



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**ABORDAGEM À FAMÍLIA EM PROCESSO DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS: UM CUIDADO ESPECIALIZADO**

Internship Report:

**APPROACH TO THE FAMILY IN THE ORGAN DONATION
PROCESS: ADVANCED CARE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Ana Rita Ribeiro Silva

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**ABORDAGEM À FAMÍLIA EM PROCESSO DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS: UM CUIDADO ESPECIALIZADO**

Internship Report:

**APPROACH TO THE FAMILY IN THE ORGAN DONATION
PROCESS: ADVANCED CARE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Ana Rita Ribeiro Silva

Sob a orientação de Prof.^a Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2024



RESUMO

O presente relatório realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, pretende refletir o percurso na aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas, tendo o propósito de servir como momento de avaliação da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, visando a atribuição do grau académico de Mestre e título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este trabalho tem como principais objetivos a descrição organizada e concisa e a análise reflexiva das competências de mestre e de enfermeiro especialista, desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso, como também a partilha dos resultados da investigação desenvolvida.

Para esta análise crítico-reflexiva, integrando a evidência no cuidado especializado, foi cuidadosamente definido um caminho que, contemplando diferentes experiências, conduzisse à aquisição das competências de especialista. Para esse efeito, foram selecionados três contextos de estágio: Serviço de Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos Específica e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Este percurso possibilitou, para além das inúmeras trocas de experiências e conhecimentos ao longo dos estágios, com as diversas equipas, a par do trabalho de investigação, a realização da *Scoping Review*, que se encontra atualmente em revisão pela equipa de investigação para submissão em revista científica e a realização de um póster científico para apresentação em seminário.

A investigação diz respeito a uma *Scoping Review* no âmbito das necessidades da família no processo de doação de órgãos e tecidos, relacionando-se



transversalmente aos diversos contextos de estágio. O processo de transplante de órgãos e tecidos é um processo de sucesso pelo que evoluiu em pouco tempo, sendo que os progressos técnicos e científicos permitiram melhorar as possibilidades terapêuticas e a qualidade de vida. Durante o processo de doação, a família experiencia diversos desafios relacionados com o medo e a reduzida informação sobre os procedimentos, tornando-se fundamental o apoio na gestão de emoções, criando-se assim uma relação terapêutica. O papel do enfermeiro é determinante na prestação do cuidado, não só face ao dador de órgãos, como também à sua família, pelo que a experiência da família em todo este processo tem sido alvo de discussão em diversos estudos. A identificação das necessidades da família e o seu reconhecimento pelos profissionais de saúde permitem uma melhor adaptação das mesmas ao processo de doação, pelo que os autores consideraram pertinente realizar uma *Scoping Review*, com base na metodologia proposta, com o objetivo de mapear as necessidades da família durante o processo de doação de órgãos. Ao mapear a evidência disponível sobre a temática escolhida, emergiram quatro categorias: a necessidade de informação, de suporte emocional, as necessidades materiais e ambientais e, por fim, a necessidade de follow-up.

Os referenciais teóricos integrados no desenvolvimento do cuidado especializado de excelência e que nortearam o pensamento em Enfermagem de todo o percurso, bem como deste trabalho, foram a “Teoria das Transições” de *Afaf Meleis* e a teoria de *Patricia Benner* “De Iniciado a Perito”.

Palavras-Chave: doação de órgãos; família; necessidades; enfermagem.



ABSTRACT

The present report is carried out in the framework of the Medical-Surgical Nursing Specialization and master's degree in nursing for the Person in Critical Situation, from the Nursing School of Lisbon, a division of the *Universidade Católica Portuguesa*, and intends to mirror the path taken in the acquisition and development of specialised clinical skills. While serving has a moment of evaluation in the scope of the curricular unit entitled "Final Internship and Report", this work also aims to awarding of the academic title of Master and Medical-Surgical Specialist Nurse. The main goals of this endeavor are the methodical description and reflective analysis of the skills of a Master and Specialist Nurse, which were acquired and developed along the way, and to share the results obtained during this research.

For this critical and reflective analysis, which integrates the theoretical "know how", a path was carefully outlined that, while contemplating different experiences, ultimately lead to the acquisition of skills that are required for a specialist nurse. For that, three traineeship environments were selected: General Emergency Room, Specialised Intensive Care Unit and the General-purpose Intensive Care Unit. Besides the countless experience and knowledge exchanges during the traineeships, in different multidisciplinary teams, the work carried out allowed, along with the research work, the launch of a Scoping Review, which is, now, under review, with the aim of being submitted to scientific journals and presented in seminars.

The research work carried out concerns a Scoping Review, conducted in the context of the needs of the family during organ and tissue donation, which, in turn, relates transversally to many of the traineeship's scopes. Organ and tissue transplantation is a highly successful procedure due to the strives it witnessed in



such a short amount of time. The technical and scientific advancements have allowed the enhancement of therapeutic options and quality of life. During the donation process, the family experiences several challenges that arise from the fear and lack of information that are inherent to it, which makes essential supporting the family while they cope with all the feelings and doubts. The role of the nurse is determinant in the provision of care not only to the donor, but also to the family, resulting in the creation of a therapeutical relationship. The experiences that the family goes through during the entirety of the process have been the target of discussion in many studies, since the acknowledgment of the needs of the family by healthcare professionals allows for a better adaptation of the former to the donation process. For that reason, the authors consider pertinent the conduction of a Scoping Review, based on the proposed methodology, with the goal of mapping the needs of the family during the donation process. By mapping the evidence on the chosen topic, four categories emerged: the need for information, emotional support, material and environmental needs and, finally, the need for follow-up.

The theoretical points of reference, which contributed to the development of an excellent specialised care and guided the nursing doctrine behind this journey and work, were the Transitions Theory from Afaf Meleis and the study conducted by Patricia Benner entitled “Novice to expert”.

Keywords: organ donation; family; needs; nursing.



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

“Qualquer coisa que possa ocorrer mal
ocorrerá mal,
no pior momento possível.”

“Lei de Murphy” por *Edward A. Murphy*, 1949

Escolho pensar que o que tiver de correr bem, irá correr muito bem.



AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Filipa Veludo, pela disponibilidade demonstrada em todo o percurso, pelo apoio, confiança e sabedoria que sempre transmitiu, pela inesgotável paciência para todas as dúvidas e desassossegos e pelos desafios que me enriqueceram como pessoa e profissional.

Às Enfermeiras Orientadoras, Cláudia, Marlene e Marta, pela partilha de conhecimento e experiência. Muito obrigada pela receptividade nestes meses.

Aos Prodígios da Católica, Paula, Sónia, Guilherme, Andreia e Inês, sem vocês não estaria aqui. Foi um prazer caminhar a vosso lado, obrigada por todos estes meses de companheirismo e amizade. Ninguém ficou para trás...

Aos meus colegas de equipa, por permitirem que os turnos mais difíceis se tornassem mais fáceis. Por todas as trocas e pela paciência nos dias mais negros.

Aos manitos, Carolina, Cândida, Joana, Miriam e Tiago. Que a vida nunca separe o que a Enfermagem há 10 anos juntou. Vocês são o exemplar por quem me guio.

Aos *Buddies*, em especial à Maria e à Adriana, por aceitarem a amiga enfermeira, com tudo o que isso acarreta e acederem a marcar encontros com um mês de antecedência.

Ao Pavlo, por aceitar dividir a nossa vida com a enfermagem. Por seres o meu pilar de suporte e motivação e por simplificares o que me parece tão difícil. Por escutares os desabafos e seres a calma durante a tempestade.

Aos meus pais e à minha irmã, por me incentivarem a ser mais e melhor. Obrigada por compreenderem a minha ausência e falta de humor em certos momentos. Só a família sabe dar este apoio e ajuda incondicional.

A todos... Muito Obrigada!



LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AHA	<i>American Heart Association</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
bpm	Batimentos por minuto
CH	Centro Hospitalar
CHAMU	Circunstâncias do acidente, História anterior de doenças; Alergias; Medicação habitual; Última refeição
CT	Centro de Trauma
DGS	Direção Geral da Saúde
EE	Enfermeiro Especialista
EEMC	Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EO	Enfermeiro Orientador
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ET	Equipa de Trauma
h	Horas
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
JBÍ	<i>Joana Briggs Institute</i>
L/min	Litros por minuto
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
mm	Milímetro
mg/dL	Miligramas por decilitro



mmHg	Milímetros de Mercúrio
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
n ^o	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
O ₂	Oxigénio
PSC	Pessoa em Situação Crítica
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
rpm	Respirações por minuto
RX	Radiografia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SO	Serviço de Observação
SpO ₂	Saturação Periférica de Oxigénio
SR	Sala de Reanimação
Sr. / Sr. ^a	Senhor / Senhora
SUG	Serviço de Urgência Geral
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TISS-28	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCINC	Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UML	Urgência Metropolitana de Lisboa
VVT	Via Verde Trauma
VNI	Ventilação Não Invasiva



XABCDE

Exsanguinação; Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical; Ventilação e oxigenação; Assegurar a circulação com controlo da hemorragia; Disfunção neurológica; Exposição com controlo de temperatura



ÍNDICE	p.
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO	24
1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	24
1.2 ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO	28
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	34
2.1 CUIDADO À PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	39
2.2 CUIDADO À PESSOA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ESPECÍFICA	49
2.3 CUIDADO À PESSOA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.....	58
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68



INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório” da 16ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O plano de estudos deste curso vai ao encontro do progresso científico a que se tem assistido na Enfermagem, no que respeita ao seu desenvolvimento enquanto disciplina e profissão, pois dá resposta a duas necessidades de formação que conduzem a uma prática de Enfermagem Avançada (Silva, 2007).

A elaboração deste relatório tem como propósito não só a obtenção do grau académico de mestre em enfermagem, através da discussão em prova pública, como também do título profissional de enfermeira especialista na área de enfermagem à PSC. Desta forma, pretende-se que este documento reflita todo o percurso formativo, nomeadamente na aquisição e desenvolvimento de competências específicas, tais como comunicar os resultados da sua aprendizagem clínica e da investigação aplicada, produzindo um discurso fundamentado e refletindo criticamente sobre questões complexas da prática profissional (UCP, 2022).

A conceção deste trabalho tem como principal objetivo evidenciar as competências de mestre e de enfermeiro especialista desenvolvidas, tendo como objetivos específicos a apresentação do fenómeno em estudo, a partilha dos resultados do trabalho de investigação (*Scoping Review*), seguida da exposição das competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à PSC e sua família. Para este efeito, este relatório irá espelhar as atividades



desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, demonstrando capacidade de tomada de decisão baseada na evidência científica, de forma crítica e reflexiva, através da explicação do pensamento em enfermagem que orientou todo o percurso.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996), a finalidade da enfermagem é a prestação de cuidado (de forma autónoma ou interdependente) à pessoa, com o objetivo fundamental de melhorar ou recuperar a sua saúde. O enfermeiro faz o exercício da sua atividade profissional indo ao encontro de promover a saúde, prevenir a doença, reabilitar ou tratar, assegurando a reinserção social da pessoa (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996). Desta forma, a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como principal objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996).

Segundo Dias (2004), a evolução que se opera no seio de qualquer profissão obriga a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos profissionais, à otimização dos recursos e à evolução qualitativa dos resultados. A tudo isto não é alheia a profissão de enfermagem, que se preocupa cada vez mais com a necessidade de formar profissionais cujos valores, atitudes e práticas levem a uma tomada de consciência, tornando-os autónomos, responsáveis e competentes, enquanto profissionais e cidadãos (Dias, 2004).

Nitghtingale, fundadora da enfermagem moderna, acreditava que a Enfermagem é uma arte progressiva, pelo que ficar parada é ir para trás (Nightingale, 2005). Por este motivo, a escolha específica deste mestrado prendeu-se com o meu antigo e saudoso interesse pelo cuidado à PSC, desde o estágio de



integração à vida profissional realizado na licenciatura, em 2018. No início de carreira, o meu caminho profissional distanciou-se deste objetivo, pelo que quando consegui, por fim, transferência de serviço para uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), decidi que seria o momento ideal para iniciar a formação avançada, procurando defender a “Enfermagem com mais enfermagem” (Silva, 2007).

A Prática Avançada de Enfermagem consiste nos serviços e intervenções de cuidados de saúde melhorados e alargados, prestados por enfermeiros que, numa capacidade avançada, influenciam os resultados clínicos, prestando cuidados de saúde diretos a pessoas, famílias e à comunidade (International Council of Nurses, 1962). Estes cuidados especializados surgem em resposta à crescente complexidade de situações saúde-doença existentes atualmente, demonstrando benefícios para a população aos níveis social, económico e da saúde, tendo sempre presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e que, por esse motivo, o exercício profissional da enfermagem requer sensibilidade para lidar com essas diferenças (Aviso n.º 4511/2021, de 11 de março, 2021; International Council of Nurses, 1962).

Segundo Dias (2004), o processo de desenvolvimento de competências é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Deste modo, a formação contribui em grande escala para a melhoria das práticas dos formandos, por possibilitar o desenvolvimento das capacidades de pensamento crítico, apresentando-se como a melhor forma de trabalhar em torno da resolução dos problemas reais, nos próprios contextos de trabalho (Dias, 2004).



Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), todo e qualquer enfermeiro especialista (EE) terá de adquirir competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Estas competências são demonstradas através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Adicionalmente, o EE deverá adquirir competências específicas, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade. Como especialista, o enfermeiro deve ainda fundamentar a sua *praxis* clínica em evidência científica, ao basear os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Particularmente no Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (EEMC), é importante lembrar que o cuidado especializado em enfermagem Médico-Cirúrgica tem como propósito a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Assim, é exigido ao EEMC a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção, em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos do seu cuidado, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação, perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018). O EEMC terá envolvidos na sua prática os processos médicos e cirúrgicos complexos que dizem respeito ao conjunto de ações implicadas na tomada de decisão. Baseando-se na informação relevante e potenciais



consequências de cada alternativa e recurso, o EEMC determina a intervenção de enfermagem especializada em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), a necessidade de cuidado de enfermagem especializado, face a problemas decorrentes de alterações anatomofisiológicas de órgãos e dos seus sistemas, de natureza aguda ou crónica, é colmatada com processos terapêuticos. Estes processos são constituídos como respostas estruturadas, educativas e orientadas, que têm como base o avanço no conhecimento e o desenvolvimento de uma prática baseada na mais recente evidência, orientada para os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem (Craig & Smyth, 2004; Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

A área de especialização em Enfermagem à PSC tem como pessoa alvo de cuidado aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. Exclusivamente nesta área de atuação e conforme o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), a sobrevivência da PSC depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, pelo que o cuidado de enfermagem como resposta às necessidades afetadas é contínuo e altamente qualificado.

O cuidado de enfermagem à PSC e família exige, segundo o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2018), observação, recolha e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, de modo a manter as funções vitais. Na sua intervenção, o enfermeiro especializado no cuidado à PSC tem como objetivo não só conhecer continuamente a situação da pessoa e família alvo do cuidado, como também limitar incapacidades, prever e detetar precocemente as complicações, tendo em vista a recuperação total da PSC (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).



Segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), as competências específicas do EEMC na área de Enfermagem à PSC são, em primeira instância, cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder de forma precisa, concreta, holística e em tempo útil. Acresce às competências do enfermeiro especializado no cuidado à PSC a capacidade de dinamizar a resposta em situações de emergência, da conceção à ação, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência. Por fim, é expectável que o EE seja capaz de maximizar a prevenção e intervenção no controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, perante a PSC, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas céleres e adequadas.

Adicionalmente, propus-me a desenvolver competências de mestre, adquiridas consoante o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março (2006), que incluem deter conhecimento e capacidade de compreensão que sirvam de base à produção científica de qualidade, aplicando o conhecimento adquirido na resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares. O grau de mestre evidencia ainda a capacidade de lidar com questões complexas e desenvolver soluções em situações de informação limitada. A aquisição destas competências deve ser demonstrada não só através de reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, como também através da comunicação das suas conclusões e dos raciocínios subjacentes de uma forma clara (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, 2006).

As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se a família for igualmente alvo do processo de cuidado (OE, 2001). Neste sentido, a



abordagem à família da PSC foi, desde o início da minha carreira, um tópico do meu interesse, por reconhecer que não só é uma lacuna que detenho como enfermeira, como também ao nível da evidência científica existe espaço e potencial de investigação deste fenómeno. Por este motivo, procurei estudar as necessidades da família no processo de doação de órgãos e tecidos, através da realização de uma síntese de evidência (cujos resultados serão apresentados neste relatório), que me permitiu desenvolver competências de investigação e examinar de forma aprofundada o fenómeno. Esta *Scoping Review* elaborada por quatro investigadores, é intitulada “As necessidades da família no processo de doação de órgãos e tecidos: *Scoping Review*” e tem como objetivo mapear as necessidades da família no processo de doação de órgãos e tecidos.

Este curso prevê a realização de estágios no âmbito da UC Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica e da UC Estágio Final e Relatório, pelo que, ao dividir este último, tive oportunidade de concretizar três estágios em contextos distintos: Serviço Urgência Geral (SUG), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Específica e UCIP (Aviso n.º 4511/2021, de 11 de março, 2021).

O pensamento em Enfermagem subjacente a este percurso sustentou-se na Teoria das Transições de *Afaf Meleis* que, inserida no paradigma da transformação, tem por base uma orientação face ao mundo, considerando os fenómenos como únicos e em interação com o contexto onde decorrem (Kérouac, 1994; Pepin et al., 2017). *Meleis* desenvolveu uma teoria de médio alcance, onde a transição é o foco do seu quadro conceptual, definindo-se como uma passagem de uma fase da vida, de uma condição ou de um estado para outro, denotando uma mudança no estado de saúde, nos papéis sociais, nas expectativas ou nas capacidades. Para esta teórica, a intenção do enfermeiro é apoiar a pessoa a vivenciar ou antecipar a vivência de



processos de transição saúde-doença, do desenvolvimento, organizacional ou situacional (Meleis, 2010), sendo que as principais experiências relacionadas com a PSC se enquadram e relacionam com este propósito.

Por outro lado, o estudo de *Benner et al.* foi determinante para reconhecer o valor e a natureza da prática perita e o seu impacto na qualidade do cuidado em enfermagem. Este estudo suportou o meu pensamento durante este percurso, na medida em que permitiu uma progressão consciente do estadio de iniciada avançada até enfermeira proficiente (Benner et al., 2001). Segundo a autora, a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas e na forma como as mesmas são ensinadas, visto que o conhecimento se desenvolve ao longo do tempo e consiste no alargamento do *know-how* através da investigação baseada na teoria e pela identificação do *know-how* existente, que é desenvolvido pela prática clínica (Benner et al., 2001). Desta forma, a experiência num determinado contexto e o domínio teórico dessa mesma área de atuação (como é exemplo o cuidado à PSC) parecem assim indissociáveis, tornando-se esta obra um contributo fundamental na descrição e explicação da variabilidade da perícia clínica entre os enfermeiros e no efeito que esta tem na conceção do cuidado e no exercício da autonomia na tomada de decisão (Benner et al., 2009).

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), a enfermagem viu cumprido um dos maiores desafios da profissão, pelo que se tornou essencial definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, quer para o reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem aos cidadãos, quer pela inerente necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

De acordo com a OE, os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros são a saúde, o ambiente, a pessoa e os cuidados de enfermagem.



Neste sentido, a saúde é definida como o estado e representação mental da condição individual, nomeadamente no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional e espiritual, não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença (OE, 2001).

Por outro lado, o ambiente é definido pelo envolvente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem, sendo constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e se repercutem no conceito de saúde (OE, 2001).

A pessoa, termo utilizado ao longo deste relatório para me referir ao sujeito alvo do cuidado de enfermagem (ressalvo que, em algumas situações, o termo família será utilizado com o mesmo propósito), é considerada um ser unitário, maior que a soma das suas partes, multidimensional e indissociável do seu universo, com capacidade e possibilidade de ser agente e parceira nas decisões de saúde que lhe dizem respeito (Kérouac, 1994). A OE (2001) define também este conceito como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Deve, assim, ser encarada como um ser uno e indivisível, pelo que é, segundo a OE (2015), caracterizada por dois conceitos constitutivos dinâmicos do ser humano: a relação e inter-relação, associada à consciência racional (racionalidade) e livre vontade (liberdade).

Por fim, os cuidados de enfermagem são aqueles que ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, devendo os enfermeiros promover a aprendizagem, com a finalidade de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde, tomando como foco a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (OE, 2001).



Considerando este enquadramento concetual e de modo a garantir a qualidade do cuidado à pessoa, emergiram seis categorias da qualidade do exercício profissional que se tornaram uma referência e orientação para a prática profissional de excelência, sendo elas a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. Após a Introdução, segue-se o capítulo do Enquadramento, subdividido em Enquadramento Conceptual (onde será feita uma abordagem detalhada às teorias que guiaram o meu pensamento em Enfermagem deste percurso) e Enquadramento do Fenómeno em Estudo (capítulo construído à luz do fenómeno estudado em síntese de evidência). No segundo capítulo, será descrita a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências, segundo as diferentes situações vivenciadas, organizadas por contextos de estágio, correspondendo cada subcapítulo a um desses contextos (SUG, UCI Específica e UCIP). Por fim, serão apresentadas as Considerações Finais, de modo a refletir não só as competências adquiridas durante este longo período de aprendizagem, como também as implicações para a prática profissional futura enquanto enfermeira especialista, juntamente com as dificuldades e limitações encontradas no decorrer do percurso.

Com o término dos estágios, importa agora refletir, analisar e relatar o meu percurso, repleto não só de enormes desafios, como também de grandes provações e superações. Porém, esta etapa final mantém a exigência das anteriores, dado que é o momento de descrever todas as aprendizagens adquiridas no curso, com o objetivo de demonstrar a aquisição das competências necessárias ao cuidado especializado à PSC.



A redação deste documento obedece ao novo acordo ortográfico da língua portuguesa e às normas da *American Psychological Association 7th Edition* (APA, 2020), no que respeita às citações e referenciação bibliográfica que suportam a fundamentação teórica deste relatório, baseado na evidência científica. Para efeitos de proteção de dados pessoais e anonimato das instituições, não só algumas referências bibliográficas foram intencionalmente omitidas, como também na descrição das situações vividas será apenas apresentada a informação essencial e indispensável para a exposição do problema identificado.



1. ENQUADRAMENTO

O capítulo do Enquadramento subdivide-se em dois subcapítulos, o primeiro dedicado ao Enquadramento Conceptual, onde será feita uma alusão às teorias que conduziram o pensamento em Enfermagem e cujas doutrinas serviram de base à realização deste relatório. Posteriormente, no subcapítulo Enquadramento do Fenómeno em Estudo, será apresentada uma abordagem ao fenómeno estudado em *Scoping Review*, realizada em coautoria com a equipa de investigação, no âmbito das necessidades da família no processo de doação de órgãos e tecidos.

1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nightingale na sua definição de enfermagem, afirmava que esta era uma arte e que necessitava de uma devoção tão exclusiva e uma preparação tão rigorosa quanto a obra de qualquer pintor ou escultor. Considerada pela própria a mais bela das artes, a enfermagem requer não só capacidade de observação, que nos indica como está a pessoa, como também de reflexão e destreza prática, que demonstra o que tem de ser feito e como tem de ser feito (Nightingale, 2005). Para este percurso serviu de base a “Teoria das Transições” de *Afaf Meleis* e o Estudo de *Patricia Benner*, “De Iniciado a Perito”, como guias orientadores do meu pensamento, da minha observação, execução, reflexão e progressão como futura enfermeira especialista.

Ao longo deste percurso, e reconhecendo os meus papéis como pessoa, filha, irmã, namorada, enfermeira e mestranda, foi possível ter consciência das minhas próprias transições, identificando não só as dificuldades que podemos encontrar ao ultrapassá-las, como a importância de deter as ferramentas certas para o fazer.



De acordo com *Meleis*, ao longo da vida, a pessoa experiencia diferentes fases de mudança, que são marcadas por alterações de um estado para outro, causando instabilidade. Qualquer pessoa em mudança de papel está numa situação de transição, tornando-se alvo do cuidado de enfermagem, pois necessita de uma adaptação para restabelecer a estabilidade (Meleis, 2012). A Teoria das Transições de *Meleis* explica não só os processos de crise que as pessoas vão vivenciando, como também as suas respostas aos mesmos. As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças nas pessoas ou no ambiente que as rodeia, pelo que a experiência da transição começa assim que a mudança é antecipada (Meleis, 2010). Nesta perspetiva, a pessoa pode experienciar diversos tipos de transições que, consoante a sua natureza, podem ser: Desenvolvimental (relacionadas com as crises naturais decorrentes ao longo do ciclo de vida individual e/ou familiar – casamento, nascimento de um filho, etc.); Situacional (relacionadas com crises acidentais que decorrem, por isso, de forma inesperada na vida, como por exemplo o desemprego, morte, etc.); Saúde-Doença (relacionadas com processos complexos de doença crítica ou adaptação a situações de doenças crónicas) e Organizacional (relacionadas com mudanças de papéis, seja no contexto de funcionamento familiar, seja em contexto laboral). Assim sendo, as transições podem ocorrer em vários domínios: acontecimentos unidos pelo desenvolvimento, situações de vida, mudanças nas expectativas ou capacidades, pela modificação do papel ou numa alteração do estado de saúde (Meleis, 2012).

Especificamente no cuidado à PSC, uma transição de saúde-doença (a mais comum no cuidado à PSC) pode ser definida como a transição ou mudança de um estado de saúde ou bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica, sendo que o enfermeiro surge como agente facilitador do processo de transição (Meleis, 2010). Apesar de em contexto de SUG e UCI a transição mais vulgarmente



vivenciada ser a transição saúde-doença, dificilmente a PSC e a sua família experienciam uma transição simples, pelo que normalmente estamos perante múltiplas transições, podendo estas ocorrer de forma sequencial ou simultânea e estarem ou não relacionadas entre si (Meleis, 2010). Uma pessoa que sofra um acidente de viação, por exemplo, irá vivenciar não só uma transição saúde-doença, como também uma transição situacional, com a conjetura de perda de emprego e organizacional, no contexto de mudança de papéis e provável dependência futura no autocuidado. Neste exemplo, também a família terá de ultrapassar vários processos de transição, sejam eles de saúde-doença pela adaptação à doença crónica, organizacional pela aquisição do papel de cuidador informal, ou situacional, caso ocorra uma situação repentina de morte.

Patricia Benner, pela sua abordagem à importância e ao valor da perícia clínica dos enfermeiros, foi a figura de maior destaque no mundo científico de enfermagem dos anos 80, século XX. A autora, ao abordar o Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional, caracteriza a aquisição de competências em cinco estados: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito (Benner et al., 2001).

Segundo *Benner* (2005), a evolução para o próximo nível depende do alcance bem-sucedido do nível anterior, a partir do qual princípios abstratos são refinados e expandidos pelo contacto com uma variedade de situações clínicas, resultando no avanço para o nível mais elevado. Desta forma, a progressão através de níveis de proficiência encontra-se na soma da educação de boa qualidade com uma grande variedade de experiências clínicas, refletindo a evolução do conhecimento científico e reforçando o desenvolvimento profissional (Benner et al., 2009). De acordo com *Benner et al.* (2001), os enfermeiros peritos são caracterizados por conseguir identificar as respostas clínicas inesperadas e os potenciais problemas, capturando a situação no seu todo. Estes, não perdem tempo com possibilidades ineficazes e são



capazes de diagnosticar com precisão, através de uma compreensão intuitiva, sendo frequentemente consultados pelos seus pares para aconselhamento e recomendações (Benner et al., 2001). Posto isto, o enfermeiro perito detém uma enorme e vasta experiência, compreendendo de maneira intuitiva cada situação e apreendendo diretamente o problema sem se perder num amplo leque de diagnósticos infrutíferos, agindo a partir de um profundo entendimento da situação (Benner et al., 2001).

Conforme *Benner et al.* (2001), os aspetos chave da prática de enfermagem perita são o domínio clínico e uma prática baseada na investigação, com *know-how* incorporado, captando não só a situação no seu todo, como prevendo o inesperado. O conhecimento proveniente da experiência e a capacidade de raciocínio crítico em resposta às situações são características exclusivas dos destes enfermeiros (Benner et al., 2009). De acordo com os autores, para alcançar este último nível do modelo socioprofissional, é necessário que o enfermeiro se envolva em situações clínicas e reflita sobre o seu desempenho *à posteriori*. Por este motivo, apesar de progredirem no nível de competência, muitos enfermeiros nunca se tornam peritos (Benner et al., 2009).

Por conseguinte, procurei ao longo deste percurso não só progredir nos níveis de competência, com o objetivo de atingir o máximo de competências especializadas com a melhor qualidade possível, como também experienciar o maior número de situações distintas, baseando a minha *praxis* na mais recente evidência científica e refletindo no final de cada abordagem, não só sobre as suas consequências, como também sobre os possíveis caminhos alternativos que poderia ter tomado.



1.2 ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO

A história da colheita de órgãos e transplantação no mundo é uma narrativa de sucesso, marcada por inúmeras tentativas e conquistas. Os progressos técnicos e científicos das últimas décadas permitiram melhorar a forma de colheita, preservação e transplante de órgãos, contribuindo para o aumento do número global de transplantes (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, 2023; Despacho n.º 14341/2013, de 6 de novembro, 2013).

Em Portugal, são consideradas fontes de órgãos e tecidos, tanto os dadores vivos como dadores falecidos (IPST, IP, 2016), pelo que são apontados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores, denominado *Opting Out System* ou *OPT-OUT* (Lei n.º 12/93, de 22 de abril, 1993). Entre janeiro e junho de 2023, em Portugal, existiram 186 dadores, mais 34 dadores do que em 2022 (22%), e 529 órgãos colhidos, mais 131 órgãos do que em 2022 (32,9%), (Coordenação Nacional da Transplantação, 2023), pelo que a taxa de sucesso dos transplantes é uma das melhores do mundo (APIR, 2017; IPST, IP, 2020). O transplante de órgãos e tecidos é uma área em forte expansão que proporciona grandes possibilidades terapêuticas, sendo cada vez maior o número de pessoas que dele beneficiam, pelo que importa implementar medidas que contribuam para um aumento da dádiva de órgãos e tecidos (Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, 2008).

Neste sentido, as famílias que enfrentam a notícia angustiante da morte cerebral de um familiar, visto que se trata de um estado irreversível em que o potencial dador está vivo apenas com suporte de órgãos (Davis & Lemke, 1987; Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto, 1999), vivem altos níveis de *stress* e turbulência emocional, pelo que o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde das



necessidades familiares numa situação tão complexa como a doação de órgãos e tecidos é de extrema importância (Manzari et al., 2012).

De acordo com *Bocci et al.* (2018), durante o processo de doação, a família experiencia diversos problemas comuns relacionados com a reduzida informação sobre os procedimentos, o medo, os custos e a preocupação com a mutilação do corpo. Por este motivo, torna-se fundamental a existência de cuidados à família, nomeadamente no apoio à gestão de emoções, dúvidas e angústias, criando uma relação terapêutica e comunicando a possibilidade de doação somente após comunicação do óbito (Bocci et al., 2018).

Os próprios profissionais que atuam na área da doação e transplantação destacam e alertam que não há cursos, discussões de casos e/ou trocas de experiências entre os profissionais que atuam nesta área (Santos et al., 2014).

As necessidades da família perante o processo de doação de órgãos, quando não consideradas pelos profissionais de saúde, podem dificultar a aceitação do processo de doação e, eventualmente, do luto (Marques & Porto, 2023). Segundo estes autores, a falta de apoio, comunicação e de cuidado com os familiares foram alguns dos motivos mais citados na literatura para a recusa de doação de órgãos e tecidos.

De acordo com *Xie et al.* (2022), a doação de órgãos é uma experiência angustiante. Segundo os autores, considerando que o dador já faleceu no momento da doação, essa dor psicológica é transferida para a família do dador. Posto isto, o cuidado às famílias dadoras de órgãos é uma componente fulcral do processo de doação de órgãos (Xie et al., 2022).

O reconhecimento das necessidades familiares numa situação tão complexa como o processo de doação de órgãos e tecidos é de extrema importância (Manzari et al., 2012). Assim sendo, o papel do enfermeiro é determinante no cuidado à



família do dador de órgãos e tecidos (Xie et al., 2022), particularmente na identificação das necessidades específicas dos seus membros, tornando-se fundamental como ferramenta de suporte e acompanhamento de todo o processo (Luo et al., 2021). O conhecimento da perceção dos familiares perante a doação de órgãos, durante a entrevista familiar, pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem nesta fase, pelo que se torna essencial investigar o fenómeno e, futuramente, investir na capacitação dos profissionais que intervêm neste processo (Pessoa et al., 2013; Santos et al., 2014).

Quando mapeamos a evidência disponível das necessidades da família perante o processo de doação de órgãos, emergem quatro categorias: a Necessidade de Informação, a Necessidade de Suporte Emocional, as Necessidades Materiais e Ambientais e, por fim, a Necessidade de Follow-Up.

A Necessidade de Informação foi a mais evidenciada na literatura disponível, em que os autores descrevem a importância de não só conhecer e compreender o conceito de morte cerebral, (Kentish-Barnes et al., 2019; Manzari et al., 2012; Mills & Koulouglioti, 2016), como também o conceito de doação de órgãos e tecidos (Manzari et al., 2012), nomeadamente qual a condição do corpo após a doação e quais os custos imputados à família no pós-doação (Kentish-Barnes et al., 2019). Mills & Koulouglioti (2016) referem também uma necessidade de adequação da comunicação ao nível de compreensão, ao contexto (Manzari et al., 2012) e às necessidades de quem a recebe (Fernandes et al., 2015), nomeadamente na melhoria do padrão de comunicação e no método de informar os familiares (Manzari et al., 2012). A qualidade da informação fornecida é também uma das necessidades apresentadas na evidência (Jacoby et al., 2005; Manzari et al., 2012; Avilés et al., 2023), sucintamente no que respeita a receber informações sobre a condição do seu familiar que sejam claras e perceptíveis, para além de precisas e tendo em



consideração o tom (empático e preocupado) utilizado na abordagem da família. Preferencialmente, estas informações devem ser fornecidas pelos mesmos profissionais de saúde que fizeram a primeira abordagem, no sentido de haver continuidade e consistência na informação, fomentando a sensação de conforto e segurança relativamente aos profissionais de saúde (Jacoby et al., 2005; Manzari et al., 2012).

Na categoria das Necessidades de Suporte Emocional, vários autores apresentam a necessidade de suporte emocional (Davis & Lemke, 1987; Fernandes et al., 2015; Jacoby et al., 2005; Manzari et al., 2012), psicológico (Fernandes et al., 2015) e espiritual (Jacoby et al., 2005), procurando adaptar o cuidado à etnia (Kentish-Barnes et al., 2019), nomeadamente que os profissionais de saúde sejam preocupados, empáticos e solidários com a família, principalmente no momento em que são informados da morte cerebral e imediatamente antes do início do processo de doação, atendendo às necessidades emocionais e físicas das famílias (Mills & Koulouglioti, 2016). Os profissionais de saúde devem permitir que a família seja ouvida (Jacoby et al., 2005), expresse e verbalize os seus sentimentos sobre o processo de doação de órgãos (Fernandes et al., 2015), permitindo que o luto se inicie (Davis & Lemke, 1987). A utilização de políticas hospitalares que permitam que um profissional de saúde esteja presente no momento do funeral foi nomeada pelos familiares como uma boa forma de demonstrar suporte emocional, tal como a família ver o seu familiar ser tratado com respeito e dignidade antes e após a doação (Jacoby et al., 2005; Kentish-Barnes et al., 2019; Manzari et al., 2012). As famílias também desejam ter à sua disposição psicólogos, ou que seja providenciada interação com outros indivíduos que tenham passado pelo processo de doação de órgãos, como os grupos de suporte, para ultrapassar esta fase (Jacoby et al., 2005; Manzari et al., 2012).



Na categoria das Necessidades Materiais e Ambientais, *Jacoby et al.* (2005) mencionam que se deve atender ao momento e contexto da abordagem, considerando a privacidade e fornecendo tempo de visita e oportunidade para que a família se possa despedir (Avilés et al., 2023; Manzari et al., 2012). Por isso, emerge a necessidade dos familiares disporem de um intervalo temporal maior entre a receção da informação sobre a morte cerebral e o início do processo de doação de órgãos (Fernandes et al., 2015). Alguns familiares mencionam a necessidade de evidências visuais que confirmem a morte cerebral (Jacoby et al., 2005). Segundo *Mills & Kouloughlioti* (2016), a família necessita de um espaço seguro, fora da UCI, para discutir a situação de forma privada. No que respeita aos apoios sociais, a família refere necessitar de suporte da parte da assistente social durante o processo de doação de órgãos (Fernandes et al., 2015), descrevendo a importância da existência de apoios monetários (Davis & Lemke, 1987; Fernandes et al., 2015; Manzari et al., 2012). *Manzari* e colaboradores sugerem honrar os dadores e os seus familiares ao reconhecer a doação de órgãos, recomendando um local específico para os sepultar, uma lápide gravada e a realização de cerimónias para homenagear a sua generosidade na presença dos recetores dos órgãos (Manzari et al., 2012).

Por fim, no que respeita à Necessidade de Follow-Up, as famílias relataram a necessidade de seguimento até uma semana após a doação de órgãos (Fernandes et al., 2015; Kentish-Barnes et al., 2019; Manzari et al., 2012), bem como o desejo de obter alguma informação sobre os recetores de órgãos, sem violar os direitos e privacidade dos envolvidos (Manzari et al., 2012).

A legislação portuguesa assenta no conceito de doação presumida (*Opting Out System – OPT-OUT*), pelo que uma pessoa a partir do momento em que nasce adquire o estatuto de dador (IPST, IP, 2020). O facto de alguns países terem uma política de doação de órgãos *OPT-IN* (em que é obrigatório o registo do cidadão



como dador) e não *OPT-OUT*, como é o caso de Portugal, influencia a abordagem à família no processo de doação de órgãos, o que pode ter contribuído para a diversidade dos dados obtidos.

Concluindo, as necessidades da família em processo de doação de órgãos e tecidos prendem-se maioritariamente com as necessidades de informação sobre o conceito de morte cerebral e o processo de doação de órgãos, seguidos das necessidades de suporte emocional, no que respeita à compreensão e empatia demonstrada pelos profissionais de saúde e à qualidade do cuidado prestado ao seu familiar. Para além destas, evidenciam-se também necessidades ambientais, como a privacidade e disponibilidade para a família se despedir do seu ente querido, e sociais, como apoios monetários e suporte através da assistente social, seguido do *follow-up* e apoio emocional após a doação.

O estudo deste fenómeno revela a atualidade do tema, constituindo uma mais-valia para as equipas de enfermagem no que respeita ao cuidado à família em processo de doação de órgãos e na perceção das suas necessidades. Como tal, considera-se essencial a investigação futura, permanecendo o desafio para a elaboração de estudos primários que visem a compreensão desta área do conhecimento, já que apesar de ser considerado um tema pertinente para a enfermagem, carece ainda de estudos.



2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio clínico demonstra ser uma ferramenta imprescindível na aprendizagem e aperfeiçoamento das competências específicas necessárias para alcançar a excelência do exercício profissional, visto que, de acordo com *Benner* (2005), a teoria deriva da prática e esta é alterada ou alargada pela primeira.

Um único estágio não permitiria a aquisição de todas as competências necessárias, pelo que ao longo deste segundo capítulo se pretende demonstrar, por ordem cronológica e através de uma análise crítica e reflexiva do cuidado, as competências do EE e de mestre desenvolvidas ao longo dos estágios em diferentes contextos.

Organizados em três subcapítulos, diferenciados pelos seus contextos de atuação, o primeiro contexto de estágio está inserido na UC “Vigilância e Decisão Clínica” e foi realizado no SUG, estando incluído neste relatório não só pela sua obrigatoriedade pelo Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso (Aviso n.º 4511/2021, de 11 de março, 2021), como pela sua riqueza em conhecimentos e experiências, visto que nunca tinha estagiado num SUG. O segundo e terceiro estágios, realizados numa UCI Específica e numa UCIP, no âmbito da UC “Estágio Final e Relatório”, embora sejam ambientes de cuidado mais familiares, serviram igualmente para enriquecer o percurso como mestranda e futura EE.

Cada estágio teve por base um objetivo geral, transversal a todo o percurso, tratando-se de desenvolver competências éticas, científicas, tecnológicas, técnicas e relacionais no cuidado especializado à PSC e sua família. Apesar do vasto leque de experiências no decorrer das 540h de estágio, que permitiram o alcance e



desenvolvimento das competências de EE, optei por escolher aquelas que melhor refletem o nível de competências desenvolvido, nomeadamente pela importância demonstrada para exemplificar o meu percurso, ou porque me marcaram enquanto profissional e/ou pessoa.

Estruturalmente, os subcapítulos serão compostos pelo diagnóstico de situação, que inclui uma breve descrição dos contextos de estágio, dos objetivos específicos do mesmo e as atividades desenvolvidas, bem como exemplos de situações concretas, vivenciadas em cada contexto, que comprovem o cuidado especializado à PSC.

A liderança é o processo através do qual um membro de um grupo ou organização influencia os restantes membros, referindo-se a tudo o que o líder faz (Yukl, 2013), pelo que o estilo de liderança irá influenciar positiva ou negativamente a equipa.

Ao nível da enfermagem, a liderança e a gestão têm sido mencionadas como sendo fundamentais no que respeita à melhoria do cuidado e no desenvolvimento e formação dos enfermeiros, assumindo um papel de extrema importância na mudança nas organizações de saúde (Melo, 2014). O ato de liderar em enfermagem diz respeito a saber conduzir, organizando o trabalho de equipa e visando um atendimento eficiente, estimulando a equipa a desenvolver plenamente o seu potencial, interferindo diretamente na qualidade do cuidado (Gelbcke et al., 2009).

Segundo *De Sá & Lemoine* (2014), o estilo de liderança influencia o comprometimento organizacional e a satisfação dos indivíduos, pois quanto mais alguém se identifica com os valores da organização, mais comprometida estará com a mesma. Por outro lado, caso exista uma oposição entre estes sistemas de valores, é criada uma situação de divergência, que pode provocar insatisfação e gerar conflitos - alguém que não se identifica culturalmente com a sua organização poderá



fazer, conscientemente ou não, menos esforços, ou ainda esforços contrários aos objetivos organizacionais (De Sá & Lemoine, 2014).

Em todos os contextos de estágio pude observar a existência de enfermeiros-gestores/chefes de equipa/responsáveis de turno que considerei bons líderes, pois, utilizando o estilo democrático e motivador, não só valorizavam o contributo de cada pessoa, obtendo o empenho do grupo através da participação (Yukl, 2013), como não se deixavam derrubar perante as adversidades. Foram várias as situações em que, durante os turnos, o caos se pareceu instalar, fosse pela afluência de carga de trabalho ou pela gravidade do estado clínico da PSC. Nessas situações, o grupo procurava no seu líder o ponto de apoio da equipa, quer na educação, quer na coordenação do serviço, fomentando a participação da equipa na tomada de decisão e considerando as suas sugestões e críticas (Gelbcke et al., 2009).

A OE (2001) preconiza a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. De acordo com Rego & Coelho (2017), o cuidado baseado no método de enfermeiro de referência (em que o enfermeiro presta todos os cuidados necessários ao seu cliente numa perspetiva de continuidade) é aquele que, em meio hospitalar, toma como foco de atenção a PSC e a sua família, promovendo a qualidade do cuidado prestado. Segundo as mesmas autoras, o método de enfermeiro de referência corresponde às expectativas da PSC, pois converge para o desenvolvimento do enfermeiro, enquanto permite assegurar a individualidade, globalidade, responsabilidade e a continuidade do cuidado de enfermagem. Esta metodologia proporciona apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a pessoa e a equipa, possibilitando ainda uma maior articulação com a família, sendo que o sucesso ou insucesso de cada método depende da competência e formação dos enfermeiros da equipa e da tipologia de pessoas alvo do cuidado (Rego & Coelho, 2017).



Por este motivo, ao longo do meu percurso, foi possível verificar que em nenhum dos contextos de estágio se utilizava o método de enfermeiro de referência para organização do cuidado em enfermagem. Em detrimento deste, era utilizado o método de equipa juntamente com o método individual, ou, quando tal não era possível, o método funcional. Este último, conforme Rego & Coelho (2017), compromete a continuidade dos cuidados à PSC (podendo levar à fragmentação dos mesmos) e conduz à existência de diversos intermediários na comunicação e de vários intervenientes na partilha de responsabilidade.

Por um lado, o método funcional consiste num modo de organização do cuidado em enfermagem sob a forma de tarefas, pelo que, apesar de existir um aumento na produtividade dos enfermeiros, associado à economia de tempo, existe também um nível de confusão no que respeita à atribuição de responsabilidades, aumentando o risco de ocorrência de eventos adversos (Almeida Ventura-Silva et al., 2021). Pela tipologia de cuidado e pela carência de recursos humanos, esta metodologia era a mais utilizada nos balcões de enfermagem do SUG.

Por outro lado, no método de equipa/individual, o cuidado de enfermagem é prestado sob a liderança de um enfermeiro, chefe de equipa/responsável de turno, que atribui as diferentes pessoas internadas aos respetivos enfermeiros, baseando-se nas competências adquiridas. Como tal, o chefe de equipa rentabiliza os recursos de que dispõe, visto que o enfermeiro prestador do cuidado é o único responsável pela conceção e execução de todo o plano de cuidado necessário à PSC que lhe tenha sido atribuída (Almeida Ventura-Silva et al., 2021). Consequentemente, é função do chefe de equipa perceber os enfermeiros que tem a seu cargo naquele turno e distribuir as pessoas com necessidades crescentes de complexidade aos enfermeiros mais peritos, mantendo presente o trabalho de equipa (Marques, 2019). Esta metodologia de organização do cuidado em enfermagem era utilizada no SUG, nos



setores da Sala de Reanimação (SR) e Serviço de Observação (SO), na UCI Específica e na UCIP, pois a tipologia de cuidado e o rácio implementado assim o permitiam. Deste modo, a assistência prestada não é fragmentada e a responsabilidade do cuidado é de um único enfermeiro, que concebe, implementa e avalia o cuidado.

Ao longo destes três contextos de estágio, procurei ter conhecimento do plano de emergência e catástrofe, para que, na eventualidade de uma ocorrência de situação de exceção (quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis) ou de catástrofe, definida segundo a Lei nº 27/2006 de 3 de Julho (2006) como “um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” fosse capaz de contribuir ativamente e perceber qual o conjunto de ações a realizar, ordeiramente, definindo atuações e responsabilidades do pessoal e agindo em conformidade com a planificação (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Em todos os contextos de estágio, pude certificar que a equipa tinha conhecimento sobre a existência de um plano de emergência e catástrofe, contudo, eram escassas as formações em serviço sobre o mesmo ou a existência de simulacros para treino da equipa, pelo que, enquanto EE, a análise crítico-reflexiva destes planos e a participação de uma formação com o tema “Plano de Evacuação Hospitalar” na UCIP permitiram aperfeiçoar o desenvolvimento da minha competência na dinamização de respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, como previsto no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2018).



2.1 CUIDADO À PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Quando integramos um serviço novo, e especialmente quando não temos experiência num SUG, inevitavelmente regredimos ao estatuto de iniciada avançada. Existe uma grande dificuldade em integrar o que foi aprendido na teoria com o que se vivencia na prática, pois a aquisição de competências é dependente da situação e não das capacidades da pessoa (Benner et al., 2001).

Os serviços de urgência continuam a ser verdadeiros desafios no Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelas particularidades de que se revestem. Esta tipologia de serviço está permanentemente sujeita a uma dinâmica de constante mudança, onde tudo acontece de forma rápida e não programada, exigindo uma grande flexibilidade de adaptação num contexto complexo, impondo uma resposta atempada, eficaz e cientificamente adequada (Coimbra, 2021). O facto de exercer enfermagem numa UCIP e, conseqüentemente, num ambiente controlado e altamente vigiado, aliado à circunstância de não ter estagiado num SUG, levantou algumas inseguranças, nomeadamente na escolha do contexto de estágio. Ainda assim, considereei que deveria integrar um serviço que tivesse todas as condições e pudesse proporcionar oportunidades de aprendizagem de acordo com os objetivos definidos. Por este motivo, optei por realizar o estágio num SUG de um Centro Hospitalar (CH), que assegura o cuidado correspondente às necessidades de cada um, de acordo com as melhores práticas clínicas, promovendo uma eficiente utilização dos recursos disponíveis e detendo uma vasta experiência na formação de profissionais de saúde.

Este CH detém certificação e acreditação pela *CHKS Healthcare Accreditation Standards*, renovada em 2023, assumindo-se como uma instituição de referência, não só por ser um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, abrangendo as áreas de



investigação, ensino, prevenção e continuidade do cuidado, como também por ser reconhecido pela sua excelência clínica, eficácia e eficiência.

O SUG integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência (Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro, 2015), como SUG com Centro de Trauma (CT), funcionando 24h por dia/sete dias por semana. Integra, desde 2013, um dos polos da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), fornecendo suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), Via Verde Sepsis e Via Verde de Trauma (VVT). Admite todas as pessoas, independentemente da sua proveniência, servindo uma área de referência alargada e apoio aos Hospitais Distritais no seu território de influência, nas áreas de especialidade diferenciadas médico-cirúrgicas que estes não detenham.

A estrutura do CH encontra-se organizada de modo a assegurar a articulação necessária para proporcionar uma continuidade do cuidado à PSC, desde o pré-hospitalar (com a Viatura Médica Emergência Reanimação), passando pelo SUG, até ao cuidado diferenciado prestado em unidades específicas (Coimbra, 2021). A prioridade no atendimento das pessoas é definida segundo um Sistema de Triagem de Prioridades, neste caso, o sistema de Triagem de *Manchester* (Machado, 2008), implementado desde 2007.

O correto funcionamento do SUG conta com uma equipa multiprofissional de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos administrativos e técnicos superior de saúde. No que respeita a equipa de enfermagem, esta é constituída pelo enfermeiro gestor de serviço, quatro enfermeiros na área de gestão e 142 enfermeiros dedicados ao cuidado, estando estes divididos por cinco equipas com horário rotativo e uma equipa de horário fixo. Cada equipa do tipo *roulement* é constituída por, pelo menos, 23 elementos nos turnos da manhã e da tarde e 20



elementos no turno da noite, de maneira a garantir dotações seguras e assegurar os cuidados mínimos preconizados para o SUG (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, 2019). Cada equipa é coordenada por um chefe de equipa que não assume a responsabilidade do cuidado a pessoas internadas, assegurando o cuidado nas SR, sempre que necessário.

O posto de triagem é assegurado por um enfermeiro com formação específica no Sistema de Triagem de *Manchester* (Machado, 2008), sendo que este posto não era, em todos os turnos, assegurado por um EEMC, na área de Enfermagem à PSC, como recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro (2019), visto que a intuição é, muitas vezes, fundamental para encontrar mais do que o algoritmo indica (Benner et al., 2001).

O SUG está subdividido em duas áreas de atendimento: a área de ambulatório e a unidade de observação (UIE/ACSS, 2015). Na primeira, encontram-se inseridos quatro postos de triagem, dois balcões de atendimento e um gabinete de enfermagem de apoio a cinco gabinetes médicos. Na segunda, estão contempladas quatro SR (UIE/DRS/ACSS, 2019), em que duas estão direcionadas para a receção da PSC na sequência de trauma e duas para PSC do foro médico ou cirúrgico, (apesar de todas as SR permitirem abordagem cirúrgica à PSC emergentes, uma das salas tem características físicas de bloco operatório, como por exemplo, a existência de antecâmara e de luminárias de teto) e ainda cinco SO, uma casa de banho completa para pessoas independentes ou que se podem deslocar de cadeira e uma sala de banho assistido (UIE/ACSS, 2015). No que se refere ao horário de visita e informações à família, existe um horário fixo para as PSC internadas em SO, sendo que nas SR era permitida a entrada dos familiares assim que a situação clínica da PSC estivesse estabilizada.



Analisado o contexto de estágio, prosseguimos para os objetivos específicos para este estágio no SUG:

- Desenvolver competências na tomada de decisão e no cuidado especializado à PSC e sua família, em contexto de urgência e emergência;
- Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito das necessidades da família em processo de doação de órgãos.

Importa agora descrever as situações vividas e analisar as atividades desenvolvidas, por forma a atingir os objetivos definidos para este estágio. Para isso, foi desenvolvido um projeto de estágio que visa a estruturação e organização das atividades a desenvolver durante o mesmo.

A realização deste projeto teve como finalidade guiar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE, orientando a *praxis* do cuidado de enfermagem especializado (Rabiais et al., 2023). A criação e desenvolvimento do projeto de estágio implica responsabilidade e autonomia por parte do mestrando, pois resulta de uma junção entre reflexão pessoal, raciocínio clínico e criatividade contínuas. A sua concretização é orientadora de um bom desempenho e considera a evolução técnico-científica na prestação de cuidado (Carvalho et al., 2017).

Posteriormente, abordei a fase inicial de integração ao serviço, realizando pelo menos um turno em funções de coordenação e chefia, na admissão na sala de triagem, no balcão de ambulatório e SO, que permitiu conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional do serviço, bem como o percurso da PSC desde a admissão até à sua transferência/alta. Foquei-me no conhecimento das normas e protocolos instituídos, não só através da consulta e leitura dos procedimentos em vigor, como também de documentação ética e deontológica adequada às situações encontradas. Procurei ao longo do estágio promover a discussão crítica com a



Enfermeira Orientadora (EO), num processo de parceria na partilha de conhecimentos teóricos e aplicação na prática clínica, sendo todas estas atividades transversais aos restantes contextos de estágio.

Desde cedo e ao longo dos turnos, enfoquei o meu esforço em conhecer as principais necessidades de cuidado de enfermagem especializado médico-cirúrgica da PSC e sua família no SUG, aprofundando conhecimentos no âmbito das situações de emergência e no cuidado emergente à PSC vítima de politrauma. Para tal, dei prioridade à realização de turnos na SR, com o propósito de aumentar as hipóteses de contacto com uma situação de urgência. Esta última, é definida pelo Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2018) como aquela que resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, devendo a assistência à vítima ser realizada de forma imediata.

Inicialmente, a minha intervenção era centrada no âmbito da autonomia no raciocínio clínico e na tomada de decisão, começando pela partilha de conhecimentos com a EO. Visto que não possuía experiência prévia neste contexto e tendo em conta a complexidade das situações, apresentei algumas dificuldades em discernir entre os aspetos relevantes e irrelevantes em cada caso (Benner et al., 2001).

Ao longo do estágio, senti que fui capaz de conquistar autonomia e confiança, através das inúmeras experiências que me permitiram a aquisição de competências para o cumprimento do primeiro objetivo. Optei por descrever uma delas, onde demonstro a minha capacidade para alcançar a segurança e autonomia na gestão do cuidado de enfermagem especializado no que diz respeito à tomada de decisão e ao



cuidado à PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Tal como descrito pela DGS (Direção Geral da Saúde), o trauma é uma causa importante de morte, incapacidade e diminuição da qualidade de vida em todo o mundo. Em Portugal, a sinistralidade e a taxa de mortalidade imputada ao trauma são das maiores da Europa, onde os acidentes de viação representam 55% dos casos de trauma, com maior incidência na população jovem. Ainda assim, pouco se sabe acerca da gravidade e resultado em termos de mortalidade ou incapacidades resultantes do trauma, pois não existem registos de trauma a nível nacional (DGS, 2022).

Entende-se por VVT o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major. A abordagem à vítima de trauma major, esta última definida pela DGS como aquela que tem uma lesão grave ou risco de desenvolver uma lesão grave, apresentando tipicamente sinais vitais alterados ou uma lesão anatómica significativa, podendo resultar em morbidade ou mortalidade, implica a ativação da Equipa de Trauma (ET) (DGS, 2022).

A primeira situação descrita trata uma PSC (denominada Sr.^a A), com 69 anos, vítima de trauma por acidente de viação, sendo a única ocupante e condutora de veículo ligeiro, com cinto. Apresentou embate frontal a velocidade não determinada contra veículo pesado, com segundo embate por outro veículo que bateu à retaguarda.

Como membro da ET, na primeira abordagem à PSC na SR, apliquei a sequência de abordagem XABCDE (X - Exsanguinação; A - Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical; B - Ventilação e oxigenação; C - Assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D - Disfunção neurológica; E - Exposição



com controlo de temperatura), que permite, de forma sistemática, sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida (INEM, 2012a). O seu cumprimento rigoroso é de extrema importância, pelo facto de a maioria das mortes evitáveis relacionadas com o trauma serem motivadas pela incapacidade em diagnosticar e tratar problemas básicos relacionados com a via aérea, a respiração e a circulação (AHA, 2021; DGS, 2022; INEM, 2012a). Segundo o algoritmo: X – Pessoa vítima de trauma fechado, não existindo evidências de hemorragia ativa. A – A Sr.^a A encontrava-se comunicativa, com via aérea permeável, sem corpos estranhos na cavidade oral. Apresentava colar cervical do tipo rígido, pelo que juntamente com a EO procedi à troca para colar cervical *Philadelphia*, mantendo o alinhamento da coluna (INEM, 2012b). B – Respiração toracoabdominal, regular e simétrica, equirresistente, com ausência de sons adventícios, sem tiragem, crepitações ou hiperressonância. Após ter aplicado a monitorização respiratória e eletrocardiográfica, por SpO₂ entre os 90-92%, coloquei oxigenoterapia por óculos nasais a 2L/min. C – Traçado cardíaco rítmico, com o pulso cheio e tempo de preenchimento capilar inferior a 2 segundos. À minha observação, a Sr.^a A apresentava a pele corada e as mucosas hidratadas. Avaliei os parâmetros vitais: normocárdica (80bpm), normotensa (130/80mmHg), eupneica (18rpm) e agora com SpO₂ 98%. Apirética (36,8°C) e normoglicémica (99mg/dL). Dor de grau 6 segundo a Escala Numérica da Dor (DGS, 2003). Puncionei um acesso venoso periférico calibre 18G, realizei colheita de sangue para estudo analítico e coloquei soroterapia. De seguida, administrei, conforme indicação clínica, analgesia com efeito (após verificação dos nove “certos da administração de medicamentos”: doente certo, medicamento certo, via certa, dosagem certa, hora certa, registo certo, abordagem certa, forma farmacêutica certa e monitorização certa) (INEM, 2021). D – Ao comunicar com a Sr.^a A, confirmei que esta se encontrava vígil e orientada no



tempo, espaço e pessoa, com um *score de 15* na Escala de Coma de Glasgow (ECG) (Baptista, 2003). Apresentava-se ansiosa, tendo sido utilizada a técnica de distração de modo a aliviar alguma desta dor e ansiedade (OE, 2008). Realizei a avaliação pupilar (isocóricas e reativas de tamanho 3mm), não apresentando défices motores, pois mobilizava e mantinha a sensibilidade nos quatro membros. E - Expunha uma ferida traumática abrasiva na pirâmide nasal. Em ambos os punhos, apresentava tala de imobilização provisória do pré-hospitalar, sem sinais de compromisso neurocirculatório e o tornozelo direito com edema e doloroso à palpação. Retirado plano duro juntamente com a equipa multidisciplinar, mantendo alinhamento total do corpo (INEM, 2012b).

Após esta estabilização inicial, e por se encontrar hemodinamicamente estável, realizei o transporte da PSC (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023), juntamente com a EO, para realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), nomeadamente radiografia (RX) tórax, anca, coluna e tornozelo direito, para além de tomografia computadorizada (TAC) cranioencefálico, cervical e toraco-abdomino-pélvico.

Após o transporte da Sr.^a A sem intercorrências e de regresso à SR, realizei a avaliação secundária. Estão disponíveis duas versões para esta avaliação, a abordagem SAMPLE (AHA, 2021), recomendada pela *American Heart Association* (AHA), sendo que optei pela abordagem CHAMU, preconizada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e utilizada no SUG: C - Circunstâncias do acidente (vítima de acidente de viação, por embate frontal contra veículo); H - História anterior de doenças (Antecedentes pessoais de XXXXX); A - Alergias (nega alergias); M - Medicação habitual (Medicada habitualmente com XXXXX); U - Última refeição (Em jejum) (INEM, 2012a). A Sr.^a A manteve-se sob a minha vigilância na SR, onde foi observada pela especialidade de Cirurgia (tendo sido



diagnosticada com fratura dos 3^o-6^o arcos costais à direita, com pneumoperitoneu associado).

Após a observação clínica e demonstrando capacidade de antecipar o risco de instabilidade, fui capaz de reconhecer que Sr.^a A apresentou uma deterioração clínica, nomeadamente por uma alteração do estado de consciência e aparecimento de taquipneia e sudorese, pelo que informei a EO e, como indicado na VVT (DGS, 2022) e recomendado pelo INEM (2012a), reapliquei o algoritmo ABCDE, pois a reavaliação da vítima deve ser realizada periodicamente e sempre que se verificar alguma modificação no seu estado clínico: A – Doente mantém via aérea permeável, apresentando colar cervical *Philadelphia*. B – A Sr.^a A apresentava-se polipneica, com respiração de baixa amplitude. SpO₂ entre os 92-94%, pelo que aumentei o aporte de oxigenoterapia para 5L/min por máscara facial, para obter SpO₂ 95-97%. C – Mantém monitorização cardíaca, com traçado rítmico, pulsos periféricos palpáveis, mas à minha reavaliação, filiformes. Hipotensa (Pressão Arterial: 80/50mmHg), taquicárdica (FC 120bpm). Puncionei um segundo acesso venoso periférico de calibre 18G, para ressuscitação volémica com recurso a cristalóide. A Sr.^a A apresentava a pele pálida e sudorética. D – A Sr.^a A encontrava-se agora obnubilada, despertável ao toque. Quando a questioneei, referiu toracalgias e dor na região abdominal. E – Sem alterações relativamente ao que observei previamente.

Após esta reavaliação, fui informar a equipa multidisciplinar do agravamento ventilatório e hemodinâmico da Sr.^a A, que à observação ditou que esta tinha indicação cirúrgica. A minha intervenção à PSC terminou com o transporte da mesma (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023) ao Bloco Operatório, para que fosse intervencionada, com a devida transmissão do cuidado através da técnica ISBAR (DGS, 2017a). Apesar da técnica ISBAR não ser a mais utilizada pelos colegas do SUG, optando pela abordagem



céfalo-caudal, era a que utilizava diariamente no meu serviço e me sentia mais confortável, pelo que me permitiu deixar como sugestão de melhoria da qualidade para o serviço (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Em todas as situações vividas ao longo dos estágios e partilhadas com os EO (sendo que esta não foi exceção), existia no final espaço para um momento de reavaliação e introspeção de todo o cuidado, o *debriefing*, com o objetivo de melhorar a performance dos profissionais através da reflexão em grupo e partilha de experiências (AHA, 2021; Dufrene & Young, 2014), onde ponderávamos sobre as decisões tomadas e o que poderíamos ter feito diferente, bem como que resultados teríamos obtido.

Especificamente nesta situação, considero ter sido capaz de implementar o cuidado de enfermagem apropriado e necessário às complicações, bem como monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados. Como resultado, demonstrei capacidade de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, facilitando a transição saúde-doença (Meleis, 2010), nomeadamente numa situação de emergência na receção da PSC na SR. Apresentei competências para prestar o cuidado à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, garantindo a administração de protocolos complexos, como é exemplo a integração na ET e do protocolo da VVT, fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Relativamente ao Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), fui capaz de liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão, avaliando e otimizando o processo e os resultados da minha tomada de decisão, calculando e garantindo a melhoria da qualidade das práticas clínicas. Para além do exposto,



sustentada nos conhecimentos obtidos ao nível da licenciatura, fui capaz não só de os desenvolver e aprofundar, como integrar novos saberes na compreensão e resolução de problemas em situações novas, de modo a lidar com questões complexas e ter capacidade de desenvolver soluções (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, 2006).

Por fim, no que respeita ao segundo objetivo específico, foi uma preocupação dar início ao trabalho de investigação, neste caso, a *Scoping Review*. Durante o estágio no SUG e após reflexão sobre o impacto da comunicação e envolvimento da família no serviço de urgência, juntamente com a equipa e a EO, foi notório que os enfermeiros experienciam dificuldades em cuidar da família da PSC, estando normalmente associadas à falta de tempo, à ausência de recursos, ao receio de aproximação emocional, à priorização constante do cuidado à pessoa, à reduzida formação, aos conflitos intrapessoais e ao desconhecimento das necessidades da família (De Sá et al., 2015). Posto isto, o conhecimento das necessidades da família, nomeadamente no contexto de doação de órgãos e tecidos revelou ser uma oportunidade relevante para a investigação em saúde. Por conseguinte, realizei nesta fase a pesquisa preliminar, mobilizando diferentes fontes na busca de evidência científica para uma correta avaliação do estado da arte, culminando na escolha dos descritores e palavras-chave.

2.2 CUIDADO À PESSOA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ESPECÍFICA

Segundo Pinho (2020), a enfermagem em cuidados intensivos possui um vasto campo de exercício no hospital. Embora seja observada como uma área complexa e difícil, é um dos campos fundamentais da enfermagem e,



simultaneamente, um desafio constante para o profissional que exerce a sua função na UCI (Pinho, 2020).

Atualmente, é consensual que a enfermagem, enquanto disciplina e profissão, nomeadamente em cuidados intensivos, deve conter características, das quais se destacam um vasto campo de conhecimento, autonomia na tomada de decisão, autoridade sobre a prática e responsabilidade e reconhecimento pelos resultados (Pinho, 2020).

Esta UCI Específica situa-se no mesmo CH onde realizei o estágio no SUG, pelo que alguns dos critérios de escolha desta UCI são equivalentes, por se pautarem pela mesma missão, valores, abrangência, creditação e diversidade no cuidado. Ainda assim, nesta unidade, o cuidado centra-se nas pessoas em transição de saúde-doença (Meleis, 2010) de etiologia neurocrítica, que se define como a pessoa com lesão cerebral aguda severa, provocada por traumatismo cranioencefálico (TCE), hemorragia cerebral, infeções do sistema nervoso central, mal epilético, pós-operatórios de neurocirurgia e pessoas em morte cerebral. O cuidado à PSC com estas condições de saúde-doença requer conhecimentos e competências gerais na área de cuidados intensivos, assim como específicas da área do neurointensivismo – as competências nesta área adquirem-se com a experiência profissional no cuidado destas pessoas (Pinho, 2020).

Tendo em conta que exerço a minha atividade profissional numa UCIP, a escolha desta UCI Específica, denominada daqui em diante como Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC) como contexto de estágio, prendeu-se pelo interesse pelo cuidado a pessoas em situação de saúde-doença neurocrítica e respetiva neuromonitorização, por forma a aprofundar e cimentar conhecimento prévio, mas também colmatar possíveis inseguranças da prática clínica. Considerando *Benner et al.*, o conhecimento profissional de enfermagem é um saber



de ação através da experiência, através do qual o enfermeiro aprende a focalizar o que é importante em determinadas situações específicas do cuidado. Atendendo a que o ambiente em UCI já me era familiar, iniciei este estágio como iniciada avançada, na medida em que já tinha enfrentado situações reais idênticas suficientes para perceber quais os componentes significativos de cada situação (Benner et al., 2001).

A equipa multiprofissional da UCINC é composta primeiramente pela enfermeira gestora, seguida de equipa médica e equipa de enfermagem, esta última dividida em elementos de apoio à gestão, cinco subequipas de enfermagem, para além dos assistentes operacionais e um elemento dos serviços administrativos. Atualmente, a UCINC é composta por 58 enfermeiros, muitos deles peritos e proficientes nas áreas que integram pela sua experiência (Benner, 2001), 18 dos quais EE (nove EEMC, oito EE em reabilitação e um EE em saúde mental), o que se encontra abaixo do recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro (2019), em que pelo menos 50% do corpo de enfermagem deveria ser composto por EEMC na área de enfermagem à PSC. Existem quatro equipas que trabalham em horário rotativo e uma equipa de horário fixo, sendo que todas as equipas têm pelo menos um EEMC e um EE em reabilitação, como recomendado pelo mesmo regulamento.

As UCI são contextos qualificados quer a nível tecnológico, quer em recursos humanos, para assumir a responsabilidade integral pela PSC com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais (Pinho, 2020). O rácio enfermeiro/pessoa nas UCI deve ser flexível, de acordo com os níveis necessários de cuidado à pessoa (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, 2019). Atualmente, a UCINC tem duas unidades de internamento encerradas por falta de elementos na equipa de enfermagem, de maneira a respeitar



os rácios recomendados para a tipologia, gravidade e nível de cuidado necessário. Segundo o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o rácio enfermeiro/pessoa nas unidades de nível II com capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais, deverá ser 1:2 (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, 2019). Para corroborar a necessidade de cumprimento das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, existem instrumentos de avaliação da carga de trabalho de enfermagem dos enfermeiros em UCI, tais como o *TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System)* e o *NAS (Nursing Activities Score)*, este última validado para Portugal por Macedo et al. (2016) e Macedo et al. (2021). Segundo os autores, o *TISS-28* avalia apenas 43,3% da carga de trabalho, enquanto o *NAS* abrange 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI, pelo que evidencia uma maior abrangência de atividades de enfermagem desenvolvidas em UCI (Macedo et al., 2021). Ainda assim, apesar de se encontrar desatualizado no que respeita à carga de trabalho em enfermagem dos enfermeiros em UCI (Ferreira et al., 2017), na UCINC o *TISS-28* era o instrumento de eleição utilizado.

A UCINC é um serviço composto por 16 unidades de internamento, organizadas em quatro salas distintas, em formato *open space* partilhado, apesar de não ser a configuração recomendada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (ACSS, 2013). As salas destinadas ao cuidado da PSC de nível II, têm capacidade para quatro PSC, pelo que cada unidade é constituída por todo o equipamento e material clínico de cuidado à PSC em UCI (ACSS, 2013). Existem ao longo do serviço salas de arrumação, saída de sujos, duas salas de trabalho de enfermagem, gabinete de enfermagem, sala de equipamento, gabinete médico e sala de espera e de acolhimento (ACSS, 2013).



No que se refere ao horário de visita e informações à família, este realiza-se todos os dias das 17h às 19h. Durante a visita, os visitantes podem trocar entre si durante o período de 30 minutos, permanecendo apenas um familiar junto da pessoa internada. Considerando que na equipa da UCINC o método de trabalho é exclusivamente de equipa/individual (Almeida Ventura-Silva et al., 2021), cada enfermeiro fica responsável e deve estar disponível para acompanhar o familiar durante o período da visita, sendo que o controlo da entrada e saída das visitas é efetuado pelo enfermeiro que está responsável pelo turno. No que respeita ao chefe de equipa e segundo o Parecer nº15/2018, (2018), caso as UCI disponham de equipas de enfermagem com enfermeiros detentores do título de EEMC, deverão ser estes a exercer funções de chefia/coordenação, aspeto também nem sempre observado no período de estágio.

Assim sendo, ao longo deste estágio na UCIN tive como objetivos específicos:

- Desenvolver competências na tomada de decisão e no cuidado especializado à PSC do foro neurocrítico e sua família;
- Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito das necessidades da família no processo de doação de órgãos.

Posto isto, à semelhança dos estágios anteriores e no âmbito dos objetivos do mesmo, foram desenvolvidas atividades (anteriormente referidas) tendo em vista a integração no serviço, bem como realizado um projeto de estágio. Após esta fase, e por já ter enfrentado situações reais suficientes para perceber os componentes significativos de cada situação e me encontrar num estadio de iniciada avançada (Benner et al., 2001), pude focar-me na aquisição de diferentes competências, tais como as que se referem à Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos e as que envolvem a supervisão e a liderança de equipas. Visto que não assumo esta função na minha prática clínica, procurei captar e absorver todas



as particularidades e especificidades destas funções durante o estágio. Para esse efeito, optei por realizar a maioria dos turnos possível com a EO em funções de coordenação/responsável de turno, para que pudesse dominar as situações numa perspetiva mais ampla.

O CH e nomeadamente a UCIN estão integrados no projeto “STOP Infecção Hospitalar!” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015), no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Este projeto tem como objetivo apoiar o SNS na redução em 50% das infeções adquiridas nos hospitais no período de três anos, pretendendo avaliar com periodicidade regular os resultados de cada hospital, através de auditorias, assim como monitorizar o processo e o ganho económico com a redução de custos associados à diminuição de taxas de infeção (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). Ao longo do estágio, pude explorar as normas da DGS relativamente ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, nomeadamente os Feixes de Intervenção (DGS, 2017b). Fui capaz de operacionalizar essas normas na prática de enfermagem, de modo a adquirir a competência de EEMC na área de Enfermagem à PSC que procura a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018). Ainda no âmbito da prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, no que se refere às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, as infeções exógenas têm origem em fontes externas à PSC (como por exemplo o ambiente, os profissionais de saúde, as visitas, e o equipamento ou os dispositivos médicos) (DGS, 2009). O papel do EE é de grande importância, pois este tem o dever de vigiar as possibilidades de transmissão dos microrganismos, quer seja através dos profissionais, das PSC ou das visitas (Flores, 2021). Tive oportunidade de acompanhar as visitas de modo a supervisionar e garantir que eram cumpridas as



Precauções Básicas do Controlo de Infeção, nomeadamente na utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI) e na higienização das mãos (DGS, 2013).

Este estágio foi também repleto de experiências que me permitiram superar-me perante as circunstâncias, demonstrando a aquisição de competências para o cumprimento do primeiro objetivo, pelo que optei por descrever uma delas, onde explico a minha evolução na otimização do trabalho da equipa e na adaptação do estilo de liderança. Esta situação ocorreu num turno da noite, em que assumi juntamente com a EO o cargo de chefia de equipa, tendo em vista um turno com diversas funções de chefia pendentes, uma equipa de enfermagem bastante jovem e com previsão de entrada de uma PSC durante a madrugada.

Segundo Marques (2019), como chefe de equipa, encontrava-me responsável pela atribuição das pessoas internadas aos enfermeiros escalados, de acordo com as necessidades do serviço, promovendo o trabalho de equipa e o apoio aos pares. Verifiquei que esta distribuição não é feita de forma inocente ou aleatória, uma vez que tive de atender aos pontos fortes e fracos dos elementos da equipa, considerando a divisão do trabalho e tendo em conta a importância da promoção da aprendizagem para os elementos menos experientes, para uma maximização dos recursos humanos disponíveis (Marques, 2019). Estruturalmente, a UCIN não permite a visualização simultânea de todas as pessoas internadas, o que dificultou assumir-me como um elemento central no seio das equipas, dinamizador e de apoio aos colegas (Marques, 2019). Como estratégia, decidi passar sala a sala, por forma a organizar o turno e supervisionar o cuidado prestado, percebendo quem assumiu a execução de determinada função, intervindo na tomada de decisões e adotando a responsabilidade dos eventos que ocorram durante o meu turno (Marques, 2019). Neste ponto, identifico que foi muito fácil ficar retida numa das salas para dar apoio a um dos enfermeiros menos experientes no cuidado à PSC, pelo que procurei,



através do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, deter consciência de mim própria enquanto pessoa e EE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Reconheci que supervisionar não se trata de uma substituição da função de enfermeiro, mas sim de uma colaboração para a formação em exercício dos enfermeiros, com a finalidade do incremento das práticas e da qualidade do cuidado à pessoa (França et al., 2015).

Cook identificou cinco características dos líderes de enfermagem eficazes, visto que estes devem ser capazes de respeitar, influenciar e apoiar os colegas, melhorando e inovando o cuidado de enfermagem (Cook, 2001). Prontamente consegui ajustar-me à mudança de situação, respeitando o espaço do enfermeiro e retomando o meu papel como responsável de turno.

A gestão de enfermagem é, simultaneamente, uma tarefa desafiadora e difícil (Sellgren et al., 2006), pois o desempenho eficaz de uma equipa requer um esforço cooperativo dos vários componentes da mesma, devendo os seus líderes ser flexíveis e adaptáveis à medida que a situação altera (Yukl, 2008). Ao longo do turno, tive ainda oportunidade de gerir o cuidado e otimizar o trabalho de equipa, na medida em que agilizei a transferência de uma pessoa internada. Comuniquei com o serviço recetor, coordenei os serviços de limpeza com a equipa de assistentes operacionais e, seguidamente, com o serviço de urgência, consciente que um líder com alto desempenho está orientado tanto para a execução de tarefas como para a relação com o outro (Sellgren et al., 2006).

Através desta situação, demonstrei ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação na equipa de saúde, adequando os recursos às necessidades de cuidado e adaptando a liderança ao local e ao contexto, visando através da supervisão de tarefas, garantir a segurança e a qualidade do cuidado (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).



Esta situação em específico foi, para mim, uma mudança de papel, pelo que, ao encontrar-me numa situação de transição, necessitei de me adaptar (Meleis, 2012). Esta adaptação permitiu-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, gerando respostas de adaptabilidade individual ao deter consciência de mim mesma como pessoa e enfermeira, futura especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Por fim, no que respeita ao segundo objetivo específico, foi durante este estágio que tive oportunidade de contactar com vários processos de doação de órgãos e tecidos, maioritariamente no que respeita aos cuidados de enfermagem na gestão da pessoa dadora, desde a sua admissão até à transferência para o bloco operatório. Por não ter sido possível presenciar o estabelecimento da relação terapêutica, bem como momentos de comunicação com a família nestas situações, questioneei a EO sobre quais os fatores de stress habitualmente identificados e como procuravam suprimi-los na abordagem à família do dador de órgãos e tecidos. Algumas das intervenções mencionadas estão relacionadas com qualidade e eficácia da comunicação, no sentido em que esta deve ser informativa e esclarecedora para a família, idealmente com o apoio da equipa de psicólogos ou da assistente social. Outra intervenção referida foi o ajuste e alargamento do horário de visita, de forma a dar aos familiares a possibilidade e o tempo necessário para se despedirem. Estes fatores foram mais tarde confirmados pela *Scoping Review* como constituintes das principais necessidades da família em processo de doação de órgãos e tecidos.

Para além disto, foquei-me na continuação da realização da *Scoping Review*. Esta fase culminou na redação do Protocolo de *Scoping Review*, o que vem demonstrar capacidade de desenvolvimento de aplicações originais, em contexto de investigação (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, 2006)



2.3 CUIDADO À PESSOA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Este último estágio foi realizado numa UCIP de uma instituição privada, líder na prestação do cuidado em saúde de qualidade em Portugal, desenvolvendo a sua atividade há mais de 75 anos. Integra atualmente 24 estabelecimentos, tendo sido renovada em 2022 a Certificação ISO 9001: 2015 - Sistema de Gestão da Qualidade (Comité Europeu de Normalização, 2015). Este hospital tem como principais objetivos promover a prestação do cuidado com os mais elevados níveis de qualidade e conhecimento, assumindo um compromisso sério e responsável com os seus parceiros, fornecedores e com o Estado, detendo uma elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica.

Neste terceiro estágio, optei por estagiar no setor privado para diversificar a minha experiência de aprendizagem, tendo em vista a primazia do cuidado e a gestão de recursos e materiais disponíveis. A ponderação no que respeita aos recursos necessários subsiste não só ao nível da gestão macro, como também ao nível do cuidado, por toda a dinâmica económica inerente ao contexto privado.

Apesar de considerar que muitos enfermeiros são competentes e mobilizam todo um conjunto de saberes que fazem a diferença e resultam em ganhos em saúde (Benner et al., 2009), os enfermeiros da UCIP, sendo profissionais peritos e proficientes nas áreas que integram pela sua vasta experiência, ficam, em números, aquém do preconizado pelo Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro (2019): o hospital tem neste serviço dois enfermeiros gestores e 42 enfermeiros, entre os quais, cinco EE em reabilitação e cinco EEMC. Por turno, existe um enfermeiro chefe de equipa, que não participa no cálculo do rácio e da distribuição das pessoas internadas e que, muitas vezes, não é um EEMC, como recomendado pelo Parecer n.º15/2018 (2018).



Esta UCIP dispõe de catorze unidades de internamento, capacitando o cuidado de nível II e III à PSC, estando implementados os rácios mínimos de 1:1 em camas de nível III (detendo equipas de assistência médica especializadas em permanência física 24h) e de 1:2 em camas de nível II (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, 2019). As unidades de internamento, em formato *open space* e com a configuração individual recomendada pela ACSS (2013), dispõem de todo o equipamento e material clínico de cuidado à PSC, tratando-se do equipamento mais atualizado e inovador que utilizei.

Os instrumentos de avaliação da carga de trabalho em enfermagem permitem determinar as horas de cuidado necessárias consoante a complexidade de assistência que a pessoa exige (Ferreira et al., 2017), sendo que na UCIP são consideradas tanto a *NAS* como a *TISS-28*. No que respeita à visita por parte dos familiares, esta é feita uma vez por dia por duas pessoas de referência, entre a 13h e as 20h, com marcação prévia de horário de visita via telefónica.

Assim sendo, ao longo deste estágio na UCIP tive como objetivos específicos:

- Desenvolver competências no cuidado especializado à PSC e sua família na UCIP;
- Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito das necessidades da família no processo de doação de órgãos.

À semelhança dos estágios anteriores e de forma a cumprir os objetivos propostos, planeei e desenvolvi atividades já referidas que tinham em vista a integração no serviço, para além da realização do projeto de estágio.

A UCIP permitiu-me vivenciar muitas experiências e adquirir competências em diversas vertentes, sendo que a mais marcante está relacionada com a comunicação com a PSC sujeita a ventilação não invasiva (VNI) e a transmissão de más notícias, que passo a descrever.



Conforme nos indicam *Urizzi et al.* (2008), a UCI é um serviço preparado para assegurar cuidados eficazes à PSC, estando associada a uma constante expectativa de situações de emergência. Pelo seu caráter diversificado e sofisticado, estas situações são potenciais agentes de *stress* que podem atentar contra o bem-estar e satisfação das necessidades das PSC e suas famílias (Urizzi et al., 2008).

O internamento em contexto de UCI constitui um fator de *stress* para a pessoa internada e para a família, tornando-se de extrema importância o conhecimento do processo a que o familiar de uma pessoa internada na UCI está sujeito (Pinho, 2020). Desta forma, revelam-se de extrema importância as competências no âmbito da comunicação eficaz, que são indissociáveis da prática de enfermagem especializada.

Na UCIP, de modo a minimizar os fatores de *stress*, como o medo e ansiedade e aumentar a confiança na equipa (Maruiti & Galdeano, 2007), está preconizado o contacto telefónico diário à pessoa de referência, durante o turno da manhã. Durante este contacto, é possível esclarecer o familiar (cuja identidade foi previamente confirmada aquando da primeira visita à UCIP) sobre os cuidados diários, o planeamento do tratamento ao longo do dia (a familiar em análise nesta situação, a Sr.^a C, foi informada sobre a melhoria do estado clínico do seu pai, o Sr. B, e da sua transferência ao final do dia), bem como agendar o horário da visita. A integração da família nos cuidados à PSC à medida que estes são implementados e a disponibilidade para oferecer informação regular à família permite melhorar a compreensão sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento da pessoa internada, enquanto diminuem o impacto do internamento na qualidade de vida da família e aumentam o grau de satisfação e sentimentos de controlo de situação (Pinho, 2020).

Num turno da tarde na UCIP, estava responsável pelo cuidado ao Sr. B, 80 anos, internado com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. No início do turno, causado por um agravamento respiratório, o Sr. B teve de ser



conectado a VNI, o que exige cooperação da pessoa para o adequado decorrer da técnica (Fior et al., 2015). Uma vez que promover a comunicação é fulcral para uma melhor adaptação da pessoa ao dispositivo, a relação entre a equipa e a PSC e a explicação do funcionamento do equipamento são determinantes (Fior et al., 2015). Desta forma, antes de iniciar o tratamento, comecei por explicar e exemplificar ao Sr. B em que consistia e como funcionava a VNI, o que ele iria sentir, quais os seus benefícios e obtive o seu consentimento para o início do tratamento, aproveitando para acordar (como estratégia promotora de adesão à técnica) os períodos de desconexão da máscara de VNI para descanso, nomeadamente para a alimentação (Fior et al., 2015).

Apesar de ter procedido à escolha da interface e do tamanho de máscara adequado, efetuando a medição com o material disponível, optando por manter a prótese dentária para promoção da adaptação à máscara e consequente sincronização com o ventilador como procedimentos preventivos da falência de VNI (Fior et al., 2015), o Sr. B manteve-se desadaptado e dessincronizado com o ventilador. Por este motivo, realizei uma tentativa de relaxamento com imaginação e distração, aumentando o foco nas sensações de bem-estar (OE, 2008) e pedindo para que o Sr. B se focasse na inspiração e expiração. Procedi ao posicionamento com elevação da cabeceira a 30º como estratégia de apoio à respiração, (Fior et al., 2015), e ao toque terapêutico (OE, 2008; Phaneuf, 2005), de modo a promover o apoio e a segurança através do contacto, do relaxamento e da redução da ansiedade. Demonstrei o papel importante que o EE desempenha na prevenção e resolução de complicações associadas à VNI (Costa et al., 2015), revertendo com sucesso o quadro de desadaptação ventilatória.

No momento da visita da família, estava consciente que a expectativa da Sr.^a C não iria corresponder à realidade, pois o Sr. B encontrava-se agora conectado ao



ventilador, tendo sido protelada a sua transferência. O caráter crítico do estado de saúde desencadeia, por si só, respostas de *stress* a múltiplos estímulos, o que, juntamente com o aparato tecnológico, com o excesso de estímulos auditivos e os múltiplos cuidados e procedimentos a que estão sujeitos, constitui fatores de *stress* adicionais no ambiente inerente à UCI (Pinho, 2020). Nesse sentido, permitir a visita dos familiares e estabelecer uma relação de ajuda faz parte da humanização do cuidado de enfermagem na UCI (Maruiti & Galdeano, 2007). Sabendo de antemão que a visita poderia ser causadora de instabilidade familiar, pela transmissão desta má notícia (Meleis, 2010), foi possível aplicar o Protocolo de *SPIKES* (Baile et al., 2000).

Desta forma, preparando o espaço físico previamente à visita, escolhi uma sala privada, com um ambiente calmo e silencioso e com boa luz e solicitei à restante equipa que não interrompesse a reunião e não se dirigisse à sala de reuniões (*“Setting Up”*). Recebi a Sr.^a C no serviço e acomodei-a na sala de reuniões, questionando se estava confortável e se tinha vindo sozinha, ao que me respondeu que sim. Prossegui na conversa, procurando perceber qual a perceção da mesma sobre o estado de saúde do Sr. B, nomeadamente o que ela sabia sobre a situação de saúde (*“Perception”*) e quais as expectativas que tinha para a visita, ou seja, o que esperava encontrar durante a visita (*“Invitation”*). A Sra. C soube explicar que o pai estava internado porque “tinha muita falta de ar” (sic) e “estava com uma pneumonia” (sic), tendo a esperança de o levar para casa no dia seguinte, para junto da sua mãe, que se encontrava naquele momento sozinha em casa. Após estes três passos iniciais, e confirmando que a visita não iria ao encontro do esperado inicialmente, procedi à transmissão da informação (*“Knowledge”*) - comuniquei à Sr.^a C que o Sr. B tinha ficado muito cansado da manhã para a tarde e que, para o ajudar a respirar, este tinha sido conectado a um ventilador, através de uma máscara, pelo



que a comunicação com o mesmo ia ser diferente (por exemplo, que estaria algo sonolento, devido ao cansaço, contudo, seria capaz de abrir os olhos, acenar com a cabeça e falar, mas não de manter uma conversa, porque isso prejudicaria a sincronia com o ventilador). Ressalvei que estas não eram as notícias que gostaria de transmitir, porém iria explicar e acompanhar todos os próximos passos, para que pudéssemos, em conjunto, organizar e ajustar calmamente o momento da visita.

Após a aplicação com sucesso do protocolo de *SPIKES* (Baile et al., 2000), e do estabelecimento de uma relação de ajuda (Maruiti & Galdeano, 2007), dada a vontade expressa por parte da Sr.^a C em visitar o pai, como EE e responsável pela PSC, acompanhei a Sr.^a C até à unidade onde estava o Sr. B. Aproveitei para localizar todos os dispositivos e monitores disponíveis e iniciar o contacto físico e verbal com o Sr. B, baixando a grade da cama enquanto a visita estivesse a decorrer (eliminando mais uma barreira ao toque), para que a Sr.^a C pudesse ficar mais próxima do seu pai (Phaneuf, 2005). Exemplifiquei várias técnicas de comunicação não verbal que poderiam ser utilizadas para facilitar a comunicação, tais como o toque/linguagem corporal, a mímica e leitura labial, realizar perguntas de sim-não, utilização de papel e caneta, bem como o piscar de olhos e o contacto visual (Phaneuf, 2005; Wojnicki-Johansson, 2001). Demonstrei conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”, neste caso, a VNI, pois o receio de magoar a PSC ou desligar os múltiplos dispositivos de monitorização poderia representar um obstáculo para a Sr.^a C, encorajando o toque e oferecendo expressões físicas de amor e apoio ao Sr. B (Phaneuf, 2005; Pinho, 2020; Urden et al., 2009).

Para concluir, gostaria de destacar a importância de refletir acerca do impacto que estas situações têm na família e em nós, profissionais de saúde. Apesar de provavelmente considerarmos esta situação uma casualidade, é essencial



reconhecer que, para a família, estas pequenas alterações de um estado para o outro podem ter um impacto tremendo, causando instabilidade e tornando-se emocionalmente difíceis de gerir e ultrapassar (Meleis, 2012). Integrei o dever de contribuir ativamente para a capacitação de superação destas transições.

Com o exposto, demonstrei ser capaz de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a PSC com necessidades de maior complexidade do seu estado de saúde e da sua família, nomeadamente, demonstrando conhecimentos aprofundados em estratégias de comunicação facilitadoras para a pessoa com “barreiras à comunicação”. Demonstrei também capacidade de estabelecer uma relação terapêutica perante a PSC e sua família, reconhecendo as transições que possam estar a experienciar e assistindo-os nas perturbações emocionais que estejam a vivenciar, selecionando e utilizando adequadamente as habilidades de relação de ajuda, nomeadamente na aplicação do Protocolo de *SPIKES* (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Por fim, no que respeita ao segundo objetivo específico, foquei-me na continuação da realização da *Scoping Review*. Esta fase culminou na seleção, pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, da amostra final de artigos, efetuada por dois revisores independentes, inicialmente através da leitura do título e do resumo e, por fim, pela leitura do texto integral. A *Scoping Review* foi alvo de trabalho contínuo, pelo que se encontra atualmente em revisão pela equipa de investigação, não só para submissão em revista científica, como também para a realização de um póster científico para apresentação em seminários.



3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem registou uma evolução no decurso dos últimos anos, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996).

Em 2020, celebrámos o Ano Internacional do Enfermeiro, com o objetivo de evidenciar a extrema carência de enfermeiros e enfermeiros especialistas a nível mundial e o seu impacto no acesso a cuidados de saúde pelas populações. Segundo o Anuário da OE, em 2023, existiam somente 588 EEMC na área de especialização de enfermagem à PSC, o que se vem a comprovar insuficiente pelo não cumprimento das dotações seguras na maioria dos serviços (OE, 2023; Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, 2019). O EE é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem, ao qual foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996). A evidência empírica mostra que, em unidades hospitalares com enfermeiros especialistas em exercício efetivo de funções, as pessoas receberam cuidados de Enfermagem com maior frequência e tiveram melhores resultados na sua saúde, nomeadamente na redução para um terço das complicações, dos dias de internamento e da mortalidade, representando uma clara melhoria da qualidade do cuidado em enfermagem (Lopes et al., 2018).

Desta forma, ao longo deste percurso e justificado pelo dinamismo das atividades desenvolvidas descritas detalhadamente nas várias experiências vividas,



fui capaz de demonstrar a aquisição dos vários itens de competências especializadas, enquanto fortalecia uma prática profissional de acordo com as normas legais, respeitando os princípios éticos e a deontologia profissional e promovendo a proteção dos direitos humanos. Na integração destas premissas na relação profissional, considerei valores básicos e universais tais como a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015). Esta partilha contribuiu para uma reflexão não só sobre a ação, como também sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultassem das minhas ações, pelo que procurei ao longo dos estágios responsabilizar-me por ser facilitadora da minha aprendizagem, suportando a prática clínica especializada na mais recente evidência científica.

Com base no referencial teórico de *Afaf Meleis* e com o apoio do trabalho de *Patricia Benner*, atingi os objetivos a que me propus, demonstrando capacidade de integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções em situações de informação limitada ou incompleta, tal como é esperado de um Enfermeiro Proficiente (Benner et al., 2001). Adquiri competências que me irão permitir uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo autónomo, nomeadamente como promotora da superação de transições, tanto para a PSC como para a sua família.

O avanço científico e a exigência nos cuidados requerem que o EE desenvolva uma prática baseada na evidência, seja um precursor de projetos de formação e investigação e que proporcione a transferência de conhecimentos, não só para si como para a equipa multiprofissional, desenvolvendo as competências específicas da sua área de especialização (Craig & Smyth, 2004). Este desenvolvimento na área da investigação, concretizado através da *Scoping Review*, permitiu identificar quais



as necessidades da família dos dadores de órgãos, evidenciando capacidades de comunicação das minhas conclusões, conhecimentos e raciocínio, de forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, 2006; Rabiais et al., 2023).

Findado este percurso, termino com a consciência de que apesar de árduo e repleto de adversidades, nomeadamente a gestão necessária para equilibrar o trabalho, a academia e a família, foi também um caminho muito recompensador e gratificante, na medida em que representa um momento essencial de um projeto pessoal e profissional há muito pretendido.

Apesar de ao longo dos estágios não ter sido possível pôr em prática os resultados obtidos através da realização da *Scoping Review*, ambiciono futuramente perseguir este trilho agora traçado, que me permite marcar pela diferença as pessoas com quem cuido. Através da minha integração no grupo de trabalho de Humanização e Acolhimento à Família no meu local de trabalho, pretendo não só dar a conhecer os resultados desta investigação científica, como também dar formação à equipa para que a identificação e reconhecimento das necessidades da família em processo de doação de órgãos seja uma mais-valia para as equipas de enfermagem no que respeita a integração da família no cuidado em UCI.

Estou, finalmente, um passo mais perto de ser mestre e enfermeira especialista em médico-cirúrgica na área de especialização em enfermagem na pessoa em situação crítica.



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013). *Recomendações Técnicas Cuidados Intensivos*.
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- American Heart Association. (2021). *Suporte avançado de vida cardiovascular.pdf*.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR). (2017). *Doação e Transplantação de Órgãos e Tecidos*. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Doa%C3%A7%C3%A3o-e-Transplanta%C3%A7%C3%A3o-de-%C3%93rg%C3%A3os-e-Tecidos.pdf>
- Avilés, L., Kean, S., & Tocher, J. (2023). Ambiguous loss in organ donor families: A constructivist grounded theory. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 6504–6518. <https://doi.org/10.1111/jocn.16574>
- Aviso n.º 4511/2021, de 11 de março, Diário da República n.º 49/2021, Série II de 2021-03-11, páginas 142-162 (2021). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/4511-2021-159219809>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Globber, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>



- Baptista, R. C. N. (2003). Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência—Escala de Glasgow. *Revista de Enfermagem Referência*, 10. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2067&id_revista=5&id_edicao=11
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.ª ed.). Quarteto Editora.
- Benner, P., Queirós, A. A., & Lourenço, B. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment & ethics* (2nd ed.). Springer.
- Bocci, M. G., Prestifilippo, A., D'Alò, C., Barelli, A., Antonelli, M., Cingolani, E., Tersali, A., Maddalena, A. I., & Barelli, R. (2018). Family-Centered Care to Improve Family Consent for Organ Donation. Em G. Tsoulfas (Ed.), *Organ Donation and Transplantation—Current Status and Future Challenges*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.74781>
- Carvalho, E. C. D., Oliveira-Kumakura, A. R. D. S., & Morais, S. C. R. V. (2017). Clinical reasoning in nursing: Teaching strategies and assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 662–668. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. (2023). *Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT)*. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/08/A_constituicao_do_GCCT.pdf
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de urgência e emergência* (1a. ed. impressa). Lidel, Edições Técnicas.
- Comité Europeu de Normalização. (2015). *ISO 9001*. http://ftp.sdum.uminho.pt/normasipq/NPENISO009001_2015.pdf



- Cook, M. J. (2001). The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard*, 15(35), 38–44. <https://doi.org/10.7748/ns2001.05.15.35.38.c3027>
- Coordenação Nacional da Transplantação. (2023). *Doação e Transplantação de Órgãos – Atividade Nacional (1º Semestre 2023)*. https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETTRANSPLANTACAO/AtividadeColheitaTransplantacaoOrgaos_1Sem__2023v2.pdf
- Costa, A. R., Lopes, E., Morais, J., Esperto, M. J., Ferreira, R., & Vital, S. (2015). *Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: Aprender a viver com ventiloterapia*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CentroHospitalarMedioTejo_AprenderViverComVentiloterapia.pdf
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA - MANUAL PARA ENFERMEIROS*. Lusociência.
- Davis, K. M., & Lemke, D. M. (1987). Brain Death: Nursing Roles and Responsibilities: *Journal of Neuroscience Nursing*, 19(1), 36–39. https://journals.lww.com/jnnonline/abstract/1987/02000/brain_death_nursing_roles_and_responsibilities.8.aspx
- De Sá, F., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. 19. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- De Sá, M. A. D., & Lemoine, C. (2014). *O estilo de liderança como fator de comprometimento na empresa*. <https://www.diferencialmg.com.br/site/images/artigos/LIDERANA.pdf>



- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, Diário da República n.º 60/2006, Série I-A
de 2006-03-24, páginas 2242-2257 (2006).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, Diário da República n.º 205/1996, Série I-A
de 1996-09-04, páginas 2959-2962 (1996).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro, Diário da República n.º 228/2015, Série
II de 2015-11-20, páginas 33814-33816 (2015).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>
- Despacho n.º 14341/2013, de 6 de novembro, Diário da República n.º 215/2013, Série
II de 2013-11-06, páginas 32855-32856 (2013).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14341-2013-3313599>
- DGS. (2003). *Circular Normativa N.º9/DGCG: A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- DGS. (2009). *INQUÉRITO NACIONAL DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO.*
https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/04/_images_centrodocs_normas_normas_IACS_IPI_IPIRelat_2009.pdf
- DGS. (2013). *Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI).*
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- DGS. (2017a). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.*
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>



- DGS. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS. (2022). *Norma 012/2022: Via Verde do Trauma no Adulto*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* (1ª Edição). Lusociência.
- Dufrene, C., & Young, A. (2014). Successful debriefing — Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. *Nurse Education Today*, 34(3), 372–376. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.026>
- Fernandes, M. E. N., Bittencourt, Z. Z. L. D. C., & Boin, I. D. F. S. F. (2015). Experiencing organ donation: Feelings of relatives after consent. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 895–901. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0486.2629>
- Ferreira, P. C., Machado, R. C., Martins, Q. C. S., & Sampaio, S. F. (2017). Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: Comparação entre instrumentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62782>
- Fior, A., Quaresma, F., Barreto, P., & Pires, P. (2015). *Manual de VNI - ventilação não invasiva no doente agudo* (0 ed.). FANQ.
- Flores, I. de F. P. (2021). *ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO: UMA SCOPING REVIEW [ESEP]*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39412/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_In%C3%AAs%20Flores.pdf
- França, A. P., Ribeiro, C. I., Pinto, C. B., Segadães, F., Carvalho, L., Santos, M. R., Fernandes, O., Cruz, S., Lopes, S., & Abreu, W. (2015). *Livro de Comunicações*



- & Conferências. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica, Porto.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32031/1/2015_II%20congresso%20Int%20Supervis%c3%a3o%20Cl%c3%adnica_livro%20de%20comunica%c3%a7%c3%b5es%20e%20confer%c3%aancias.pdf
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP Infecção Hospitalar*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf
- Gelbcke, F. L., Souza, L. A. D., Dal Sasso, G. M., Nascimento, E., & Bulb, M. B. C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: Reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 136–139. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100021>
- INEM. (2012a). *Manual TAS - Emergências de Trauma* (1ª Edição). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%Aancias-Trauma.pdf>
- INEM. (2012b). *Técnicas de extração e imobilização de vítimas de trauma* (2ª Edição). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/T%C3%A9cnicas-de-Extra%C3%A7%C3%A3o-e-Imobiliza%C3%A7%C3%A3o-de-V%C3%ADtimas-de-Trauma.pdf>
- INEM. (2021). *SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/seguranca-doente-1.pdf>
- International Council of Nurses. (1962). GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING. *AJN, American Journal of Nursing*, 62(7), 120. <https://doi.org/10.1097/00000446-196207000-00056>
- IPST, IP. (2016). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação*. Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa (EDQM).



- https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf
- IPST, IP. (2020). *Doação*. Doação. <https://www.ipst.pt/index.php/pt/doacao>
- Jacoby, L. H., Breikopf, C. R., & Pease, E. A. (2005). A Qualitative Examination of the Needs of Families Faced With the Option of Organ Donation: *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(4), 183–189. <https://doi.org/10.1097/00003465-200507000-00009>
- Kentish-Barnes, N., Siminoff, L. A., Walker, W., Urbanski, M., Charpentier, J., Thuong, M., Sarti, A., Shemie, S. D., & Azoulay, E. (2019). A narrative review of family members' experience of organ donation request after brain death in the critical care setting. *Intensive Care Medicine*, 45(3), 331–342. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05575-4>
- Kérouac, S. (1994). *La pensée infirmière: Conceptions et stratégies*. Maloine Ed. Etudes vivantes.
- Lei n.º 12/93, de 22 de abril, Diário da República n.º 94/1993, Série I-A de 1993-04-22, páginas 1961-1963 (1993). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-1993-692651>
- Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho, Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03, páginas 4696-4706 (2006).
- Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto, Diário da República n.º 201/1999, Série I-A de 1999-08-28, páginas 5955-5955 (1999).
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS COMO RESPOSTA À EVOLUÇÃO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS DE SAÚDE. INESC TEC. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf



- Luo, A., He, H., Xu, Z., Deng, X., & Xie, W. (2021). Social Support of Organ Donor Families in China: A Quantitative and Qualitative Study. *Frontiers in public health*, 9, 746126. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.746126>
- Macedo, A. P. M. D. C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 881–887. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score. *Servir*, N.º 01, 19-30 Páginas. doi: <https://doi.org/10.48492/SERVIR0201.23763>
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes* [Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa]. doi: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/2008-Tese-Mestrado-Humberto-Machado-Relac%CC%A7a%CC%83o-Entre-Triagem-de-Prioridades-e-Gravidade-Doentes.pdf>
- Manzari, Z. S., Mohammadi, E., Heydari, A., Azizi, M. J. M., & Khaleghi, E. (2012). Exploring the Needs and Perceptions of Iranian Families Faced with Brain Death News and Request to Donate Organ: A Qualitative Study. *Brain Death*. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4089287/>
- Marques, M. F., & Porto, P. de S. (2023). *Recusa familiar frente à doação de órgãos e tecidos em unidades de terapia intensiva adulto: Revisão integrativa*. doi: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.10063143>
- Marques, R. A. A. (2019). *Chefes de equipa de enfermagem: Papel como líderes clínicos* [ESEL].



<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36865/1/Rita%20Alexandra%20Agripino%20Marques.pdf>

- Maruiti, M. R., & Galdeano, L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 37–43. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000100007>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5. ed). Lippincott Williams and Wilkins.
- Melo, R. C. (2014). *Liderança e Gestão Desenvolvimento Competências Relacionais* (1.^a ed.). Lusodidacta.
- Mills, L., & Koulouglioti, C. (2016). How can nurses support relatives of a dying patient with the organ donation option? *Nursing in Critical Care*, 21(4), 214–224. <https://doi.org/10.1111/nicc.12183>
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem — Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.



- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Estatística de Enfermeiros*. Estatística de Enfermeiros. <https://ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/#collapse-75324-1>
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos—Recomendações*. Hugo Moreira. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Parecer nº15/2018 (2018). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kéroüac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e édition). Chenelière éducation.
- Pessoa, J. L. E., Schirmer, J., & Roza, B. D. A. (2013). Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 323–330. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400005>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pinho, J. A. (Ed.). (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos* (1. edição). Lidel.
- Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, Diário da República n.º 90/2008, Série I de 2008-05-09, páginas 2513-2515 (2008). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/357-2008-249510>
- Rabiais, D. I., Veludo, D. F., Martins, D. L., Madureira, D. M., Sousa, D. P. P. de, Caldeira, D. S., Deodato, D. S., & Afonso, D. T. (2023). *Guia da Unidade Curricular—A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica*.



- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 68-75 Páginas.
<https://doi.org/10.48492/SERVIR025-6.23469>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744-4750 (2019).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19359-19370 (2018).
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128-155 (2019).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Santos, M. J., Massarollo, M. C. K. B., & De Moraes, E. L. (2014). The Family Interview in the Process of Donating Organs and Tissues for Transplantation: Perceptions of Potential Donors’ Relatives. *Transplantation Proceedings*, 46(6), 1674–1677. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.05.010>
- Sellgren, S., Ekvall, G., & Tomson, G. (2006). Leadership styles in nursing management: Preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 348–355. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00624.x>
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1–2), 11–20.
- UIE/ACSS. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. UIE/ACSS.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- UIE/DRS/ACSS. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. UIE/DRS/ACSS.
<https://www.acss.min-saude.pt/wp->



content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-
Emergencia_2019.pdf

Universidade Católica Portuguesa (UCP). (2022). *Ficha da Unidade Curricular—
Estágio Final e Relatório*.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2009). *Thelan's enfermagem de cuidados
intensivos: Diagnóstico e intervenção* (5ª Edição). Lusodidacta.

Urizzi, F., Carvalho, L. M., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M. C., & Cardoso,
L. T. Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades
de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4).
<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400009>

Wojnicki-Johansson, G. (2001). Communication between nurse and patient during
ventilator treatment: Patient reports and RN evaluations. *Intensive and
Critical Care Nursing*, 17(1), 29–39. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1547>

Xie, W., Kong, S., He, H., Xiong, H., Zhu, Q., & Huang, P. (2022). A mixed-methods
study of emotional support for families of organ donors in Hunan Province,
China. *Frontiers in Psychology*, 13, 952524.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.952524>

Yukl, G. (2008). How leaders influence organizational effectiveness. *The Leadership
Quarterly*, 19(6), 708–722. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2008.09.008>

Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations* (8. ed., global ed). Pearson.