Virtual em Saúde) e Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

### **Estratégia de pesquisa**

A pesquisa foi efetuada durante o período de setembro a dezembro de 2021.

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*, *Cochrane Clinical Answers* a pesquisa foi realizada através da Plataforma EBSCO Host e foi utilizada a seguinte equação de pesquisa: “*Organ transplant\* OR transplant\* AND nurs\* OR nursing care OR nursing intervention\* OR nursing therapeutic\* AND self care OR empowerment OR selfmanagement OR management of therapeutic regimen*”. Com esta pesquisa obtivemos 597 artigos, conforme apresentado na figura 1, dos quais 202 eram duplicados.

Na plataforma B-On, foi utilizada a equação de pesquisa: “*Organ transplant\* OR transplant\* AND nurs\* OR nursing care OR nursing intervention\* OR nursing therapeutic\* AND self care OR empowerment OR self management OR management of therapeutic regimen*”. Com esta pesquisa obtivemos 1059 artigos, conforme apresentado na figura 1, dos quais 342 eram duplicados.

Na plataforma Scielo, utilizamos a equação de pesquisa “*Organ transplant\* OR transplant\* AND self care OR empowerment OR self management OR management of therapeutic regimen*” e obtivemos 27 artigos, conforme apresentado na figura 1, nenhum dos quais duplicado.

Na plataforma LILACS-BVS, utilizamos a equação de pesquisa “transplante de órgãos AND enfermagem” e obtivemos 44 resultados, conforme apresentado na figura 1, nenhum dos quais duplicado.

No *Veritati* - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa, foi utilizada a equação de pesquisa “*Organ transplant\* OR transplant\* AND self care OR empowerment OR self management OR management of therapeutic regimen*” e obtivemos 35 artigos, conforme apresentado na figura 1, nenhum dos quais duplicado.

Assim, resultaram da pesquisa 1218 artigos após exclusão dos duplicados. Pela leitura do título foram excluídos 1128 artigos e pela leitura do resumo foram excluídos 76 artigos, ficando 14 para leitura do texto integral. Após a mesma, com base nos critérios de seleção previamente definidos foram excluídos 6 artigos, tendo sido selecionados 8 artigos para análise.

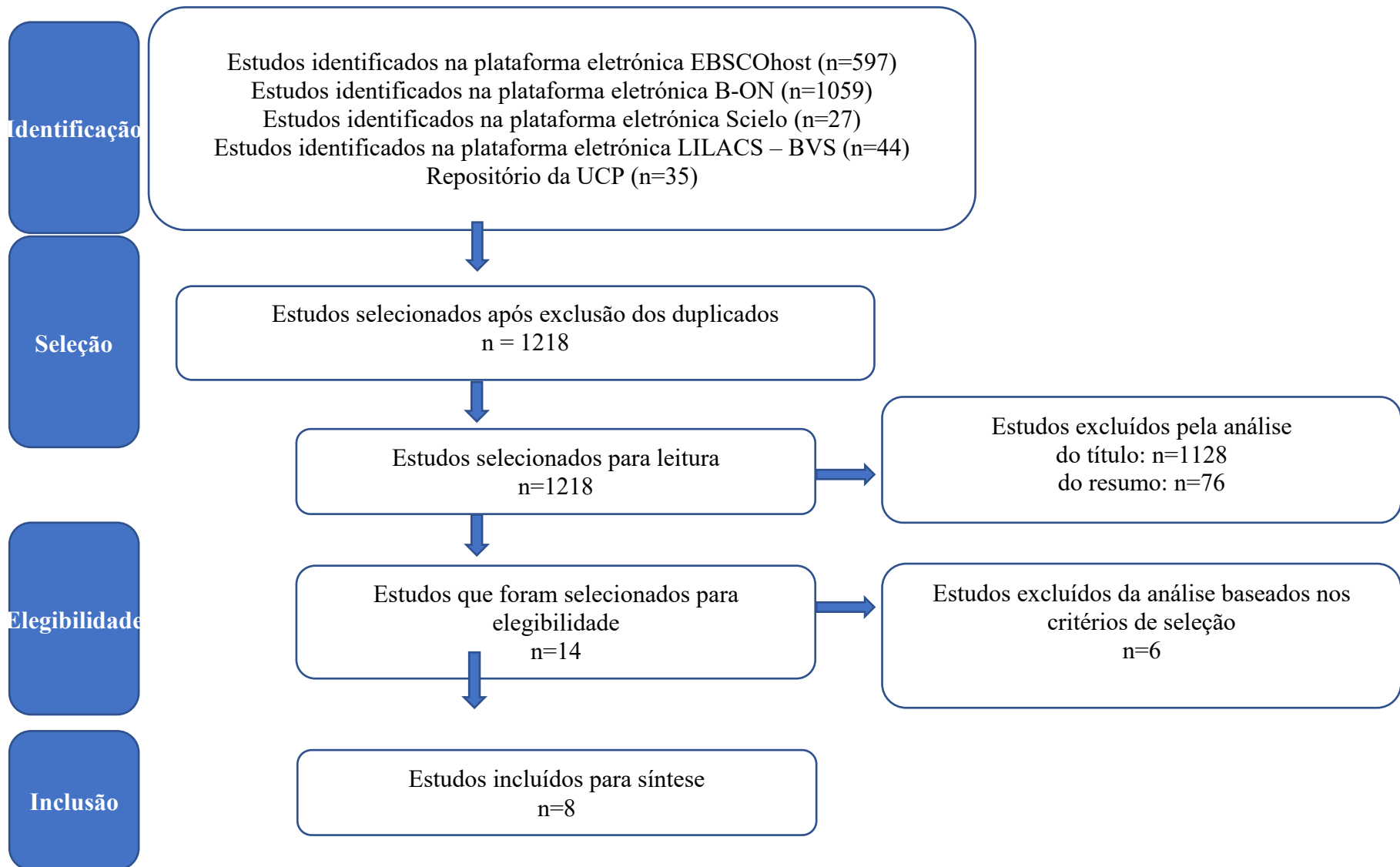


Figura 1: Diagrama PRISMA

## RESULTADOS

Quadro I: Resultados da revisão de *scoping*

Autor e ano de publicação/ País	Objetivo do estudo	Metodologia / Amostra	Resultados
(Câmara et al., 2016), Brasil	Descrever a vivência da enfermagem na implementação de estratégias de aprendizagem em imunossupressão para pessoas submetidas a transplante renal.	Estudo qualitativo, descritivo, realizado numa unidade de transplante renal, com uma amostra de 151 pessoas submetidas a transplante renal. Para a obtenção dos dados, utilizaram-se entrevistas e oficinas temáticas.	As estratégias adotadas pelos enfermeiros foram adaptadas à situação da pessoa transplantada a nível do planeamento, implementação e intervenção, favoreceram a capacitação para o autocuidado e a adesão ao tratamento, com impacto na sua qualidade de vida. Nas pessoas sem défice cognitivo a utilização de uma estratégia discursiva, com recursos visuais e disponibilização de um formulário em papel A4, sendo digitalizados os nomes dos medicamentos imunossupressores, além de outros (anti-hipertensivos, diuréticos e estatinas), com as respetivas doses e horários; nas pessoas com défice cognitivo foi utilizada uma estratégia do discurso repetitivo com recursos visuais e ilustração, com recurso a uma folha de papel A4 em que são apresentados os horários dos medicamentos, com a hora e o desenho do sol (dia) e da lua (noite). Nos espaços de cada horário foi feita a colagem do número de cápsulas/comprimidos/drageias correspondendo à dose, ao tipo de imunossupressor ou a outros medicamentos em uso.
(Mahdizadeh et al., 2020), Irão	Descrever as estratégias para melhorar a educação para a saúde da pessoa submetida a transplante renal	Estudo qualitativo, com uma amostra de 24 participantes. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com 14 participantes (3 pessoas submetidas a transplante, 7 profissionais de saúde) e entrevistas com dois <i>focus group</i> , um com 5 enfermeiros e outra com 5 familiares de pessoas submetidas a transplante (cuidador principal).	A transformação do atual programa de educação da pessoa para o Programa de Educação Centrada na Pessoa e na Família (PFCE) é essencial para aumentar a eficácia da educação da pessoa no processo de transplante renal. As estratégias para atingir esse objetivo foram categorizadas em quatro categorias principais, incluindo “educação contínua da pessoa e da família” (educação da pessoa pré e pós-transplante), “facilitando o processo” (usando novas tecnologias, educação para o trabalho em equipa e acessibilidade da pessoa e da família), “reforço dos recursos humanos” (empoderamento da equipa de saúde, alocação de recursos humanos, promoção da motivação do pessoal e atualização do conteúdo educacional e materiais) e “monitorização e avaliação” (corrigir os registos da educação da pessoa, supervisão da educação da pessoa e avaliação educacional apropriada). Deve ser garantida uma educação contínua à pessoa e família, facilitando os processos, fortalecendo os recursos humanos e realizando a monitorização e avaliação nos centros de transplante.
(Mota et al., 2016), Portugal	Desenvolver um fluxograma de apoio à decisão clínica de enfermagem no âmbito da gestão do regime terapêutico da	Estudo qualitativo, longitudinal, realizado num centro de transplantação, com uma amostra de 60 processos de enfermagem, com recurso à análise de conteúdo retrospectiva dos registos de enfermagem e reuniões de consenso com os enfermeiros.	O fluxograma agrega as áreas do regime medicamentoso, regime dietético, hábitos de vida e as complicações. As intervenções são: providenciar material de leitura sobre regime terapêutico; ensinar sobre regime medicamentoso (nome da medicação, ação, horário e forma do medicamento); ensinar sobre autoadministração de medicamentos (estratégias para lembrar a toma da medicação); ensinar a pessoa sobre resposta/reação aos medicamentos (efeitos adversos; esquecimento da toma; importância da toma correta da medicação); ensinar a pessoa sobre hábitos alimentares (finalidade do plano alimentar, informar sobre alimentos permitidos e excluídos; importância da hidratação oral); ensinar a pessoa sobre os hábitos de

	pessoa submetida a transplante hepático.		exercício (importância para realização de exercício físico; orientar para as atividades adequadas); promover adaptação a novos estilos de vida (orientar para hábitos de vida saudáveis, cuidados com animais e plantas, retoma ao trabalho e condução); ensinar sobre complicações de gestão regime terapêutico ineficaz; ensinar sobre sinais de infecção; orientar sobre como deve evitar as infecções; ensinar sobre autovigilância (automonitorização, descrever sinais e sintomas de complicações, relação de autovigilância e complicações).
(Mota et al., 2018), Portugal	Identificar os focos/diagnósticos e intervenções implementadas pelos enfermeiros em resposta às necessidades de cuidados identificadas na pessoa submetida a transplante de fígado.	Estudo qualitativo, retrospectivo, com recurso à análise estatística descritiva da documentação de enfermagem, com uma amostra de 1460 contactos de enfermagem realizados em consulta externa.	O foco/diagnóstico de enfermagem mais identificado foi a suscetibilidade à infecção (67,30%), com a implementação de intervenções que se centram no âmbito do ensinar sobre prevenção de complicações, sinais de infecção. Relativamente ao foco/diagnóstico de enfermagem “gestão do regime terapêutico”, as intervenções de enfermagem centram-se nas dimensões que influenciam a gestão do regime terapêutico (autoadministração de medicamentos, prevenção de complicações, dieta, hábitos de exercício, regime medicamentoso e resposta/reações aos medicamentos).
(Negreiros, et al., 2016), Brasil	Descrever as competências do enfermeiro no serviço de ambulatório de transplante hepático.	Estudo qualitativo, exploratório, com uma amostra de 3 enfermeiros a exercer funções no serviço de ambulatório de transplante hepático. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação não participante, com utilização da Técnica de Análise temática.	A prática de enfermagem no âmbito dos cuidados pós-transplante está direcionada para a prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida da pessoa por meio da educação da mesma sobre: autovigilância de alterações no estado de saúde, identificação precoce dos sinais de infecção e rejeição, importância do cumprimento do regime terapêutico e adesão ao tratamento, mediante assiduidade às consultas de seguimento agendadas. A preparação da pessoa para a alta hospitalar deve ainda incluir orientações sobre situações que devem ser evitadas, como o consumo de sumo de uva e laranja, a vacinação com agentes vivos atenuados, banhos de sol (devendo utilizar protetor solar com fator de alta proteção); consumo de carnes cruas, peixes e laticínios não pasteurizados; além de ser informada sobre como entrar em contato com o serviço de transplante no caso de apresentar alterações do estado de saúde.
(Palma et al., 2021), Chile	Aplicar o processo enfermagem numa unidade de cuidados intensivos com base no modelo de adaptação de Callista Roy.	Estudo de caso, com uma amostra de 1 pessoa submetida a transplante renal, em que foi utilizada a teoria da adaptação de Callista Roy na avaliação, formulação de diagnósticos e intervenções, recorrendo ao sistema de classificação NANDA.	A pessoa submetida a transplante requer o apoio de uma equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro promove o compromisso da pessoa com o seu autocuidado de forma a favorecer a adesão ao tratamento e evitar a rejeição do órgão. Assim, no âmbito do foco/diagnóstico de enfermagem relacionado com a capacidade para melhorar o autocuidado, o enfermeiro deve fornecer a assistência necessária até que a pessoa seja capaz de realizar e manter o seu próprio autocuidado e incentivar as atividades normais da vida diária. A educação para a saúde promove o autocuidado, reduzindo a morbimortalidade, os custos e os recursos de saúde.

(Pueyo-Garrigues et al., 2016), Espanha	Conhecer o nível de desenvolvimento de educação para a saúde dirigida às pessoas submetidas a transplante e famílias numa unidade de cuidados intensivos	Revisão bibliográfica não sistemática na PubMed e CINAHL, com uma amostra de 28 artigos, 2 livros, 4 documentos de organizações especializadas em transplantação.	<p>O desenvolvimento da educação para a saúde dirigida a pessoas submetidas a transplante e famílias é importante para promover estilos de vida adequados às necessidades cognitivas, afetivas e psicomotoras da pessoa transplantada. A sua colocação em prática contribui para resultados positivos no estado clínico da pessoa submetida a transplante, na diminuição da morbimortalidade e na redução de custos e recursos de saúde.</p> <p>A evidência científica reflete a necessidade de abordar áreas distintas do conhecimento, entre elas ganha destaque a terapêutica imunossupressora, pelo que se revela essencial informar e consciencializar a pessoa e a família para que todos se possam envolver no cuidado à pessoa. O enfermeiro deve: informar acerca do risco de infeção, pelo que deve ensinar a pessoa e a família acerca da prevenção da infeção, assim como detetar e atuar precocemente nos sinais de infeção e rejeição do órgão; informar sobre segurança alimentar (técnicas de cozinhar os alimentos, regime dietético...) e sobre hábitos de higiene (tanto pessoais como da habitação); informar acerca dos benefícios do exercício físico para melhorar o estado geral de saúde; informar acerca dos malefícios do tabaco; informar sobre a importância de evitar a radiação solar, as precauções a ter antes de viajar e questões relacionadas com a vida sexual e com a vida laboral.</p> <p>O processo de integração psicossocial da pessoa submetida a transplante não é fácil para a pessoa e família pelo que é fundamental identificar o cuidador habitual da pessoa para o integrar desde o início no processo educativo. O enfermeiro deve: disponibilizar-se para as dúvidas e questões, de forma a reduzir a ansiedade; conhecer a cultura da pessoa e família, uma vez que é um fator que influencia a prestação de cuidados. É de notar, assim, que a intervenção do enfermeiro é mais do que informar e deve passar também por conhecer as habilidades e atitudes da pessoa.</p>
(Wachholz et al., 2020), Brasil	Analisar a evidência disponível na literatura para o planeamento da alta hospitalar da pessoa submetida a transplante hepático	Revisão integral a partir das bases Scopus, LILACS, Scielo, MEDLINE/ PubMed, CINAHL, BDNF, Web of Science, com uma amostra de 13 artigos.	Os resultados apresentam cuidados direcionados à educação em saúde no sentido de minimizar complicações, apoiar a equipa multiprofissional e a pessoa no autocuidado, em especial quanto aos sinais e sintomas de complicações, cuidados com o uso de medicação e as mudanças que ocorrem no retorno ao domicílio e foram organizados nas categorias: “Sinais de alerta para possíveis mudanças que possam surgir em casa”; “Recomendações para uso de medicamentos – promoção da autogestão e adesão ao tratamento”; “Atividades diárias e cuidados em casa – apoio e autoconfiança”; “Mudanças na imagem corporal e no cotidiano – a importância da rede de apoio”.

## DISCUSSÃO

Com a realização deste estudo podemos observar que a temática abordada suscita particular interesse na Europa e América do Sul, dado que os resultados obtidos têm origem em países lá situados. Verificamos, também, que, apesar da pesquisa através da equação apresentada no enquadramento metodológico ter obtido um elevado número de resultados, obtivemos um número reduzido de estudos após a seleção dos artigos, alertando para a necessidade de desenvolvimento de estudos científicos nesta área específica do cuidado de enfermagem.

Perante a questão de investigação que norteou esta investigação, acerca dos cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante para o autocuidado, verificamos que todos os estudos apresentados abordam a temática da capacitação para o autocuidado como aspeto central da intervenção do enfermeiro junto da pessoa submetida a transplante, sendo que um dos estudos aborda esta intervenção tanto no período pré-transplante como no pós transplante, enquanto os restantes abordam apenas no período pós transplante.

Com base nos resultados encontrados e de forma a uma melhor análise dos mesmos, optamos por agrupar os cuidados de enfermagem em quatro categorias, nomeadamente “gestão do regime terapêutico”, “adaptação a novos estilos de vida”, “prevenção de infeção” e “adaptação psicossocial”.

A categoria “gestão do regime terapêutico”, nomeadamente o regime medicamentoso, foi a área com maior destaque nos resultados encontrados e explica-se pela importância que adquire no processo de cuidados da pessoa submetida a transplante, para a prevenção da rejeição do órgãos e sucesso do transplante. Assim, os cuidados de enfermagem nesta área passam por ensinar sobre regime medicamentoso (Câmara et al., 2016; Mota et al., 2016; Mota et al., 2018; Negreiros et al., 2016; Pueyo-Garrigues et al., 2016; Wachholz et al., 2020) e as intervenções de enfermagem neste âmbito passam por providenciar material de leitura sobre regime terapêutico; ensinar sobre nome da medicação, ação, horário e forma do medicamento; ensinar sobre autoadministração de medicamentos (estratégias para lembrar a toma da medicação); ensinar a pessoa sobre resposta/reação aos medicamentos (efeitos adversos; esquecimento da toma; importância da toma correta da medicação) (Mota L. C., 2016), devendo ser utilizadas estratégias aprendizagem adequadas às necessidades cognitivas (Câmara et al., 2016; Pueyo-Garrigues et al., 2016), afetivas e psicomotoras (Pueyo-Garrigues et al., 2016) da pessoa submetida a transplante. Estas estratégias podem passar por utilização de discurso

repetitivo, com recursos visuais e ilustração, disponibilização de um formulário em papel, sendo digitalizados os nomes dos medicamentos, com as respectivas doses e horários (Câmara, 2016).

Também no âmbito da gestão do regime terapêutico, relativamente à gestão do regime dietético e de exercício, alguns dos estudos abordam a importância de ensinar a pessoa sobre hábitos alimentares, nomeadamente no âmbito da segurança alimentar, finalidade do plano alimentar, informar sobre alimentos permitidos e excluídos; importância da hidratação oral, técnicas de cozinhar os alimentos (Mota et al., 2016; Negreiros et al., 2016; Pueyo-Garrigues et al., 2016). Abordam também a importância de ensinar a pessoa sobre os hábitos de exercício, nomeadamente no âmbito dos benefícios da realização de exercício físico e do ensino de atividades adequadas (Liliana Mota et al., 2016; Pueyo-Garrigues et al., 2016).

Na categoria “adaptação a novos estilos de vida”, os estudos referem a importância de orientar para hábitos de vida saudáveis, cuidados com animais e plantas, retoma ao trabalho e condução, cuidados na vacinação com agentes vivos atenuados, cuidados a ter na exposição solar, hábitos de higiene, tanto pessoais como da habitação, cessação tabágica, precauções a ter antes de viajar e questões relacionadas com a vida sexual e com a vida laboral (Mota et al., 2016; Negreiros et al., 2016; Pueyo-Garrigues et al., 2016).

Na categoria “prevenção da infeção”, os cuidados de enfermagem passam por ensinar sobre sinais de infeção; orientar sobre como deve evitar as infeções; ensinar sobre autovigilância, nomeadamente, Auto monitorização, descrever sinais e sintomas de complicações, relação de autovigilância e complicações (Mota et al., 2016; Mota et al., 2018; Pueyo-Garrigues et al., 2016).

Na categoria “integração psicossocial”, alguns estudos alertam para a importância de envolver a família da pessoa submetida a transplante (Mahdizadeh et al., 2020) e identificar o cuidador habitual da pessoa para o integrar no processo de cuidados (Pueyo-Garrigues et al., 2016). Como cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve conhecer as habilidades e atitudes da pessoa face ao seu estado de saúde, de forma a orientar a sua intervenção, revelando-se também importante que o enfermeiro demonstre disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e questões, de forma a reduzir a ansiedade. É também importante que a abordagem do profissional tenha em conta os fatores socioculturais da pessoa e da família, reconhecendo este como um aspeto que influencia a prestação de cuidados (Pueyo-Garrigues, 2016) . Atendendo à necessidade

de continuidade dos cuidados no domicílio, revela-se importante que o enfermeiro seja capaz de capacitar a pessoa e a família para lidar com as mudanças que ocorrem no retorno ao domicílio, assim como nas atividades diárias e cuidados em casa. A rede de apoio assume aqui particular importância, sendo essencial o seu envolvimento no processo de cuidados (Wachholz, 2020).

A realização desta revisão permitiu também destacar a importância do desenvolvimento de competências relacionadas com a educação para a saúde, obtendo efeitos positivos nos resultados clínicos da pessoa, na diminuição da morbimortalidade, nos custos e recursos em saúde (Pueyo-Garrigues, 2016). É destacada, também, a importância do enfermeiro na gestão do cuidado para a alta hospitalar, tendo em vista a educação e promoção da saúde, visando cuidados de saúde abrangentes, seguros e eficazes (Wachholz, 2020).

Com a presente revisão, podemos também aferir acerca da constante busca pela inovação no cuidar, através da integração de fluxogramas (Mota et al., 2016) no âmbito da capacitação para o autocuidado, tal como a criação de programas de educação para a saúde (Mahdizadeh, 2020) que visam aumentar a eficácia da educação da pessoa. Reconhece-se, então, que é essencial que o enfermeiro desenvolva uma prática baseada na evidência científica e proporcione a implementação de estratégias efetivas para promover mudanças de comportamento, atitudes e estilos de vida das pessoas (Negreiros D. S., 2016).

Assim, é possível verificar que em todos os estudos é reconhecida a importância do enfermeiro no âmbito da capacitação para o autocuidado na pessoa submetida a transplante, favorecendo a autonomia e a capacitação da pessoa para o autocuidado e para a aceitação da nova condição de saúde, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da pessoa transplantada.

## **CONCLUSÃO**

Com esta revisão concluímos que a capacitação da pessoa submetida a transplante para o autocuidado assume-se como uma área central do cuidado em enfermagem, sendo diferenciadora na medida em que promove a autonomia e independência da pessoa transplantada na gestão do seu autocuidado, envolvendo também a família no processo de cuidados, com vista a obtenção de mais ganhos em saúde, dando ênfase não só à componente fisiopatológica da pessoa, mas também à sua componente holística.

Atendendo à questão de investigação “quais os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado?”, optamos por agrupar os cuidados de enfermagem em categorias, nomeadamente “gestão do regime terapêutico”, “adaptação a novos estilos de vida”, “prevenção de infeção” e “adaptação psicossocial”.

No âmbito da “gestão do regime terapêutico” destacam-se intervenções no âmbito do ensino sobre regime medicamentoso, com ênfase na medicação imunossupressora, dietético, com ênfase na importância da segurança alimentar e nos alimentos a evitar, e de exercício, com ênfase na importância de manter-se ativo. Relativamente à “adaptação a novos estilos de vida”, destacam-se intervenções relacionadas com a necessidade de adotar um estilo de vida saudável, de tomar precauções na exposição solar, na realização de viagens e no retorno à vida laboral. No âmbito da “prevenção de infeção”, destacam-se intervenções relacionadas com ensino dos sinais de infeção, ensino sobre autovigilância e medidas a tomar para prevenir infeções. Por fim, no âmbito da “adaptação psicossocial”, destacam-se intervenções relacionadas com o ensino sobre possíveis mudanças necessárias nas atividades de vida diária e nas rotinas levadas a cabo no domicílio, tomando, aqui, especial relevância o envolvimento da família no processo de cuidados.

Apesar de ter existido um elevado número de resultados nas etapas iniciais da pesquisa na base de dados, verificamos que, depois das etapas de seleção dos artigos, obtivemos um número reduzido de estudos, o que alerta para a necessidade de desenvolvimento de estudos científicos nesta área específica do cuidado de enfermagem. Ainda, como sugestão para desenvolvimentos futuros, consideramos que poderia ser importante realizar mais estudos acerca dos possíveis benefícios da intervenção junto da pessoa numa fase pré-transplante no âmbito da capacitação para o autocuidado, no sentido de preparar a pessoa, desmistificar alguns aspetos e tornar esta transição mais harmoniosa, já que este foi um conteúdo abordado apenas num dos resultados obtidos com esta pesquisa.

Como dificuldades enfrentadas durante a realização deste estudo, verificamos que, durante a seleção dos artigos, um elevado número abordava a importância da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa submetida a transplante, não referindo, especificamente, quais os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante para o autocuidado e, por isso, não indo de encontro à questão de investigação. Outra das dificuldades enfrentadas prendeu-se com a pesquisa na base de

dados, uma vez que as investigadoras não dominavam as técnicas de pesquisa. Foi essencial o apoio das docentes orientadoras, de forma a ultrapassar esta limitação. Relacionada, ainda, com a pesquisa nas bases de dados, sentimos também alguma dificuldade na obtenção de alguns artigos em *full text*, tendo sido muito importante o apoio da professora doutora Sílvia Caldeira, assim como o apoio da área de desenvolvimento científico do centro hospitalar onde as investigadoras exercem funções.

Com a presente revisão, reconhecemos a importância da constante busca pela inovação no cuidar, como aspeto diferenciador da profissão, enquanto ciência e percebemos que, de facto, é essencial que o enfermeiro desenvolva uma prática baseada na evidência científica.

## **CAPÍTULO 2 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO**

Neste capítulo será apresentado o desenvolvimento de competências adquiridas durante os estágios.

### **2.1.Unidade de Cuidados Intensivos**

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são unidades de internamento que asseguram a prestação de cuidados de saúde a pessoas que se encontrem numa fase crítica da sua doença, necessitando de tratamento e vigilância contínua especializada, exigindo a presença de um grande número de equipamentos e profissionais de saúde. Diferem dos outros serviços, pelo elevado grau de especificidade e diferenciação de cuidados, sendo por isso caracterizadas pela *“sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos. Os doentes são submetidos frequentemente a intervenções invasivas e dolorosas, e confrontados com sentimentos de perda”* (Almeida & Ribeiro, 2009). O contexto de qualquer UCI é marcado por evoluções tecnológicas constantes, ambiente repleto de máquinas, fios e ruídos diversos, é um dos *“poucos locais de um hospital que não se dorme, sempre iluminado, sempre ruidoso, templo por excelência, da moderna medicina tecnológica”*, (Corte Real, 2007). Uma UCI é assim um local com características muito específicas, onde diariamente a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família é posta à prova, sendo por isso esperado dos profissionais um alto grau de diferenciação, empenhamento e competência na sua área de intervenção. O nível de cuidado de enfermagem aqui realizado torna este ambiente gerador de stress não só para a pessoa alvo dos cuidados, como também para os próprios prestadores de tais cuidados pois, segundo Atkinson, os profissionais de saúde estão sujeitos a elevados níveis de stresse por todo o ambiente e exigências e, para além de *“enfrentarem os problemas dos doentes e familiares, têm também de enfrentarem as suas próprias emoções”* (Atkinson, 2009),p.6). Deste modo, cuidar da pessoa numa UCI não é melhor nem o pior do que noutros locais, é, simplesmente, diferente. Exige uma

grande perícia, respeito e agrado profissional, pela necessidade de conjugar conhecimentos relacionais, científicos e técnicos, na abordagem ao doente em situação crítica e sua família.

A UCICCT onde decorreu o estágio é uma unidade médico-cirúrgica, que assegura a prestação de cuidados a doentes que se encontram numa fase crítica da sua doença e integra um centro hospitalar de Lisboa.

Todos os serviços deste hospital têm condicionamento próprios devido à própria arquitetura, impondo constrangimentos inclusive na transferência de doentes, de um serviço para o outro.

O serviço de cirurgia cardiotorácica é constituído por uma enfermaria com capacidade para 30 doentes, uma unidade de cuidados intensivos pediátricos com capacidade para 5 crianças; três quartos de isolamento, (um deles com pressão negativa), permitindo uma redução da disseminação de microrganismos, uma unidade de cuidados intensivos com 9 camas de adultos e um Bloco operatório com 3 salas para cirurgia cardíaca e torácica.

Tem como objetivo principal:

- “Prestar cuidados de saúde na área de cirurgia cardiotorácica, da mais elevada qualidade, de forma eficaz e com os mais elevados padrões de eficiência, através da melhor utilização dos meios humanos e técnicos disponíveis, em equipa, e articulando as diferentes unidades funcionais.” (spms, 2021)

A equipa da Cirurgia Cardiotorácica é composta por um conjunto de 77 enfermeiros, distribuídos por 5 equipas de 15 enfermeiros, que desempenham funções em regime rotativo e que são distribuídos, em cada turno, pela enfermaria, pelos quartos de isolamento, pela UCICCT Pediátrica e pela UCICCT Adultos, 1 enfermeiro chefe, 4 enfermeiros responsáveis e 4 enfermeiros Especialistas sendo os restantes de cuidados gerais, e 25 Assistentes Operacionais. (AO)

A prestação de cuidados centra-se num modelo holístico, que privilegia o trabalho individual, mas atendendo sempre que necessário ao trabalho em equipa.

Meleis (1991), defende que qualquer transição deve ser objeto de estudo da Enfermagem. Assim, para a teórica a mudança de saúde ou de papel constituem uma transição.

Levine (1967) e Roy (1984) levantam o holismo nos modelos teóricos de enfermagem considerando que o ser humano tem sido contemporaneamente abordado enquanto um ser multidimensional e inserido no meio ambiente, sendo que, a enfermagem, enquanto ciência, vem ampliando os conhecimentos sobre a abordagem holística com a perspectiva de trabalhar integralmente nesta natureza multidimensional do ser humano.

Como referi anteriormente, e atendendo aos objetivos definidos no guia da unidade curricular Estágio Final e Relatório e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidas no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, e as competências Comuns definidas no regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro associados às necessidades e objetivos pessoais de aprendizagem, foram definidos como objetivos gerais para o presente estágio:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa e família que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequada.

Como objetivos específicos para este estágio definiram-se:

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa/família em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/ família em situação crítica com risco de disfagia pós ventilação mecânica invasiva, submetidos a cirurgia cardíaca.

Especificamente, em contexto de UCI, prestamos em colaboração cuidados de enfermagem especializados de forma contínua à Pessoa em SC com falência de um ou mais órgãos, com e sem suporte ventilatório, de forma supervisionada pelo Enfermeiro orientador, mantendo, contudo, uma autonomia responsável do meu exercício profissional. Paralelamente, articulei cuidados com a restante equipa de enfermagem,

otimizando a interação e relação profissional e alargando o meu espectro de experiências clínicas, na medida em que fui tomando conhecimento do plano de cuidados da quase totalidade dos doentes na UCI.

A primeira dificuldade com que me deparei foi a de me encontrar num novo serviço, pelo que comecei por conhecer a dinâmica e funcionalidade do mesmo, através da consulta das normas e protocolos existentes na UCICCT, de modo a melhor perceber a sua organização. Outro passo fundamental foi a observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa e família, neste novo ambiente.

A integração na UCICCT foi em parte facilitada, por já conhecer alguns membros da equipa multidisciplinar e por já ter algum conhecimento prévio do funcionamento da instituição, tratando-se mais de uma consolidação de ideias prévias ao estágio. Apesar disto, deparei-me com um sentido de responsabilidade acrescida, dado o desempenho de funções no mesmo polo hospitalar, pois permitiu debates interessantes com a equipa, sobre como os cuidados são realizados em ambos os serviços, promovendo um melhor cuidar pela partilha de experiências e conhecimentos, tendo aprendido e conseguido, transmitir também algum do seu conhecimento profissional, tendo como objetivo comum a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Tive alguma dificuldade em assumir o papel de estudante, pois apesar de mesmo como profissionais formados e estarmos em constante atualização de conhecimentos e mudança, é difícil voltar a ser uma estudante supervisionada por um orientador, quando se é enfermeira. No entanto a aparente dificuldade dissipou-se pela vontade de aprender, de aprofundar conhecimentos, de colaborar e de desenvolver competências no cuidado especializado aos doentes neste contexto específico. A pouco a pouco com a ajuda da enfermeira orientadora, fui encontrando equilíbrio entre os dois papéis, profissional integrante da equipa do bloco e estudante agora na UCICCT.

Prestei cuidados de enfermagem a pessoas com elevado grau de complexidade de cuidados, tais como doentes submetidos a transplante pulmonar, uni ou bipulmonar, sendo exemplo o. Sr P.F. de 57 anos que foi submetido a transplante bipulmonar devido a complicações associadas à infeção por SARS COV 2. O senhor encontrava-se ansioso e revoltado com a sua, situação e, em equipa, tentamos acalmá-lo e explicar os prós e os contras. No entanto sentimos necessidade de pedir apoio psicológico, de modo a reduzir a sua ansiedade e revolta. Também, sempre que possível facilitei o contato com a família.

Receber a notícia de que se tem um problema de saúde irreversível, constitui um momento negativamente marcante em que, muitas vezes, a reação inicial da pessoa é não acreditar ou desvalorizar.

Segundo Lissia Ana (2011) Os doentes passam por 5 fases:

A *negação* pode ser uma defesa temporária ou, em alguns, casos pode sustentar-se até o fim. O paciente desconfia de troca de exames ou competência da equipe de saúde. Geralmente o pensamento que traduz essa defesa é: "não, eu não, é verdade".

A *raiva* é a fase na qual surgem sentimentos de ira, (revolta e ressentimento: "porquê eu?". Torna-se mais difícil lidar com o paciente, pois a raiva se propaga em todas as direções, projetando-se no ambiente, muitas vezes, sem "razão plausível". Já na *negociação* o doente faz promessas por um prolongamento da vida ou alguns dias sem dor ou males físicos. As negociações são feitas com Deus, na maioria das vezes e, psicologicamente, podem estar associadas a uma culpa recôndita.

A *depressão* pode evidenciar seu alheamento ou estoicismo, com um sentimento de grande perda. As dificuldades do tratamento e hospitalização prolongados aumentam a tristeza que, aliada a outros sentimentos, ocasionam a depressão.

A *aceitação* é aquela em que o paciente passa a aceitar a sua situação e seu destino. É o período em que a família pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, à medida que o paciente encontra uma certa paz e o círculo de interesse diminui. No entanto, há pacientes que mantêm o conflito com a morte, sem atingir esse estágio.

Não há uma ordem para a ocorrência dessas manifestações, tão pouco uma cronologia, sendo que o paciente pode vivenciar mais de uma destas fases, concomitantemente, num mesmo período ou até mesmo não vivenciar algumas delas. (Tatiana, S., & p., 2007).

O enfermeiro é por excelência, o elemento da equipa multiprofissional, mais interativo com a família e cuja interação permite, segundo Meleis (1997) (antecipar essa transição. Preparar o regresso a casa é garantir uma continuidade dos cuidados (Pereira, 2011) .

Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), definem família, num contexto de situação crítica, como a unicidade entre familiares e doente, isto é, o alvo de cuidados

constitui-se como o conjunto do doente e sua família, sendo necessário ao enfermeiro atuar no conjunto (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Ao considerar este entendimento de família, é inerente o conceito de Pessoa em situação crítica das mesmas autoras, ou seja, uma pessoa que se encontra num estado de instabilidade hemodinâmica por evento adverso, que de forma independente não consegue solucionar (Benner P. , 2001).

Como resultado, o doente acima descrito, aos poucos aceitou a sua situação com o apoio da família.

Também tive oportunidade de cuidar de pessoas submetidas a cirurgia valvular, doentes com neoplasias do pulmão sujeitos a recessões atípicas de lobos pulmonares, pneumectomizados doentes com tetralogias de fallot, malformações congénitas, submetidos a técnicas de substituição renal, nomeadamente a hemodifusão venovenosa contínua, e/ou a *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Tal constituiu-se um processo de aprendizagem pessoal desafiante e motivador que, embora as temáticas não constituíssem uma novidade para mim, exigiram uma revisão contínua da literatura. Todavia, o investimento na aquisição de conhecimentos teóricos marcou positivamente a prestação de cuidados na medida em que “*é ao longo do tempo (...) que o conhecimento clínico - mistura entre os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos brutos - se desenvolve*” (Benner, 2001, p. 37).

A vontade de aprender fez com que assumisse uma atitude proativa de colaboração, interação e partilha com toda a equipa, potenciando a aprendizagem e rápida adaptação ao serviço mesmo perante uma grande variedade de equipamentos, típicos do ambiente de uma UCI, como ventiladores, bombas infusoras, máquinas de substituição da função renal, ECMO, entre outros. Estes vários e diferentes equipamentos requerem uma atenção especial e conhecimento do profissional de saúde, para a correta utilização e manipulação dos mesmos que, conjuntamente com os tratamentos necessários, se objetiva atingir a estabilidade hemodinâmica da pessoa alvo dos nossos cuidados. Daí que uma das atividades para posteriormente melhor cuidar, foi aprender então o funcionamento e manipulação dos diferentes modelos de equipamentos existentes nas unidades tendo aqui que sublinhar o enorme contributo da enfermeira orientadora.

Outra dificuldade, foi a comunicação com a pessoa alvo dos cuidados, dado que a maioria dos doentes se encontra sob ventilação mecânica invasiva. Perante tal, recorrendo

a pesquisa bibliográfica e a consulta dos protocolos do serviço formulei estratégias para melhorar a comunicação.

Comunicar é proveniente do latim, *communicare*. A comunicação é a base fundamental das relações interpessoais, podendo ser verbal ou não verbal (Ana Paula Ramos, 2012).

A utilização da comunicação não verbal (alternativa e aumentativa) qualifica a interação humana, demonstrando sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite à pessoa não só perceber, mas também compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor. Mesmo o silêncio é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens em determinado contexto (Ana Paula Ramos, 2012).

Devido à ventilação mecânica existe dificuldade na comunicação verbal, logo optei por utilizar a comunicação não verbal. Os tipos de sinais não verbais que podem ser “lidos” durante uma interação de pessoas envolvidas no processo de comunicação são: as ações ou movimentos do corpo, a postura corporal como, por exemplo a utilização do toque e própria postura, demonstrando-se presente e disposta a ajudar, a cuidar, utilizando, quando possível, a técnica de escuta ativa, especialmente com a família, nos momentos de apoio procurando postura tranquilizadora no meio de toda uma situação geradora de stress e emoções negativas.

Em tempos normais, temos a possibilidade de comunicar através de três meios: pela fala, pela linguagem corporal e pela expressão facial. Numa altura em que o COVID é tema diário da nossa realidade a utilização de EPI's é frequente, e a comunicação não verbal fica comprometida.

Quando se coloca uma máscara, oculta-se a informação dos dois terços inferiores do rosto, mas ainda sobressai a do olhar, que também é capaz de sorrir mesmo sem o curvar a boca ou mostrar os dentes. O olhar é a parte do corpo do ser humano que mais comunica e também a que transmite empatia de maneira mais intensa.

Além disto é fundamental a manipulação do ambiente onde a pessoa em situação crítica se encontra, é necessário torná-lo o mais seguro e agradável possível.

Nas unidades de cuidados intensivos há subordinação ao próprio corpo, às atividades que interferem nele e às necessidades básicas. A perda de autonomia, a adoção de um papel passivo, a submissão a procedimentos que transgridem a privacidade como o ser despido, expor o corpo constantemente, ou o ser submetido a fazer exames físicos com frequência são exemplo disso (Ruiz, Consuegra, & Ruiz, 2018).

Durante o estágio e nesta UCI, procurei sempre manter o ambiente seguro e organizado, respeitando a pessoa e sua família, de forma a diminuir o impacto visual que todas as UCI geram. Por exemplo, com o Sr. J.C. deixamos que na unidade estivessem as fotografias da família assim como os objetos de culto próprios, procurando preservar a dignidade da pessoa e cuidar do ambiente, o máximo possível, atendendo às suas individualidades.

Neste processo formativo, uma das preocupações foi a planificação das intervenções, observando-se uma melhoria contínua, especialmente pela atitude proativa que tive desde o primeiro dia, procurando sempre novas experiências e momentos de aprendizagem, especialmente em situações com que não estivesse tão familiarizada. Procurei realizar todos os registos dos doentes que foram atribuídos e à Enfermeira Orientadora, de modo a praticar também este elemento fundamental que são os registos de enfermagem, juntamente com a identificação de diagnósticos e seleção das intervenções mais adequadas à situação de doença e às características individuais da pessoa e sua família.

Uma nova situação com que me deparei, foi após a extubação dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca e sob ventilação mecânica invasiva, quase todos ficam com a deglutição comprometida, neste caso, disfagia a sólidos, e a líquidos. Perante esta situação recorrente, através de pesquisa bibliográfica e reflexões em conjunto com a equipa, implementou-se o protocolo *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) nesta unidade.

Os doentes são identificados, preenchido um protocolo, que acompanha o doente até ao regresso a casa, que tem como objetivo identificar o grau de disfagia em doentes após AVC, tendo sido adaptado por ser unidade pós cirúrgica onde todos os doentes estão ventilados no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo extubados apenas quando os seus valores hemodinâmicos se encontram adequados o que significa que quando acordam, apresentam-se geralmente muito agitados. A melhor forma de os tranquilizar é através da comunicação, mas como a comunicação verbal por vezes não é muito eficaz, há que recorrer a outras estratégias como a comunicação não verbal. Há que usar o toque, um olhar carinhoso, oferecer apoio e suporte. Corte Real diz que tais intervenções, (...), parecem ser tão ou mais necessárias do que os instrumentos de tecnologia avançada para o conforto e recuperação dos doentes (2007) Este momento é gerador de stress, pelo que é essencial melhorar continuamente os cuidados para que as consequências dos tratamentos tenham o menor impacto negativo possível, referindo-me aqui, mais especificamente, à identificação atempada da presença de disfagia orofaríngea

pós cirurgia cardíaca, que é uma recorrente consequência causada pela ecocardiografia transesofágica, circulação extracorporeal e comorbidades associadas.

Houve também a oportunidade, de cuidar de doentes mais complexos, designadamente doentes com Balão Intra-aórtico (BIA) ou com Pacemaker Provisório conseguindo-se superar as dificuldades sentidas no início. Houve necessidade de mobilizar conhecimentos teóricos lecionados nas disciplinas de Médico-Cirúrgica II e Patologia, bem como fazer pesquisa bibliográfica nesta área. O Balão intra-aórtico (BIA) – é um dispositivo utilizado para aumentar o fluxo de sangue, melhorando a sua irrigação e o seu desempenho e tem a função de uma bomba propulsora de sangue. O BIA funciona por contrapulsção, ou seja, ele insufla na diástole. Desta forma, há um aumento do fluxo de sangue para as artérias coronárias e desinsufla na sístole, aumentando o fluxo do sangue para fora do coração. O procedimento de instalação do BIA é simples, sendo realizado, em geral, na sala de hemodinâmica ou no Bloco Operatório após a cirurgia, se necessário. Também tive a oportunidade de relembrar os cuidados de enfermagem a prestar a estes doentes, pois fiquei responsável por prestar cuidados a uma senhora vinda do bloco com BIA após cirurgia cardíaca. Com esta doente foi determinante vigiar sinais de perda sanguínea, por a doente se encontrar Hipocoagulada; vigiar a coloração, temperatura e pulso dos membros inferiores (MI) assim como detetar sinais de hipoperfusão o que foi muito importante, pois a doente fez isquemia do membro inferior<sup>1</sup> e foi preciso ser observada por um cirurgião vascular.

Neste caso a doente estava ventilada e com sedação logo não foi necessário explicar o motivo da restrição de movimentos dos MI, a fim de diminuir a ansiedade e evitar deslocação do BIA. Verifiquei, também, a onda e ritmo do BIA, a fim de avaliar o seu correto posicionamento, assim como pude colaborar no processo de desmame<sup>2</sup> pois foi necessário devido a isquemia.

Durante o estágio cuidei de vários doentes com *pacemaker* provisório, pois quase todos que são submetidos a cirurgia cardíaca os trazem. A utilização de *pacemaker* provisório pode ser necessária nos casos de bradicardia duradoura com repercussão hemodinâmica

---

<sup>1</sup> Isquemia aguda de membros inferiores é definida como uma diminuição repentina na perfusão do membro que ameaça a viabilidade e elevado risco de perda do mesmo. ( (Neto, 2011)

<sup>2</sup> Procedimento realizado com o objetivo de retirar de maneira gradual o BIA

(Ratton, 2005). O *pacemaker* provisório normalmente é colocado pelo cirurgião ou pelo Cardiologista de Urgência, com o apoio de um enfermeiro utilizando para tal, a sala de eletrofisiologia do Laboratório de Hemodinâmica ou o Bloco Operatório. Os cuidados de enfermagem, com estes doentes são: vigiar penso para deteção de sinais e sintomas de hemorragia, hematoma e infeção no local da inserção do dispositivo: hipertermia, rubor, edema, dor. Vigiar a presença de sinais e sintomas de pneumotórax e hemotórax quando a via de inserção dos eletrocateres foi a veia subclávia. (Carvalho, Vitorino, Morgado, & Oliveira, 2013), Monitorizar TA, FC e ritmo (despistar complicações).

Na sociedade e mundo atual muitos são os avanços científicos e tecnológicos. Por vezes, a tentação de por à prova essas novas tecnologias e de treinar certos tipos de técnicas, faz com que a linha que traça o limite entre o que é ou não ético se torne esbatida, a vontade do doente deverá ser atendida em todos os procedimentos sendo por isso necessário que esteja informado sobre o seu estado de saúde e opções terapêuticas possíveis pois só assim, poderá tomar uma decisão consciente.

Relativamente aos valores e crenças, e segundo Pupulim (2002), os doentes, seres biopsicossociais, encaram o internamento como um fator de despersonalização por o associarem à dificuldade de manter a sua identidade, intimidade e privacidade. O ambiente hospitalar é por si só stressante por diversos fatores, nomeadamente o sentimento de perda de controlo sobre os que o afetam e dos quais depende para a sua sobrevivência. (Pupulim, 2002) Assegurar a privacidade dos doentes, para além de constituir um dever do Enfermeiro constitui um direito preconizado pela Carta dos Direitos e Deveres dos doentes (Médicos, Ordem dos, 2017). De referir, ainda, que os doentes pelo facto de estarem internados numa unidade de cuidados intensivos, só por si, já acarreta uma conotação negativa, pois aos cuidados intensivos é normalmente associada uma situação de gravidade. A necessidade de estarem monitorizados, a miríade de fios conectados, os alarmes constantemente a tocar, ou o barulho que por vezes é inevitável, mesmo no período noturno, são suscetíveis de causar stress nos doentes.

Com este estágio adquiri e desenvolvi competências, na comunicação, conhecimento específico diferenciado na prestação de cuidados, gestão de recursos, formação/investigação., foi uma nova experiência, muito enriquecedora, em ambos os níveis pessoal e profissional, que trouxe um novo olhar sobre a complexidade da realização de cuidados, às pessoas em situação crítica e às suas famílias neste tipo de ambiente.

Este estágio proporcionou experiências que nos moldam e marcaram para o resto da carreira, que só me motivaram a querer continuar a melhorar os meus cuidados em prol de uma enfermagem com o maior nível de qualidade, de modo a proporcionar o melhor à pessoa e família, alvo dos meus cuidados.

## **2.2.Serviço de Urgência**

A emergência e a urgência médicas são entendidas como situações clínicas de instalação súbita na qual, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (Despacho nº18459 de 2006).

Os serviços de urgência/ emergência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência impelindo à progressiva diferenciação e maior disponibilidade dos seus profissionais (Despacho normativo nº11/2002).

Os serviços de urgência continuam a ser verdadeiros desafios pelas suas particularidades, abertos 24 horas por dia e 365 dias por ano, sujeitos à realidade onde estão inseridos, com uma dinâmica de constante mudança, onde tudo acontece de uma forma rápida e não programada exigindo uma grande capacidade/ flexibilidade de adaptação focados num agir rápido, atempado, eficaz e cientificamente adequado.

Infelizmente os meios da urgência/emergência são muitas vezes utilizados inadequadamente no atendimento de doentes não urgentes, pois estes consomem recursos, tais como os profissionais de saúde e equipamentos médicos, desviando-os dos doentes mais graves, e aumentando a carga de trabalho profissional. Esta afirmação é subsidiada pelos autores, pois segundo eles a alta.

A prevalência de episódios inadequados de serviço de urgência afeta negativamente os profissionais de saúde, diminui a satisfação do doente, reduz a qualidade do atendimento com tempos de espera e diagnósticos ou tratamentos tardios (Rocovich e Patel,2012; Durant et al,2012), e aumenta custos económicos.

A UGP do Hospital onde se realizou o meu estágio está integrada na Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos (AUGPCI) de um Centro Hospitalar de Lisboa e funciona como uma área clínica transversal cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade aos doentes que a ela acorram em situação de

urgência ou emergência (SPMS, 2021). Relativamente à atividade assistencial, entende-se por situação de urgência, aquela que exige uma intervenção de avaliação e/ou correção num curto espaço de tempo, que pode ser curativa ou paliativa. Por sua vez, entende-se por emergência o processo pelo qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), 2012). Dada a elevada diferenciação técnica e polivalência, a UGP admite todos os doentes, independentemente da sua proveniência, servindo uma área de referenciação alargada estimada em 2,3 milhões de habitantes (spms, 2021).

O supracitado serviço de urgência integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência (Despacho nº13427/2015 de 20 de novembro 2015) como Serviço de Urgência Polivalente/ Centro de Trauma, funcionando 24 horas por dia/ sete dias por semana (SPMS, 2021). Desde 2013, constitui um dos dois polos integrantes da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para especialidades definidas: Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar, Gastreenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Urologia (SPMS,2021). E é especialmente vocacionada para o atendimento dos indivíduos que apresentem alterações súbitas ou agravamento do seu estado de saúde, Esta UGP possui múltiplas valências e dá igualmente suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC; Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma. A prioridade no atendimento dos doentes é definida segundo o sistema de Triagem de Manchester, implementado no centro hospitalar desde 2007 (SPMS,2021).

A estrutura do centro hospitalar, nas suas diversas valências, encontra-se organizada de forma a assegurar toda a articulação necessária para proporcionar uma continuidade de cuidados ao doente crítico, desde o Extra-hospitalar (com a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)), passando pela Urgência Geral até aos cuidados diferenciados prestados em unidades específicas (SPMS, 2021).

Relativamente às instalações, possui uma área de admissão e uma área de triagem (com 3 a 4 postos) dividindo-se, posteriormente, em dois circuitos principais: circuito ADR (Área Dedicada a Doentes Respiratórios) e circuito regular.

O circuito regular encontra-se dividido em várias áreas:

- Sala de espera geral na área de admissão, na qual permanecem todos os utentes que efetivam episódio de urgência pré-triagem e pós-triagem, mas a quem foi atribuída prioridade azul/verde; Área de ambulatório, na qual se localizam os vários gabinetes médicos e uma sala de tratamentos rápidos, na qual permanece um enfermeiro que, concomitantemente, assegura a vigilância da sala de espera dos utentes triados com prioridade amarela/laranja; Gabinetes de atendimento específico dedicados às especialidades de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Ortopedia (que dispõe de sala de tratamentos específicos, enquadráveis no âmbito da traumatologia); Área de atendimento da especialidade de Psiquiatria que se encontra integrada na UGP, mas depende institucionalmente do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; dispõe de 2 gabinetes médicos e salas de contenção anexas aos mesmos, bem como, de uma unidade de observação com capacidade para 4 doentes e respetiva sala de trabalho; Área de atendimento dedicada a utentes que se deslocam em macas, independente do encaminhamento por especialidades, normalmente a sala 4; Área de atendimento dedicada a utentes em ambulatório, que se deslocam em cadeiras de rodas com necessidade de realizar terapêutica injetável e vigilância de média/longa duração; Duas salas de pequena cirurgia; uma sala para procedimentos sépticos que, atualmente, é utilizada para sala de colheitas de pesquisa SARS COV2;

- Quatro salas de emergência/reanimação e trauma (2 equipadas com Raio X digital e com capacidade para intervenções cirúrgicas emergentes); Um quarto de isolamento, com pressão negativa, possibilidade de monitorização e ventilação; Unidade de Observação, 5 salas com lotação preconizada de 22 macas/camas, podendo em situações de elevada afluência atingir a capacidade máxima de 27 camas; Áreas de apoio (armazém de consumo clínico, parque de equipamentos, etc.); Serviços de apoio clínico: 2 salas de Radiologia; 1 posto de colheita de sangue e 1 de ECG; Um posto da PSP; Uma base VMER em edifício exterior; O circuito dedicado ao atendimento de doente respiratórios – ADR, criado para dar resposta à atual situação pandémica, encontra-se dividido em duas áreas distintas:

- ADR (Atendimento de doentes do foro respiratório), direcionado para o atendimento de doentes com sintomatologia respiratória ou com quadro clínico sugestivo de potencial infeção SARS-COV2;

- ADP (Atendimento de Doentes Positivos), direcionado para doentes com infeção SARS-COV2 confirmada, que necessitem de avaliação clínica.

Atendendo aos objetivos definidos no guia da unidade curricular e nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidas no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, associados às necessidades e objetivos pessoais de aprendizagem, foi definido como objetivo geral para este estágio:

- Desenvolver competências técnico-científicas, éticas, comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, e família em contexto de serviço de urgência

E como objetivos específicos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família;
- Desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequada.

Dada a diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa acometida por doença crítica e/ou falência orgânica e família, o enfermeiro especialista deve responder eficazmente, sendo capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho). Assim, em contexto de aprendizagem é essencial o desenvolvimento de competências neste âmbito e é nesse sentido que surgem as atividades promotoras da consecução dos objetivos específicos:

- Conhecimento do espaço/estrutura e dinâmica organizacional, procedimentos e forma de trabalhar da equipa multidisciplinar de modo a integrar a mesma de forma eficiente, contribuindo para a prestação de cuidados integrados de qualidade à Pessoa em situação crítica. Fiz uma visita pela instituição, onde tive a oportunidade de conhecer os serviços com as várias valências e foi-me explicada a dinâmica organizacional e dado a conhecer as normas e protocolos do serviço.
- Mobilização de conceitos relacionados com o cuidado à Pessoa em SC em contexto de SU. Esta atividade orienta a prática direta de cuidados e visa a consolidação de

conhecimentos, adestramento técnico na realização de procedimentos, pensamento analítico e reflexão crítica que permite articular o conhecimento teórico e a prática clínica com ganhos nos cuidados prestados, em termos de qualidade e segurança recorrendo ao conteúdo programático lecionado nas aulas de mestrado e suporte bibliográfico.

- Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados tendo como base a qualidade e segurança. Devido ao nível de exigência clínica, o cuidado à Pessoa em SC envolve uma grande variedade de profissionais de saúde. O enfermeiro especialista deve integrar de forma dinâmica as equipas multidisciplinares, contribuindo para uma otimização da prestação de cuidados e garantidos a manutenção de um ambiente terapêutico seguro e o cumprimento dos padrões de qualidade adotados pela instituição, suportados pelas boas práticas e pela evidência científica.

A primeira dificuldade foi a de me encontrar num novo serviço, pelo que comecei por tentar compreender a dinâmica e funcionalidade do mesmo através da consulta das normas e protocolos publicados para a UGP. Outro passo fundamental foi a observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa e família, neste novo ambiente.

Ao longo do estágio, houve a oportunidade de passar pelas diferentes áreas da urgência. A Triage no Serviço de Urgência tem como objetivo único priorizar os doentes consoante a gravidade clínica como se apresentam no Serviço. Após efetuar a inscrição na admissão de utentes, é encaminhado para o gabinete de triagem, onde será atendido por um Enfermeiro, que lhe fará algumas perguntas sobre o motivo da sua vinda e após uma observação rápida e objetiva, atribuí-lhe uma “cor”. A Triage de Manchester surgiu para existir um atendimento mais rápido, sistematizado, tendo por base as queixas do doente, para posteriormente definir a prioridade de atendimento e encaminhar para a respetiva área clínica. Existem cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, cada uma representa um grau de gravidade e o tempo ideal em que o doente deverá ser atendido, de acordo com o seguinte quadro.

Quando os doentes vêm referenciados do Centro de Saúde ou outros Hospitais com carta, o doente é triado, recebe uma cor de acordo com o fluxograma e é orientado para a respetiva área de observação clínica. Os discriminadores gerais na Triage de Manchester são: risco de vida (discriminador específico: compromisso da via aérea, estridor, apneia ou dispneia e ausência de pulso ou choque); dor (discriminador específico: dor severa, moderada e qualquer dor); hemorragia (discriminador específico: hemorragia maciça, grande hemorragia incontável, pequena hemorragia

incontrolável); grau de estado de consciência (discriminador específico: convulsão atual, alteração do estado de consciência e história de perda de consciência); temperatura (discriminador específico: hipotermia, adulto quente e febrícula) e agravamento (discriminador específico: problema recente, lesão/ferimento recente) (Grupo Português de Triagem, 1997).

Na área amarelo/laranja foi possível perceber a razão pela qual os colegas do SU se debatem no dia-a-dia por melhores condições físicas e estruturais, apesar das instalações serem novas. Esta área, apesar de ter um espaço mais amplo que nas antigas instalações e ter tirado os doentes do corredor, tem menos espaço pois tem 5 salas com a capacidade para 4 macas que estão sempre em sobrelotação; aqui é um único espaço compartilhado, onde as macas com os doentes se acumulam lado a lado, sem condições de privacidade, quase sem espaço para chegarmos aos doentes e sem as devidas distâncias aconselhadas pela Comissão de Controlo de Infecção e não permite ter uma visão global. Os doentes, apesar de não ser o desejado acabam por permanecer aqui internados mais de 24h, em macas estreitas, com grades e com colchões pouco apropriados para doentes acamados, muitos deles com úlceras de pressão à espera de vaga no serviço de internamento para onde estão transferidos.

Na área amarelo/laranja encontram-se doentes com patologia cardíaca, pulmonar respiratória, desequilíbrios hidroeletrólíticos, intoxicados, tentativas de suicídio, fraturas e doentes vindos da sala de reanimação.

Na área verde/azul constatei que os doentes triados chegam a esperar cerca de 6 ou mais horas para serem atendidos. O serviço de urgência é, muitas das vezes, a linha da frente no que diz respeito ao contato do doente com o serviço de saúde, verificando-se uma afluência crescente e um aumento das exigências de qualidade a par da necessidade da redução de custos. A implementação de estratégias em prol da sustentabilidade do sistema não se pode focar apenas na contenção de custos per si. Há, necessariamente, que entender o conjunto, do ponto de vista do utente que o procura, com todas as suas expectativas e emoções, de acordo com as suas condições de acessibilidade físicas e económicas; e do ponto de vista do profissional de saúde, como elemento de equipa de trabalho multidisciplinar, num domínio dinâmico em constante permuta, com ambições e frustrações, sujeito a pressões, a conflitos e à necessidade de uma comunicação permanente, universal e eficaz. Todo o sistema está ainda sujeito à política dos seus

gestores, que devem ter um papel proativo e não reativo, assumindo as suas inseguranças perante esta porta de entrada hospitalar de difícil controlo. (Maria da Luz Brazão, 2016).

Os Discriminadores, como nome indica, são fatores que fazem discriminação de doentes de forma a permitir a inclusão destes numa das cinco prioridades. Pode observar as realidades das diferentes áreas, permitindo, analisar todo o processo de abordagem ao doente crítico nas respetivas áreas. (Grupo Português de triagem, 1994)

A pequena cirurgia é uma área que dá resposta aos utentes da área amarelo/laranja do foro cirúrgico e ortopédico. Aqui pude colaborar na prestação de cuidados de conforto aos doentes internados com fraturas trocantiéricas, e administrei medicação.

A teórica Katharine Kolcaba, diz-nos que o conforto “é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental”. No desenvolvimento da sua teoria a mesma autora viria a acrescentar que conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009).

Nesta área encontram-se também doentes que aguardam a ida para o bloco operatório, daí ter tido oportunidade de participar nos cuidados pré-operatórios uma vez que o desempenho das minhas funções como enfermeira são no intraoperatório. Aqui são feitos cuidados de higiene sumários, é colhido sangue para análise, colocado, acesso venoso para soroterapia e medicação prescrita. Aguarda a chamada para o bloco operatório, sendo então transportado pelo AO. Devido às restrições impostas pela pandemia (COVID), a passagem da informação do doente, além de estar no sistema informático, é feita por telefone com o enfermeiro de anestesia do bloco operatório.

Aqui, identifiquei a necessidade de intervenção relativamente a prevenção da infeção do local cirúrgico, pois a mais atual evidência científica mostra que o banho pré-operatório com antissépticos à base de clorhexidina 2% reduz a colonização bacteriana da pele, o que poderá ser eficaz na prevenção da infeção do local cirúrgico. Este deve ser feito na véspera da cirurgia e no próprio dia, efetuado até 2 horas antes da cirurgia, incluindo o couro cabeludo e a higiene cuidada das unhas. Por outro lado, a administração da profilaxia antibiótica deverá ser realizada entre os 60min e os 30 min antes da incisão cirúrgica, o que garantirá a existência de concentrações de antibiótico a nível celular no momento da incisão cirúrgica. Mas o que acontece é que muitas vezes fazem uma

preparação sumária com água e sabão, pois por vezes são situações urgentes/ emergentes e a administração da profilaxia antibiótica é feita já no Bloco Operatório, pois não há certezas de quando o doente será chamado (OMS., 2017).

Na passagem pela sala de reanimação, foi-me explicado o funcionamento da mesma, quais os protocolos de atuação em relação à Via Verde AVC e Coronária e Reanimação Intra-Hospitalar.

No início e final de cada turno, colaborei na reposição dos materiais utilizados na sala de reanimação, efetuei a verificação do funcionamento do ventilador da sala e de transporte, dos desfibrilhadores da sala e de transporte; colaborei na preparação da medicação mais utilizada em situações de Suporte Avançado de Vida, assim como pude fazer a verificação da funcionalidade das saídas de Oxigénio (O<sub>2</sub>) e das balas de transporte. Também verifiquei as condições dos ressuscitadores manuais de cada uma das unidades da sala de reanimação. O desenvolvimento desta atividade ajudou-me a perceber a orgânica da sala de reanimação e quais as funções inerentes ao cargo de Enfermeiro, responsável pela mesma.

Na sala de reanimação colaborei na prestação de cuidados e tive intervenções diferenciadoras em doentes com: AVC (Via Verde AVC). A primeira vez que fiquei na sala de reanimação foi acionada via verde AVC, através do CODU, dando entrada na sala uma doente MG.com 74 anos, que tinha uma prioridade II, isto é um quadro neurológico detetado ao acordar e com tempo de duração entre 3 e 24 horas, referida, como independente, apresentava-se muito ansiosa (Dochterman, 2004) tal como a família. Foi monitorizada, puncionado acesso venoso periférico, feita colheita de sangue para hemograma, bioquímica e estudos de coagulação. Os tubos de sangue da doente são rotulados com identificação da mesma e é colocado um colante verde, para que no laboratório saibam que se trata de uma Via Verde e ser dada prioridade. Posteriormente foi submetida a TAC sem contraste. Todas estas atividades decorreram num espaço de 15-20 minutos. É decidido a terapêutica a utilizar faz-se uma avaliação do doente e é levado ao serviço de imagiologia para ser submetido a TAC, monitorizado e acompanhado pelo Médico e Enfermeiro. Após a realização do exame volta à sala de reanimação para o Médico analisar o relatório e decidir a intervenção adequada. O protocolo de atuação deve ser terminado no prazo de 1 hora.

Quando um doente vem referenciado com via verde AVC, a equipa da UGP já tem conhecimento da situação, pois o CODU informa o responsável da sala de

emergência da UGP, via telefónica, para ativar a via verde. Então, A UGP ativa a via verde, sendo então comunicado ao Médico de Medicina Interna, e aguarda-se a chegada do doente na sala de reanimação. Cerca de metade das mortes por EAM ocorrem nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas e cerca de 2/3 ocorrem na comunidade, sem que o doente tenha assistência médica. A avaliação inicial de um doente com EAM deve ser efetuada em 10 minutos, não devendo exceder os 20 minutos. terapêutica fibrinolítica no AVC: idade superior 18 e inferior a 80 anos; o início dos sintomas tem de ser inferior a 3 horas; TA igual ou inferior a 185/110 mmHg.

Entre outras situações pude experienciar intervenções a doentes com as seguintes patologias, Edema Agudo do Pulmão e Enfarte Agudo do Miocárdio (Via Verde Coronária).

Num serviço de urgência e numa situação aguda de doença o sentimento com que mais nos deparamos é a ansiedade, da pessoa e família e o medo de morrer.

O processo de hospitalização, tal como disse atrás, significa, para a pessoa doente, uma despersonalização, pelo fato de ela reconhecer a dificuldade em manter sua identidade, intimidade e privacidade (Bezerra EP, 2014). Essas questões, de acordo com Betty Neuman, traduzem-se em situações geradoras de stress, as quais aumentam o nível de ansiedade e de stress pessoa internada (Neuman, 1989).

A ansiedade, segundo (Dochterman, 2004) pode ser um sentimento de desconforto e é acompanhado por uma resposta automática em que a sua origem pode ou não ser conhecida, ou, ser um sentimento que surge como forma de antecipação ao perigo e vai funcionar como um sinal de alerta para que o individuo possa lidar com a possível ameaça.

Para melhor atuar perante a problemática que é a ansiedade, impõem-se que esta seja classificada, para melhor adequar as intervenções de enfermagem. A ansiedade é classificada por (Townsend M. C., 2009) em ligeira, moderada e grave.

As intervenções de enfermagem são direcionadas ao utente, à família, à comunidade, individualizadas ou em grupo. Qualquer que seja o alvo, estas “intervenções derivam da aplicação das atividades de diagnóstico visando a *identificação de problemas e têm um papel de extrema importância para a construção de um plano de cuidados para o doente/família. A identificação dos problemas mais relevantes reveste-se de particular*

*dificuldade, uma vez que todos eles poderão concorrer para a melhoria dos sinais e sintomas e para a reabilitação do doente” (Carvalho J. C., 2012).*

Todas estas intervenções de enfermagem têm caráter individual, permite à díade enfermeiro- utente uma evolução na relação terapêutica mais rápida em relação às atividades em grupo, devido à proximidade e condições para que se estabeleça essa relação (Payne, 2003).

A intervenção de enfermagem que utilizei mais vezes neste estágio, foi promover no doente a técnica de respiração que visa proporcionar um alívio ao nível da ansiedade presente. Também intervim, através do desenvolvimento de estratégias de *coping*, habilidades, conhecimento sobre a doença, todos promotores de um maior controlo sobre a ansiedade e assim uma maior qualidade de vida.

A explicação e acompanhamento permanente da saúde da doente também permitiu uma redução de ansiedade por parte da família.

Ainda neste contexto clínico e na sala de reanimação colaborei no cuidado especializado num doente que teve de fazer uma traqueostomia de emergência, dado serem situações onde me são reconhecidas competências interventivas. No final do procedimento tive oportunidade de partilhar os protocolos utilizados para tratamento do material utilizado.

Outros doentes com os quais também colaborei nos cuidados, foram doentes com tentativas de suicídio por automutilação trazidos pelo INEM. Os efeitos da pandemia na saúde mental manifestam-se especialmente nos mais vulneráveis, mais novos, idosos, mulheres jovens, mulheres grávidas e nos mais sensíveis quando a ordem do dia é alterada, como quando existe isolamento, impossibilitando o acesso a recursos habituais, e o acesso aos cuidados. (Reis, 2021)

O suicídio é um ato humano complexo, refere-se à morte desencadeada por uma série de reações e dificuldades no ser humano, que se associam-se à incapacidade humana de representar psicologicamente a morte, ele traz à tona a morte decidida e programada Segundo definição adotada pela OMS (2000); Comportamento suicida não fatal para os atos que não resulte em morte, classificam -se em três categorias diferentes: Ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. (ordem dos enfermeiros, 2012).As tentativas são mais frequentes em relação ao suicídio e raros são os casos que resultam em óbito. Os comportamentos suicidas não fatais nas suas mais variadas formas podem

caracterizar-se desde o para-suicídio até ao suicídio completo, passando pela tentativa de suicídio, que continua a representar na clínica psiquiátrica e na sociedade atual um sério problema de Saúde Pública. Os casos descritos acometem doentes com doença mental muito grave (perturbação depressiva major, psicoses), doentes com patologia mental menos grave (perturbação de pânico e de personalidade) e sujeitos sem doença mental diagnosticada. A maior prevalência desta forma de comportamento continua a ser encontrada nas perturbações afetivas, sobretudo depressão e doença bipolar. Entenda-se como surto psicótico doença mental da qual as pessoas que sofrem desta, se encontram desconectadas da realidade. Desta maneira, o paciente constrói sua própria realidade e esta circunstância o desvincula do autêntico mundo real que há ao seu redor (conceitos, 2017). Um dos casos era um doente bipolar que após ser assistido pela cirurgia foi reencaminhado para a psiquiatria, outro foi para o bloco operatório pois fez várias perfurações no tórax e tentativa de degolação.

Nesta situação as intervenções de enfermagem que desenvolvi foram valorizar a percepção e comportamento do doente e fazer uma avaliação dos fatores de risco envolvidos e manter uma relação terapêutica. Esta assume-se...

hoje como fulcral no domínio da atuação autónoma dos enfermeiros, tendo vindo a tornar-se num meio poderoso de intervenção e num elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem.

Os enfermeiros ao valorizarem a percepção e comportamento do indivíduo, a existência de risco de comportamento suicidário, têm obrigação de intervir. Uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio passa por estabelecer com a pessoa em risco uma relação de confiança e empatia que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, para posteriormente promover uma intervenção especializada e eficaz.

Segundo a RNAO (2009), a relação terapêutica descreve um processo interpessoal que ocorre entre o enfermeiro e o(s) cliente(s), que é intencional e dirigido aos objetivos e resultados traçados pelo indivíduo em risco de adotar comportamento da esfera suicida. O estabelecimento de uma relação terapêutica é considerado essencial para a criação de um contexto no qual o enfermeiro pode ativamente interagir com o cliente e explorar as suas necessidades, desenvolvendo estratégias para reduzir o risco de suicídio, servindo como fator de proteção e incentivando um sentimento de esperança e união (Nzgg, 2003).

Enquanto estagiária neste SU acolhi, também, vários doentes com surtos psicóticos, que foram logo encaminhados para a psiquiatria.

Quando alguém adoece, os sentimentos negativos podem exacerbar o sofrimento, principalmente o sofrimento no doente em fim de vida e na família, o qual é difícil e muitas vezes complexo de avaliar, pois para além de se manifestar com problemas físicos, psicológicos, religiosos e culturais... podem também ser agravados pela presença de outros sintomas físicos, tais como a dor. Consequentemente sofrer, não é algo meramente físico, mas abrange o ser humano na sua totalidade, provocando um desequilíbrio no seu Eu e necessariamente na sua dimensão espiritual. Cuidar de alguém que está prestes a morrer é cuidar de um ser humano vivo numa situação especial, a fase terminal da sua vida (Kolkaba K. , 2009).

No último dia de estágio a última doente que recebi foi uma senhora de 96 anos em fase terminal que veio com a indicação que a doença deveria seguir o seu rumo natural tendo sido prestados os cuidados de conforto. Cuidar de alguém que está prestes a morrer é cuidar de um ser humano vivo numa situação especial, a fase terminal da sua vida. “O morrer e a morte é agora, e cada vez mais o território do «profissional», seja médico, enfermeiro, padre ou outro” (Oliveira: 2001:255).

A integração na UGP foi dificultada devido à complexidade do serviço e da constante mudança de doentes. A equipa multidisciplinar é constituída por 5 equipas e elementos fora de escala com de 150 enfermeiros no total sendo que nem sempre.

A comunicação, não é fácil, daí a importância de haver um enfermeiro responsável para cada uma das 5 equipas (A; B; C; D e E). O enfermeiro responsável por cada equipa, realiza as atividades inerentes ao seu conteúdo funcional sob a coordenação da Enfermeira Chefe e organiza os cuidados de enfermagem na sua equipa com base nos recursos humanos e materiais disponíveis. Foi-me dada a oportunidade de colaborar com Enfermeiro orientador, quando na função de chefe de equipa na gestão dos recursos materiais e humanos para dar resposta as necessidades das respetivas áreas. Foi importante conhecer toda a dinâmica empregue na gestão de um serviço, por julgar ser de grande importância para qualquer enfermeiro e em especial para um Enfermeiro Especialista, como colaborador responsável na organização dos serviços na gestão de recursos humanos, materiais, pareceres éticos.

Neste contexto clínico foi nosso propósito sublimar a dignidade da pessoa e acomodando o ambiente, o máximo possível, e atender às individualidades e cultura dos utentes e dos familiares como predisposta na deontologia da profissão de enfermagem e suas bases éticas tendo presente que este serviço abrange uma população multicultural e com diferentes línguas e credos, para que tivesse um melhor desempenho e pudesse satisfazer adequadamente as necessidades destas pessoas, foi necessário fazer uma pesquisa sobre os costumes de diferentes culturas, (Indianos, paquistaneses, nepaleses, angolanos, chineses, romenos, franceses, alemães, ingleses entre outros) por forma a tornar o ambiente mais seguro e agradável possível, preservando a estruturação das intervenções, resultando uma melhoria constante. A atitude proativa que tive desde o primeiro dia, levou à procura de novas experiências e momentos de aprendizagem, especialmente situações com as quais não estava tão familiarizada.

O desenvolvimento de competências nesta área foi obtido mediante a colaboração e interação com a equipa, continua pela pesquisa bibliográfica, questionando sempre como melhorar prática e cuidados. Promovi reuniões de reflexão e avaliação com os orientadores no sentido de interpretar melhor os dados e valores fornecidos pelos equipamentos e relacioná-los com as disfunções que comprometem a vida do doente, de modo a antecipar necessidades do mesmo, melhor definir cuidados e hierarquizar tais intervenções, para garantir qualidade na atuação.

Durante este percurso formativo e neste contexto procurei sempre novas experiências e momentos de aprendizagem, que muito concorreram para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Adquiri e desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista e também competências específicas para o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica desenvolvi competências que envolveram dimensões como educação, orientação, aconselhamento, gestão, formação/investigação e supervisão, comunicação liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

. Assim como aprofundei conhecimentos, este foi um percurso académico, que se revelou muito enriquecedor, a nível pessoal e profissional, que me deu um novo olhar sobre a complexidade do trabalho realizado neste tipo de serviços, assim como, sobre o cuidado à pessoa em situação crítica e às suas famílias.

Não posso deixar de enaltecer as competências que os enfermeiros que trabalham em urgência têm, pois, apesar de ser um serviço exigente em todos os aspectos, conseguem sempre prestar cuidados, mantendo o respeito e dignidade do outro.

Numa altura em que o mundo está em constante mudança acredito que, as experiências que vivi e experienciei poderão e irão moldar o meu pensamento e a minha maneira de refletir e vivenciar as mesmas. O modo como olhamos hoje determinada realidade não será com certeza o mesmo modo como olharemos no futuro.

Com esta etapa concluída, levo comigo um grande sentimento de agradecimento e motivação para continuar a aprender e a evoluir como enfermeira.

## CONCLUSÃO

O presente Relatório foi elaborado com base nos objetivos gerais e específicos delineados, e nas competências inerentes à Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sempre em consideração os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas durante os estágios, realizados na unidade de Cuidados Intensivos e na urgência Geral e Polivalente.

Com a realização deste relatório pretendi demonstrar as competências, teóricas, científicas, técnicas, éticas e relacionais, desenvolvidas e adquiridas durante o Curso de mestrado subsidiadas pelos Estágios realizados em dois contextos diferentes, mas complementares que irão, certamente, proporcionar melhorias no desempenho a todos os níveis, em especial na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Considerando-o como o culminar de um percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional que me permitiu e proporcionou uma constante mobilização de conhecimentos e a aquisição de competências.

A Enfermagem vive da essência do cuidar e da sua ciência, com o conhecimento científico em constante desenvolvimento e cuidados técnicos e humanos baseados na relação interpessoal. Os avanços tecnológicos e científicos traduzem uma enfermagem em constante desenvolvimento e crescimento, mas isto exige por parte dos seus profissionais, os enfermeiros, a consciencialização da necessidade de aquisição, aprofundamento e atualização de saberes teóricos e práticos. Apenas com este desenvolvimento de conhecimentos e competências se pode caminhar para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, fundamentais para a excelência do cuidar. Esta caminhada neste ciclo de estudos foi uma opção tomada perante a vontade e necessidade de aperfeiçoar a conduta profissional, sendo este um dever ético e deontológico de todos os enfermeiros como descritos nos artigos 78º e 88º do código deontológico dos enfermeiros onde no primeiro temos , um valor universal na relação profissional é direcionada para “ a competência e o aperfeiçoamento profissional” e no segundo artigo, feita a menção à procura que o enfermeiro faz, em todo o ato profissional, a excelência do exercício assumindo o dever de “manter a atualização contínua dos seus

conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Decreto-Lei nº 104/98).

Durante este percurso académico emergiram questões que tive de resolver, sobre a capacitação do autocuidado do doente transplantado, tema investigado por mim e pela colega do mestrado Isaura Pinto, considerado pertinente para o nosso quotidiano funcional e de cuidado.

Participamos com um póster nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais de Enfermagem intituladas “Uma Enfermagem a Criar Futuro no Presente”, (Apêndice 1) organizadas pela Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorreram no dia 8 de junho de 2022 (Anexo 1).

Participamos em dois seminários internacionais, no III Seminário Internacional Do Mestrado em Enfermagem (Edição Online) que decorreu no dia 27 de Novembro de 2020, “Enfermagem Especializada- Protagonista no Presente Inovadora no Futuro”( Anexo 2) e no IV Seminário Internacional do mestrado Em Enfermagem com o tema “Enfermagem Especializada - Um Valor em Saúde” , que decorreu a 26 de Novembro de 2021 (Anexo 3).

Não posso deixar de referir o acolhimento e a disponibilidade reflexiva e intelectual de todos os enfermeiros com quem me cruzei e que muito contribuíram para o meu desenvolvimento de competências de especialista, nos diferentes serviços onde fiz estágio, pois estiveram sempre disponíveis para responder a qualquer questão e sempre com espírito de equipa e entejuda generosa na partilha de saberes, aprendendo com eles que o Enfermeiro Especialista deve ser, cada vez mais, um profissional reflexivo e capaz de mobilizar todo um conjunto de informação científica, tecnológica e relacional, alicerçado em saberes providos pela experiência vivida em contexto de prática, evitando uma intervenção fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade, pois como nos diz Florence Nightingale “a observação indica como está o paciente; a reflexão indica o que tem que fazer; a destreza prática indica como tem que fazê-lo” (Florence Nightingale, (Nightingale, 2016).

A experiência vivenciada na UCI permitiu-me criar um entendimento profundo do cuidado especializado numa abordagem humanizada, dando uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades da pessoa em situação crítica e família. Contudo,

apesar do peso técnico e tecnológico que se fez mostrar em volta do doente, o seu cuidado foi privilegiado, direcionado e personalizado, assegurando a melhor relação humana minimizando o impacto do doente e família e facilitando os processos de transição. A prestação de cuidados em SU-UGP exigiu a aquisição e mobilização de um elevado nível de conhecimentos, de capacidades e de habilidades que me permitiram identificar e responder a problemas súbitos, graves e complexos.

Assim, além de preencher e fortalecer um projeto de vida no contexto profissional, aprez-me saber que consigo, agora, contribuir para a construção de uma prática sustentada na evidência e cuidados de excelência. Logo, é essencial que haja da minha parte um aprofundamento contínuo de conhecimentos, compatível com a complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica. Denoto que possuo um nível mais aprofundado de conhecimentos, uma maior capacidade de raciocínio clínico para a prestação dos cuidados de enfermagem e, proporcionalmente, uma maior motivação e aptidão para prosseguir na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, pois como refere Benner (2001) “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se”, e essa mudança será sempre uma melhoria da prestação de cuidados.

Assim, e tendo por base uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, os principais objetivos da realização deste percurso formativo e deste Relatório visaram o desenvolvimento das competências inerentes à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua Família, como também o grau de Mestre em Enfermagem.

## BIBLIOGRAFIA

- (s.d.). Obtido de [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8587/4/GUGGING SWALLOWING SCREEN na avaliação clínica da deglutição.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8587/4/GUGGING_SWALLOWING_SCREEN_na_avalia%C3%A7%C3%A3o_cl%C3%ADnica_da_degluti%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- (julho de 2017). Obtido de conceitos: [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8587/4/GUGGING SWALLOWING SCREEN na avaliação clínica da deglutição.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8587/4/GUGGING_SWALLOWING_SCREEN_na_avalia%C3%A7%C3%A3o_cl%C3%ADnica_da_degluti%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Almeida, m., & Ribeiro, j. (2009). *quqlidade de vida dos doentes nos cuidados intensivos*. Lisboa.ISSN 0871-6196.21:247(julho 2009): Nursing.
- Ana Paula Ramos, F. M. (2012). A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL NA ÁREA DA SAÚDE. *Comunicação e saúde*, 164.
- Atkinson, B. I. (2009). *A unidade de cuidados intensivos*. Lisboa: Nursing.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, Excelência e poder na prática clinica de Enfermagem*. coimbra: quarteto.
- Benner, P. K. (2011). *Clinical Wisdom And Interventions in acute and critical care* . *New York: Springer Publisher Company*.
- Bezerra EP, O. F. (2014). Human suffering and nursing care: multiple views. *Esc Anna Nery*. 18.
- Câmara, J. Q. (2016). *Estratégias implementadas pelo enfermeiro para aprendizagem do transplantado renal em imunossupressão / Strategies implemented by nurses for learning kidney transplant immunosuppression*. Obtido de *Ciência cuidado e saúde*: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i2.28502>
- Carvalho, J. C. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 53.

Carvalho, M., Vitorino, M., Morgado, M., & Oliveira, S. (Novembro de 2013). QUE CUIDADOS À PESSOA PORTADORA DE DISPOSITIVOS CARDIACOS.

co. (s.d.).

conceitos, e. e. (julho de 2017). *conceitos.com*. Obtido de . ([https://conceitos.com/surto-  
psicotico/](https://conceitos.com/surto-psicotico/))

Connie White-Williams. (2011). Progress in transplantation. *Phd University of Alabama Hospital at Birmingham, 21, 4*.

Corte Real, I. ( 2007). *Enfermagem em cuidados intensivos.Revista portuguesa de Bioética. Nº1,*.

Dgs, t. d. (s.d.). *Triagem de manchester dgs*. Obtido de Direção Geral de Saúde: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/>

Dochterman, J. M. (2004). Repositório Ucp. *Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)*.

Duarte, M. M. (2004). Assistência de Enfermagem. *Manual de Transplantes de órgãos e tecidos, 592-624*.

Forsberg, A. B. (2002). *Liver transplant recipients' ability to cope during the first 12 months after transplantation - a prospective study*. . Obtido de Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16(4), 345–352. [https://doi.org/10.1046/j.1471-6:  
https://doi.org/10.1046/j.1471-6](https://doi.org/10.1046/j.1471-6:https://doi.org/10.1046/j.1471-6)

Freire, P. (2003). O caminho se faz caminhando sobre educação e Mudança Social.

- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência. II série. N.º 6. (Junho 2008). Coimbra. ISSN 0874-0283*.
- *Comissão Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012) Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>. . (s.d.). Obtido de • Comissão Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012) Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>.*

- Kolkaba, K. (2009). *Comfort. Application to nursing research, S.I Lippincott.*
- Kolkaba, K. (2009). *Comfort.*
- Lazear, S. E. (2001). Transporte aéreo e terrestre. In Sheehy, Susan - *Enfermagem.* Em S. E. Lazear.
- Leitão, C. M. (s.d.). *ubibliorum.* Obtido de <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/781?mode=full>
- Lissia Ana, B. R. (2011). Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas 2011 •7(1) • pp. 35-43, 38.*
- Mahdizadeh, A. O. (2020). The Need for Renovating patient Education In Kidney Transplantation: A quality Study. *Journal of Education and Health Promotion, 154.*
- Manuela, M. (2021). *A pessoa em Situação Crítica-Vigilância e Situação Clínica.* Obtido de Guia de unidade Curricular.
- Maria da luz Brazão, S. N. (2016). Atividade Nos Serviços de Urgência Hospitalares. *Artigo de opinião, 8-14.*
- Médicos, Ordem dos. (2017). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.*
- Meleis. (1997). Theoretical nursing development and progress.
- Meleis., A. I.-O. (2000). *eleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science.* Obtido de Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science:* <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mistura, C., Maldaner, C. R., Silveira, C. L., Roso, C. C., Timm, A. M., Pauletto, M. R., & Beuter, M. (2011). O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO. *Contexto de Saúde, 1109.*
- Mota, L. B. (2018). *Liver transplant recipients: nursing therapeutics during follow-up.* *Revista de Enfermagem Referência, IV Série. 16, 19–28.*

- <https://doi.org/10.12707/RIV17086>. Obtido de Revista de Enfermagem Referência, IV Série. 16, 19–28: <https://doi.org/10.12707/RIV17086>
- Mota, L. C. (2016). Mota, Liliana, Cruz, M., & Costa, C. (2016). *Therapeutic regimen management - development of a flowchart to support decision-making: qualitative study*. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*. 11, 71–79. <https://doi.org/10.12707/RIV16056>. Obtido de Revista de Enfermagem Referência, IV Série. 11, 71–79: <https://doi.org/10.12707/RIV16056>
- Mota, L. R. (2011). A transição no transplante hepático- Um estudo de Caso. *Revista de Enfermagem de referência*, 5.
- Negreiros, D. S. (2016). *Transplante hepático em hospital de referência: Competências do enfermeiro no serviço ambulatorial*. *Revist*. Obtido de ransplante hepático em hospital de referência: Competências do enfermeiro no serviço ambulatorial. *Revist*: <https://doi.org/10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup2016002>
- Negreiros, D. S. (2016). Transplante Hepático em Hospital de referência: Competências do Enfermeiro no sServiço ambulatorial. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13351-1359.
- Neto, R. a. (2011). *emergenciausp.br*. Obtido de <http://www.medicinanet.com.br/>.
- Neuman, B. (1989). *The Neuman systems model. Application to nursing education and practice*. Norwalk: Comm Appleton & Long;
- Nightingale, F. (2016). *25 Frases de Florence nightingale*. Obtido de 42 Frases: curadoria de frases organizadas por assuntos e autores: <https://www.42frases.com.br/frases-florence-nightingale/>
- NIGHTINGALE, f. (s.d.). *42 FRASES DE FLORENCE NIGHTINGALE*. Obtido de <https://www.42frases.com.br/frases-florence-nightingale/>
- Nzgg. (2003). *The Assessment and Management of People at Risk of Suicide: Best Practice Evidence-based Guideline*. *New Zealand Guidelines Group*.
- OE, O. d. (2017). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Padroes De Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem-médico-Cirurgica: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf).

- OE, O. d. (2018). Regulamento de competências do Enfermeiro especialista.
- OE, O. d. (regulamento nº 429/2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na Área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioper.*
- oliveira. (2001). 255.
- OMS. (2000). Prevenção do suicídio. *SUPRE*. Genebra.
- OMS. (Setembro de 2017). Prevenção da infeção do local cirúrgico no adulto. *cira 102*.  
Obtido de Cira 112.
- ordem dos enfermeiros. (2012). *Ordem dos Enfermeiros.Pt*.
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of a Praticce ( 6th ed.). Em O. D, *Nursing: Concepts of a Praticce* (pp. 43-245). St. Louis MO.
- Payne, A. (2003). *Técnicas de relaxamento- um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- Pena, B. D.-7. (2020). *tividades da vida diária de pacientes após transplante pulmonar*. . Obtido de enfermagem Em Foco, 10 (7): <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2525>
- Pereira, I. (2011). *Do Hospital para casa:estrutura da acção de enfermagem*. Obtido de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9353>
- Peters, M. D.-1. (2021). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. . *JBI Evidence Implementation*, 19 (1), 3–10.
- Primo, H. H. (s.d.). Conhecimento da equipe de enfermagem na assistência ao paciente em pós-operatório de transplante renal. revista uningá.
- Pueyo-Garrigues, M. S. (2016). Educacion para la salud en el paciente transplantado y su Familia en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermaria Intensiva*, 31~39.
- Pupulim, J. S. (2002). O Cuidado de Enfermagem e a Invasão da Privacidade do Doente: Uma Questão ético-Moral. *Revista Latino em Enfermagem*, 433-438.
- Reis, M. E. (2021). Efeitos da pandemia na saúde mental. *Jornal IN*, 1.

- Ruiz, D. C., Consuegra, R. V., & Ruiz, I. T. (2018). Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado intensivo adulto. *ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN (ORIGINAL) RESEARCH PAPER (ORIGINAL)*, p.70.
- santos. (2015). percepção de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. pp. 337-343.
- santos, C. s.-S. (2015). Em *revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pós transplante renal*. (pp. 597-603).
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2021). Urgências – Hospital de São José. Portugal. (2021). Obtido de <http://www.chlc.min-saude.pt/urgencias/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537>.*
- Silva,A.E.;Pontes,U.O., Genzini,T.,do Prado, P.R.,& Amaral,T.L. (2014).
- Soares, L. d. (2020). *Transplantes de Órgãos Sólidos no Brasil:Estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro*. Obtido de Epidemiologia e Serviços de saúde: <https://doi.org/10.5123/S1679-497420000100014>
- spms, S. p. (2021). Obtido de (<http://jintrasp.org/Paginas/RegulamentodoCentrodeResponsabilidadeCirurgiaCardiotorácica.asp>)x
- Tatiana, S., S., m., & p., J. (17 de setembro de 2007). *Scielo.br*. Obtido de identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200004>)
- Townsend, M. C. (2009). *Enfermagem em saúde Mental e psiquiatria baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e intervenção*. Loures: Lusodidata.
- Ventura, I. (2018). *repositorio.ipl.pt*. Obtido de <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8587/4/GUGGING%20SWALLOWING%20SCREEN%na%20avaliação%20cl%C3%ADnica%20da%20deglutição.pdf>

Wachholz, L. K. (2020). Alta hospitalar do paciente transplantado hepático: rRevisão  
iIntegrativa. *Escola Anna Nery*, 4-24.



## **ANEXOS**

**ANEXO 1– Certificado de Apresentação do Póster “Cuidados de Enfermagem  
na Capacitação da Pessoa Submetida a Transplante para o Autocuidado –  
Revisão Scoping”**



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



XI JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA  
IX JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

# Certificado

Certifica-se que o Póster "Cuidados de Enfermagem na Capacitação da Pessoa Submetida a Transplante de Órgão para o Autocuidado - Revisão Scoping", elaborado por Alexandra Cabral, Isaura Moura, Manuela Madureira & Rita Marques, foi **apresentado** nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais de Enfermagem intituladas "Uma Enfermagem a Criar Futuro no Presente", organizadas pela Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorreram no dia 8 de junho de 2022.

Prof.ª Doutora Patrícia Pontífice Sousa  
Coordenadora do CLE da EEL-ICS-UCP

Prof.ª Doutora Amélia Simões Figueiredo  
Diretora da EEL-ICS-UCP

**ANEXO 2–Certificado de participação no III Seminário Internacional do  
Mestrado em Enfermagem- “Enfermagem Especializada: Protagonista no  
Presente Inovadora no Futuro”**

**III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**  
**ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:**  
**PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO**

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Maria Alexandra de Azevedo Pereira Lourenço Pires Cabral**, participou no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no **dia 27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

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

  
Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde

**Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN**  
Professora Auxiliar

Aluno n.º 192020012

**ANEXO 3–Certificado de participação no Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem- “Enfermagem Especializada: um Valor Em Saúde”**



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

## IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE



### CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Maria Alexandra de Azevedo Pereira Lourenço Pires Cabral** estudante n.º 192020012, participou **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*

Professora Auxiliar

[malexcabral@gmail.com](mailto:malexcabral@gmail.com)



## APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – Póster “Cuidados de Enfermagem na Capacitação da Pessoa  
Submetida a Transplante para o Autocuidado – Revisão Scoping”**



# Uma Enfermagem a Criar Futuro no Presente



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO PARA O AUTOCUIDADO – REVISÃO SCOPING

Autoria(s): Alexandra Cabral<sup>1</sup>; Isaura Moura<sup>2</sup>; Manuela Madureira<sup>3</sup>; Rita Marques<sup>4</sup>

Afiliação do(s) autor(es): <sup>1,2</sup> Estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica da UCP; <sup>3</sup> Professora auxiliar na UCP-Lisboa; <sup>4</sup> Professora Adjunta na ESSCVP-Lisboa

**Introdução:** Desde o final do século XX, com os avanços técnico-científicos, assistimos a um crescimento da transplantação, enquanto opção terapêutica para a pessoa com fálência terminal de órgão. Reconhecemos, porém, que a realização de um transplante implica adaptações na vida diária da pessoa transplantada e da família, nas quais o enfermeiro assume particular importância, enquanto facilitador do processo de transição, no sentido de desenvolver intervenções, em parceria com a pessoa e família, que permitam a capacitação para o autocuidado.



<https://rowman.com/ISBN/9781442211155/The-Organ-Donor-Experience-Good-Samaritans-and-the-Meaning-of-Altruism>

**Objetivo:** Mapear a extensão da literatura sobre os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado.

**Método:** Revisão *scoping*, recorrendo às bases de dados incluídas na Plataforma EBSCO *Host*; *Scielo*, *B-On*, *LILACS-BVS* e *Veritati* - Repositório Institucional da UCP, seguindo a metodologia proposta pelo JBI. Utilizou-se como descritores DeCS/MeSH: “transplantação”; “transplante de órgão”; “cuidado de enfermagem” e “autocuidado” e como palavras-chave: “intervenção de enfermagem” “terapêuticas de enfermagem”; “empoderamento” e “gestão do regime terapêutico”. Ambos foram validados na língua inglesa e castelhana e conjugados com os operadores booleanos “OR” e “AND”. Pretendeu-se dar resposta à questão de investigação “Quais os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado?”. Os critérios de seleção e de inclusão foram definidos de acordo com o acrónimo PCC: População (P) - pessoa submetida a transplante; Conceito (C) - intervenção do enfermeiro; Contexto (C) - capacitação para o autocuidado; estudos que incluíam pessoas com idade igual ou superior a 18 anos submetidas a transplante de qualquer órgão sólido, publicados em inglês, português ou castelhana nos últimos 10 anos.

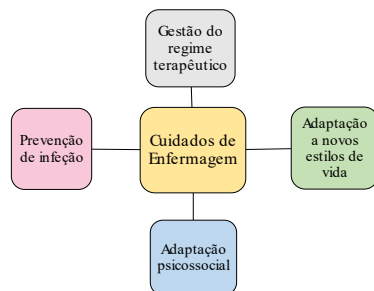


Figura 1: Cuidados de enfermagem na capacitação à pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado

**Resultados:** Foram identificados 1218 artigos e incluídos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 8 para análise. Na análise dos resultados obtidos, optamos por agrupar os cuidados de enfermagem nas categorias: “gestão do regime terapêutico”, “adaptação a novos estilos de vida”, “prevenção de infeção” e “adaptação psicossocial” (figura 1).

No âmbito da “gestão do regime terapêutico” destacam-se intervenções no âmbito do ensino sobre regime medicamentoso, dietético e de exercício (Câmara et al., 2016; Mota et al., 2016; Mota et al., 2018; Negreiros et al., 2016; Pueyo-Garrigues et al., 2016; Wachholz et al., 2020). Relativamente à “adaptação a novos estilos de vida”, intervenções relacionadas com a necessidade de adotar um estilo de vida saudável, tomar precauções na exposição solar, na realização de viagens e no retorno à vida laboral (Mota et al., 2016; Negreiros et al., 2016; Pueyo-Garrigues et al., 2016). Relacionado com a “prevenção de infeção”, intervenções relacionadas com ensino dos sinais de infeção, autovigilância e prevenção de infeções (Mota et al., 2016; Mota et al., 2018; Pueyo-Garrigues et al., 2016). Quanto à “adaptação psicossocial”, emergiu o ensino sobre adaptações nas atividades de vida diária, tomando, aqui, especial relevância o envolvimento da família (Mahdizadeh et al., 2020; Pueyo-Garrigues et al., 2016).

A realização desta revisão permitiu também destacar a importância do desenvolvimento de competências relacionadas com a educação para a saúde, obtendo efeitos positivos nos resultados clínicos da pessoa, na diminuição da morbimortalidade, nos custos e recursos em saúde (Pueyo-Garrigues et al., 2016). É destacada, também, a importância do enfermeiro na gestão do cuidado para a alta hospitalar, tendo em vista a educação e promoção da saúde, visando cuidados de saúde abrangentes, seguros e eficazes (Wachholz et al., 2020).

Assim, é possível verificar que em todos os estudos é reconhecida a importância do enfermeiro no âmbito da capacitação para o autocuidado na pessoa submetida a transplante, favorecendo a autonomia e a capacitação da pessoa para o autocuidado e para a aceitação da nova condição de saúde, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da pessoa transplantada.

**Conclusão:** A capacitação da pessoa transplantada para o autocuidado assume-se como uma área central do cuidado, sendo reconhecida a importância do enfermeiro na promoção da autonomia, contribuindo para a qualidade de vida da pessoa transplantada. Como dificuldades enfrentadas, durante a seleção dos artigos, um elevado número abordava a importância da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa transplantada, não dando resposta, à questão de investigação. Consideramos importante a realização de mais estudos sobre possíveis benefícios da intervenção numa fase pré-transplante, no âmbito da capacitação da pessoa para o autocuidado, de forma a facilitar o processo de transição.

Descritores DeCS/ Mesh: transplantação (*transplantation*); transplante de órgão



Referências Bibliográficas