

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

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA
SUBMETIDA A TRANSPLANTE**

**SPECIALIZED NURSING CARE FOR THE PERSON UNDERGOING
TRANSPLANTATION**

Por Isaura Conceição Pinto Moura

Lisboa, julho de 2022

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

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA
SUBMETIDA A TRANSPLANTE**

**SPECIALIZED NURSING CARE FOR THE PERSON UNDERGOING
TRANSPLANTATION**

Por Isaura Conceição Pinto Moura

Sob a orientação da Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, julho de 2022

*“Quero para mim o espírito desta frase,
transformada a forma para a casar com o que eu sou:
Viver não é necessário; o que é necessário é criar”.*

Fernando Pessoa *in* Navegar é Preciso

AGRADECIMENTOS

À professora Rita Marques, pela orientação, acompanhamento, disponibilidade e constante incentivo, sempre com uma palavra positiva para dar ânimo.

À professora Lurdes Martins, pelo seu contributo essencial na orientação do estágio de vigilância e decisão clínica, por toda a motivação e reforço positivo.

Aos enfermeiros orientadores em serviço, desde o serviço de urgência geral, à unidade de cuidados intensivos e ao gabinete coordenador de colheita e transplantação, por toda a disponibilidade, interesse e constante envolvimento nas atividades desenvolvidas.

Aos meus colegas do curso de mestrado, por todo o apoio, motivação e partilha. Em especial à Inês Vaz, companheira de todas as vitórias, mas também das horas mais difíceis e à Alexandra Cabral, pelo apoio e colaboração na realização da revisão de literatura.

À enfermeira chefe do serviço onde exerço funções, pelo constante apoio e compreensão em todo este processo, pelo reforço positivo nos momentos certos.

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo e disponibilidade.

À minha família e aos meus amigos, por todo o apoio e motivação, pela compreensão nas horas em que lhes faltei.

À Joana, à Raquel, ao Hugo e ao Bruno, por compreenderem a minha ausência e continuarem sempre, sempre, presentes.

À Patrícia, por tudo!

Em todas as partes de mim há uma parte de vocês!

Muito obrigada!

RESUMO

O investimento na formação assume um papel essencial no desenvolvimento de uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, através de uma prática baseada na evidência, assente na procura pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Com este relatório, que surge no âmbito do décimo quarto curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, pretendo descrever, analisar e refletir acerca do desenvolvimento de competências especializadas ao longo do curso, com maior ênfase para o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo dos estágios realizados no segundo ano.

Ao longo dos últimos 25 anos, a prática clínica avançada dos enfermeiros tem-se revelado particularmente positiva para os resultados alcançados pelas pessoas em situação crítica submetidas a transplante (Kramer et al., 2019) pelo que esta é uma área de relevância para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e ciência. No primeiro capítulo, de forma a refletir o desenvolvimento de competências na área da investigação, apresento uma revisão de literatura, utilizando a metodologia de revisão *scoping* proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), cujo tema consiste nos cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado.

As experiências vivenciadas durante os períodos de estágio possibilitaram o desenvolvimento de uma prática de cuidados assente na análise crítica e reflexiva. Cuidar da pessoa em situação crítica e sua família constituiu um desafio bastante complexo, para o qual foi essencial mobilizar alguns fundamentos teóricos, nomeadamente a Teoria das Transições de Meleis, de forma a estruturar os cuidados prestados à luz de um referencial. Assim, o segundo capítulo destina-se à descrição, análise e reflexão acerca das competências científicas, técnicas e humanas desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos e em contexto de coordenação de colheita e transplantação.

Ao longo da reflexão, realizo a articulação entre as atividades desenvolvidas e as competências especializadas a desenvolver, conforme o Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, que define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, que define as competências comuns do enfermeiro especialista.

Descritores: enfermagem, cuidados de enfermagem, pessoa em situação crítica, transplante, autocuidado

ABSTRACT

Investment in training plays an essential role in the development of excellent nursing care, through evidence-based practice, based on the search for continuous improvement in the quality of care.

With this report, which appears within the scope of the fourteenth Master's Degree in Nursing with a specialization area in Medical-Surgical Nursing - Person in Critical Situation, I intended to describe, analyze and reflect on the development of specialized competences throughout the course with greater emphasis on the learning process developed during the internships carried out in the second semester.

Over the last 25 years, the advanced clinical practice of nurses has proved to be particularly positive for the results achieved by people in critical situations undergoing transplantation (Kramer et al., 2019) so this is an area of relevance for development of Nursing as a profession and science. In the first chapter, to reflect the development of competences in the research area, I present a literature review, using the scoping review methodology proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI) whose theme is nursing care in the selfcare capacitation of the person undergoing organ transplantation.

The experiences lived during the internship periods enabled the development of a care practice based on critical and reflective analysis. Taking care of the person in a critical situation and their family was a very complex challenge, for which it was essential to mobilize some theoretical foundations, in particular Meleis' Theory of Transitions, in order to structure the care provided in the light of a reference. Thus, in the second chapter I intended to describe, analyse and reflect on the scientific, technical and human competences developed within the scope of the provision of specialized nursing care to the person in a critical situation, in the context of intensive care and in the context of collection coordination and transplantation.

Throughout the reflection, I carry out the articulation between the activities developed and the specialized skills to be developed, according to Regulamento nº 429/2018, of July 16th, which defines the specific competences of medical-surgical

nursing specialist and the Regulamento nº 140/2019, of February 6th, which defines the common competences of the specialist nurse.

Headings: nursing; nursing care; critically ill person; transplantation; selfcare

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

ACVT – Área de Coração, Vasos e Tórax

AML – Área Metropolitana de Lisboa

AUGPCI - Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CCT – Coordenador de colheita e transplantação

CHD – Coordenador hospitalar de doação

CHULC, EPE – Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central, Entidade Pública Empresarial

CNT – Coordenação Nacional da Transplantação

CR – Centro de referência

CT – Centro de tratamento

ECMO - *Extra corporeal membrane oxygenation*

FAP – Força Aérea Portuguesa

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

GNR – Guarda Nacional Republicana

JBI - *Joanna Briggs Institute*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MC – Morte cerebral

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONT – *Organización Nacional de Trasplantes*

PD – Potencial dador

PSC – Pessoa em situação crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

REENDA – Registo Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RNCCT – Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação

RNU – Registo Nacional de Utentes

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TEVAR - *Thoracic Endovascular Aortic Repair*

UC – Unidade curricular

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCICCT - Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

UML - Urgência Metropolitana de Lisboa

UT – Unidade de transplantação

VMI – Ventilação mecânica invasiva

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO PARA O AUTOCUIDADO – UMA REVISÃO DE SCOPING	21
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	37
2.1. Estágio Final - Módulo I – Cuidados Intensivos	39
2.2. Estágio Final - Módulo II – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	73
ANEXO 1 – Certificado de Participação “VI Seminário de Enfermagem – Transplantação de Órgãos” da Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática do Centro Hospitalar do Porto	74
ANEXO 2 – Certificado de Apresentação do Póster “Cuidados de Enfermagem na Capacitação da Pessoa Submetida a Transplante para o Autocuidado – Revisão Scoping” nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.....	76
APÊNDICES	79
APÊNDICE 1 – Apresentação para a sessão de formação “Prevenção da pneumonia associada à intubação - Feixe de intervenções”	80
APÊNDICE 2 – Questionário de avaliação da sessão de formação “Prevenção da pneumonia associada à intubação - Feixe de intervenções”	88
APÊNDICE 3 – Apresentação de apoio à sessão de formação “Prevenção de infeção do local cirúrgico - Feixe de intervenções”	90

APÊNDICE 4 – Questionário de avaliação da sessão de formação “Prevenção da infecção do local cirúrgico - Feixe de intervenções”.....	98
APÊNDICE 5 – Apresentação de apoio à sessão de formação: “A pessoa submetida a transplante - A intervenção do enfermeiro na capacitação para o autocuidado”.....	100
APÊNDICE 6 – Póster “Cuidados de Enfermagem na Capacitação da Pessoa Submetida a Transplante de Órgão para o Autocuidado – Revisão Scoping”.....	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama PRISMA	27
---------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I: Resultados da revisão de <i>scoping</i>	28
---------------------------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do décimo quarto curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi sugerida a elaboração do presente relatório de estágio, no qual deve ser demonstrada a “capacidade do estudante em identificar problemas e desenvolver soluções, de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões” (Universidade Católica Portuguesa, 2017, p.2).

Um dos objetivos do ciclo de estudos do mestrado prende-se com “promover uma cultura científica, de inovação e criatividade pelo desenvolvimento de projetos de intervenção e investigação, junto das famílias, nas comunidades e nas instituições de saúde em geral” (Universidade Católica Portuguesa, 2017, p.3). Neste sentido, apresento, no primeiro capítulo deste relatório, o desenvolvimento de competências na área da investigação, através da exposição de uma revisão de literatura, utilizando a metodologia de revisão *scoping* proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). A revisão apresentada foi realizada em colaboração com a estudante Alexandra Cabral pelo facto de existir um interesse partilhado no desenvolvimento de conhecimentos e competências na temática em estudo.

Nos últimos anos temos vindo a assistir a uma grande evolução na área do transplante de órgãos sólidos, em que este passou de um procedimento experimental para um padrão de resposta em situações de falência terminal de órgão. Num curto período de tempo tornou-se um procedimento *lifesaving* (em algumas situações críticas) e incrementou a taxa de sobrevivência de pessoas em situação crítica (PSC) (Sen et al., 2019). Os cuidados aos recetores de transplante, envolvem cada vez mais, toda a equipa multidisciplinar e a melhoria da qualidade requer uma avaliação constante dos resultados e discussão dos mesmos enquadrados no trabalho de equipa e com feedback em tempo real. Ao longo dos últimos 25 anos, a prática clínica dos enfermeiros, nomeadamente em contexto de UCI e serviços de internamento de pessoas transplantadas, tem-se revelado particularmente positiva para os resultados alcançados pelas pessoas em situação crítica

submetidas a transplante (Kramer et al., 2019) pelo que esta é uma área de relevância para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e ciência. Assim, surge o tema que norteia a *scoping* apresentada neste relatório: Cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado.

O segundo capítulo destina-se, então, à descrição, análise e reflexão acerca das competências científicas, técnicas e humanas desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Assim, irei descrever as atividades realizadas no estágio módulo I – Cuidados Intensivos, que decorreu numa UCI de um hospital central de Lisboa, no período de seis de setembro a vinte e sete de outubro de 2021, o que permitiu o contacto com a pessoa em situação crítica em diferentes situações de complexidade, para além de ter constituído também uma oportunidade para desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa submetida a transplante cardíaco e pulmonar no pós-operatório imediato, tornando-se, este estágio, num elemento essencial no meu processo de aprendizagem. Atendendo aos objetivos definidos no guia da unidade curricular (Ferrito et al., 2021) e às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidas no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, associados às necessidades e objetivos pessoais de aprendizagem, foi definido como objetivo geral para este estágio: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de cuidados intensivos.

O estágio módulo II - Opção realizou-se num Gabinete Coordenador de Colheita e Transplante de um centro hospitalar de Lisboa, no período de vinte e oito de outubro a dezoito de dezembro e permitiu dar continuidade ao processo de aprendizagem desenvolvido no contexto anterior, na medida em que favoreceu a vivência de experiências únicas no âmbito da gestão de processos de doação, nos cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos que permitiram uma maior perceção de toda a complexidade que envolve estes processos. Assim, para este contexto de estágio, foi definido como objetivo geral: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao potencial dador de órgãos e recetor, em contexto de colheita de órgãos/tecidos e transplantação.

De salientar também neste relatório, a realização de um estágio no âmbito da unidade curricular (UC) Vigilância e Decisão Clínica, num serviço de urgência geral

polivalente de um centro hospitalar central de Lisboa, com a duração de 180h, que permitiu um primeiro contacto com a prestação de cuidados de enfermagem especializados, em que foi desenvolvido um processo de aprendizagem assente na observação, colaboração, análise e reflexão em conjunto com os orientadores acerca da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e de toda a sua envolvência, de forma a ser um ponto de partida para criar uma base de conhecimento sustentada e desenvolver competências que favoreceram a tomada de decisão e a prestação de cuidados nos estágios seguintes.

Ao longo do segundo capítulo, na análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas utilizo como referencial teórico a Teoria das Transições de Meleis e realizo a articulação entre as atividades desenvolvidas e as competências especializadas a desenvolver, conforme o Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, que define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica e o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, que define as competências comuns do enfermeiro especialista.

Por último, apresento algumas considerações finais onde faço uma análise global de todo este percurso de desenvolvimento de competências e termino com a apresentação das referências bibliográficas, anexos e apêndices.

O presente relatório está elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA 6th) e em consonância com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

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

Apresento, neste primeiro capítulo, a revisão de literatura, utilizando a metodologia de revisão *scoping* proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). A revisão apresentada foi realizada em colaboração com a estudante Alexandra Cabral pelo facto de existir um interesse partilhado no desenvolvimento de conhecimentos e competências na temática em estudo.

RESUMO

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

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

Método: Este estudo consiste numa revisão de *scoping*, recorrendo às bases de dados incluídas na Plataforma EBSCO *Host*; *Scielo*, B-On, LILACS-BVS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Biblioteca Virtual em Saúde) e *Veritati* - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa, seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Os descritores DeCS/MeSH

utilizados foram “transplantação”; “transplante de órgão”; “cuidado de enfermagem” e “autocuidado”. As palavras-chave utilizadas foram “intervenção de enfermagem” “terapêuticas de enfermagem”; “empoderamento” e “gestão do regime terapêutico”. Os descritores DeCS/MeSH e as palavras-chave foram validados também na língua inglesa e castelhana e conjugados com os operadores booleanos “OR” e “AND”. Pretendeu-se dar resposta à questão de investigação “Quais os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de órgão para o autocuidado?”. A pesquisa foi realizada entre setembro e dezembro de 2021 e os critérios de seleção e de inclusão foram definidos de acordo com o acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto), em que a população (P) se refere à pessoa submetida a transplante; o conceito (C) diz respeito aos cuidados de enfermagem e o contexto (C) refere-se à capacitação para o autocuidado. Como outros critérios de inclusão definimos: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos submetidas a transplante de qualquer órgão sólido, qualquer tipo de estudo em inglês, português e castelhano publicado nos últimos 10 anos.

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

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

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

Os enfermeiros desempenham um papel importante na melhoria da capacidade de adaptação à nova condição de saúde que a pessoa submetida a transplante enfrenta, enquanto “facilitadores do processo de transição, pela sua maior proximidade e conhecimento da realidade e necessidades da pessoa” (Mota et al., 2011), preparando-a “(...) para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença” (Meleis et al., 2000, p.13). Assim, o enfermeiro deve delinear, em parceria com a pessoa submetida a transplante, estratégias para a manutenção e promoção da saúde, em resposta às necessidades da mesma, promovendo a capacitação para o autocuidado.

Segundo Orem (2001, p. 43), o autocuidado consiste na “(...) prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”. A pessoa desenvolve comportamentos de autocuidado através das ações que realiza tendo em vista a manutenção da vida, da sua saúde e na continuação do desenvolvimento pessoal e bem-estar. De acordo com Orem (2001, p. 245), existem fatores condicionantes básicos que influenciam o autocuidado e que são

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

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

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

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

METODOLOGIA

Este estudo consiste numa revisão de *scoping*, segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2021). A questão de investigação delineada foi: “Quais os cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante de

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

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

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

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

Estratégia de pesquisa

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

Nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library*, *Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*, *Cochrane Clinical Answers* a pesquisa foi realizada através da Plataforma EBSCO *Host* e foi utilizada a seguinte equação de pesquisa: “*Organ transplant* OR transplant* AND nurs* OR nursing care OR nursing intervention* OR nursing therapeutic* AND self care OR empowerment OR selfmanagement OR management of therapeutic regimen*”. Com esta pesquisa obtivemos 597 artigos, conforme apresentado na figura 1, dos quais 202 eram duplicados.

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

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

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

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

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

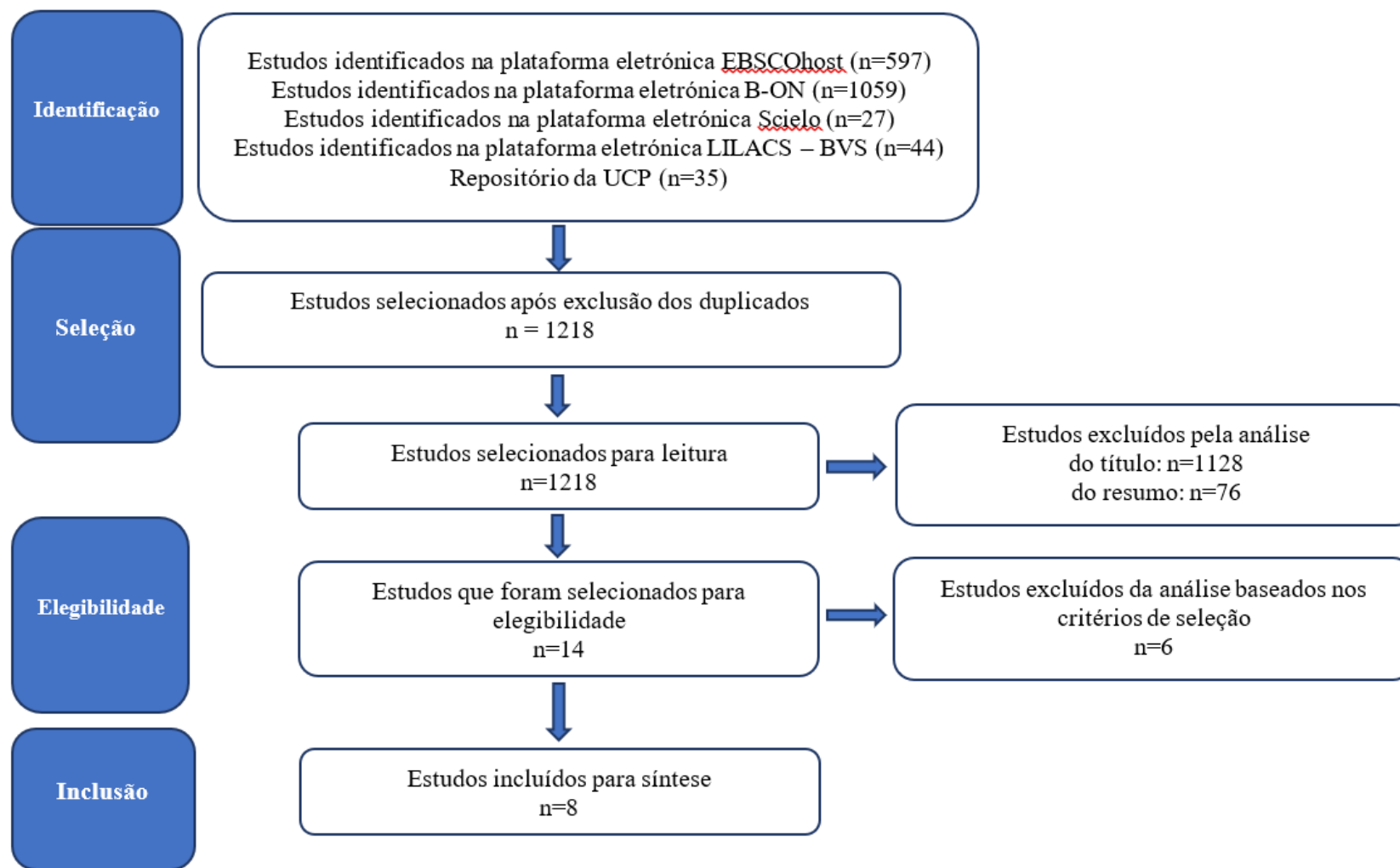


Figura 1: Diagrama PRISMA

RESULTADOS

Os resultados da presente revisão de *scoping* são apresentados abaixo, no quadro I.

Quadro I: Resultados da revisão de *scoping*

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

	pessoa submetida a transplante hepático.	enfermagem e reuniões de consenso com os enfermeiros.	alimentos permitidos e excluídos; importância da hidratação oral); ensinar a pessoa sobre os hábitos de exercício (importância para realização de exercício físico; orientar para as atividades adequadas); promover adaptação a novos estilos de vida (orientar para hábitos de vida saudáveis, cuidados com animais e plantas, retoma ao trabalho e condução); ensinar sobre complicações de gestão regime terapêutico ineficaz; ensinar sobre sinais de infecção; orientar sobre como deve evitar as infecções; ensinar sobre autovigilância (automonitorização, descrever sinais e sintomas de complicações, relação de autovigilância e complicações).
(Mota et al., 2018), Portugal	Identificar os focos/diagnósticos e intervenções implementadas pelos enfermeiros em resposta às necessidades de cuidados identificadas na pessoa submetida a transplante de fígado.	Estudo qualitativo, retrospectivo, com recurso à análise estatística descritiva da documentação de enfermagem, com uma amostra de 1460 contactos de enfermagem realizados em consulta externa.	O foco/diagnóstico de enfermagem mais identificado foi a suscetibilidade à infecção (67,30%), com a implementação de intervenções que se centram no âmbito do ensinar sobre prevenção de complicações, sinais de infecção. Relativamente ao foco/diagnóstico de enfermagem “gestão do regime terapêutico”, as intervenções de enfermagem centram-se nas dimensões que influenciam a gestão do regime terapêutico (autoadministração de medicamentos, prevenção de complicações, dieta, hábitos de exercício, regime medicamentoso e resposta/reações aos medicamentos).
(Negreiros, et al., 2016), Brasil	Descrever as competências do enfermeiro no serviço de ambulatório de transplante hepático.	Estudo qualitativo, exploratório, com uma amostra de 3 enfermeiros a exercer funções no serviço de ambulatório de transplante hepático. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação não participante, com utilização da Técnica de Análise temática.	A prática de enfermagem no âmbito dos cuidados pós-transplante está direcionada para a prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida da pessoa por meio da educação da mesma sobre: autovigilância de alterações no estado de saúde, identificação precoce dos sinais de infecção e rejeição, importância do cumprimento do regime terapêutico e adesão ao tratamento, mediante assiduidade às consultas de seguimento agendadas. A preparação da pessoa para a alta hospitalar deve ainda incluir orientações sobre situações que devem ser evitadas, como o consumo de sumo de uva e laranja, a vacinação com agentes vivos atenuados, banhos de sol (devendo utilizar protetor solar com fator de alta proteção); consumo de carnes cruas, peixes e laticínios não pasteurizados; além de ser informada sobre como entrar em contato com o serviço de transplante no caso de apresentar alterações do estado de saúde.
(Palma et al., 2021), Chile	Aplicar o processo enfermagem numa unidade de cuidados intensivos com base no modelo de adaptação de Callista Roy.	Estudo de caso, com uma amostra de 1 pessoa submetida a transplante renal, em que foi utilizada a teoria da adaptação de Callista Roy na avaliação, formulação de diagnósticos e intervenções, recorrendo ao sistema de classificação NANDA.	A pessoa submetida a transplante requer o apoio de uma equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro promove o compromisso da pessoa com o seu autocuidado de forma a favorecer a adesão ao tratamento e evitar a rejeição do órgão. Assim, no âmbito do foco/diagnóstico de enfermagem relacionado com a capacidade para melhorar o autocuidado, o enfermeiro deve fornecer a assistência necessária até que a pessoa seja capaz de realizar e manter o seu próprio autocuidado e incentivar as atividades normais da vida diária. A educação para a saúde promove o autocuidado, reduzindo a morbimortalidade, os custos e os recursos de saúde.
(Pueyo-Garrigues et al., 2016), Espanha	Conhecer o nível de desenvolvimento de educação para a saúde dirigida às pessoas submetidas a transplante e famílias numa unidade de cuidados intensivos.	Revisão bibliográfica não sistemática na PubMed e CINAHL, com uma amostra de 28 artigos, 2 livros, 4 documentos de organizações especializadas em transplantação.	O desenvolvimento da educação para a saúde dirigida a pessoas submetidas a transplante e famílias é importante para promover estilos de vida adequados às necessidades cognitivas, afetivas e psicomotoras da pessoa transplantada. A sua colocação em prática contribui para resultados positivos no estado clínico da pessoa submetida a transplante, na diminuição da morbimortalidade e na redução de custos e recursos de saúde. A evidência científica reflete a necessidade de abordar áreas distintas do conhecimento, entre elas ganha destaque a terapêutica imunossupressora, pelo que se revela essencial informar e consciencializar a pessoa e a família para que todos se possam envolver no cuidado à pessoa. O enfermeiro deve: informar acerca do

			<p>risco de infecção, pelo que deve ensinar a pessoa e a família acerca da prevenção da infecção, assim como detetar e atuar precocemente nos sinais de infecção e rejeição do órgão; informar sobre segurança alimentar (técnicas de cozinhar os alimentos, regime dietético...) e sobre hábitos de higiene (tanto pessoais como da habitação); informar acerca dos benefícios do exercício físico para melhorar o estado geral de saúde; informar acerca dos malefícios do tabaco; informar sobre a importância de evitar a radiação solar, as precauções a ter antes de viajar e questões relacionadas com a vida sexual e com a vida laboral.</p> <p>O processo de integração psicossocial da pessoa submetida a transplante não é fácil para a pessoa e família pelo que é fundamental identificar o cuidador habitual da pessoa para o integrar desde o início no processo educativo. O enfermeiro deve: disponibilizar-se para as dúvidas e questões, de forma a reduzir a ansiedade; conhecer a cultura da pessoa e família, uma vez que é um fator que influencia a prestação de cuidados. É de notar, assim, que a intervenção do enfermeiro é mais do que informar e deve passar também por conhecer as habilidades e atitudes da pessoa.</p>
(Wachholz et al., 2020), Brasil	<p>Analisar a evidência disponível na literatura para o planeamento da alta hospitalar da pessoa submetida a transplante hepático.</p>	<p>Revisão integral a partir das bases Scopus, LILACS, ScieELO, MEDLINE/ PubMed, CINAHL, BDNF, Web of Science, com uma amostra de 13 artigos.</p>	<p>Os resultados apresentam cuidados direcionados à educação em saúde no sentido de minimizar complicações, apoiar a equipa multiprofissional e a pessoa no autocuidado, em especial quanto aos sinais e sintomas de complicações, cuidados com o uso de medicação e as mudanças que ocorrem no retorno ao domicílio e foram organizados nas categorias: “Sinais de alerta para possíveis mudanças que possam surgir em casa”; “Recomendações para uso de medicamentos – promoção da autogestão e adesão ao tratamento”; “Atividades diárias e cuidados em casa – apoio e autoconfiança”; “Mudanças na imagem corporal e no cotidiano – a importância da rede de apoio”.</p>

DISCUSSÃO

Com a realização deste estudo podemos perceber que a temática abordada suscita particular interesse na Europa, com dois estudos realizados em Portugal e um estudo realizado em Espanha, e América do Sul com três estudos realizados no Brasil e um estudo realizado no Chile. Verificamos, também, que, apesar da pesquisa através da equação apresentada no enquadramento metodológico ter obtido um elevado número de resultados, obtivemos um número reduzido de estudos após a seleção dos artigos, alertando para a necessidade de desenvolvimento de estudos científicos nesta área específica do cuidado de enfermagem.

Perante a questão de investigação que norteou esta investigação, acerca dos cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a transplante para o autocuidado, verificamos que todos os estudos apresentados abordam a temática da capacitação para o autocuidado como aspeto central da intervenção do enfermeiro junto da pessoa submetida a transplante, sendo que um dos estudos (Negreiros, et al., 2016) aborda esta intervenção tanto no período pré-transplante como no pós transplante, enquanto os restantes abordam apenas no período pós transplante.

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

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

aprendizagem adequadas às necessidades cognitivas (Câmara et al., 2016; Pueyo-Garrigues et al., 2016), afetivas e psicomotoras (Pueyo-Garrigues et al., 2016) da pessoa submetida a transplante. Estas estratégias podem passar por utilização de discurso repetitivo, com recursos visuais e ilustração, disponibilização de um formulário em papel, sendo digitalizados os nomes dos medicamentos, com as respectivas doses e horários (Câmara et al., 2016).

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

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

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

Na categoria “integração psicossocial”, alguns estudos alertam para a importância de envolver a família da pessoa submetida a transplante (Mahdizadeh et al., 2020) e identificar o cuidador habitual da pessoa para o integrar no processo de cuidados (Pueyo-Garrigues et al., 2016). Como cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve conhecer as habilidades e atitudes da pessoa face ao seu estado de saúde, de forma a orientar a sua

intervenção, revelando-se também importante que o enfermeiro demonstre disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e questões, de forma a reduzir a ansiedade. É também importante que a abordagem do profissional tenha em conta os fatores socioculturais da pessoa e da família, reconhecendo este como um aspeto que influencia a prestação de cuidados (Pueyo-Garrigues et al., 2016). Atendendo à necessidade de continuidade dos cuidados no domicílio, revela-se importante que o enfermeiro seja capaz de capacitar a pessoa e a família para lidar com as mudanças que ocorrem no retorno ao domicílio, assim como nas atividades diárias e cuidados em casa. A rede de apoio assume aqui particular importância, sendo essencial o seu envolvimento no processo de cuidados (Wachholz et al., 2020).

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Apesar de ter existido um elevado número de resultados nas etapas iniciais da pesquisa na base de dados, verificámos que, depois das etapas de seleção dos artigos, obtivemos um número reduzido de estudos, o que alerta para a necessidade de desenvolvimento de estudos científicos nesta área específica do cuidado de enfermagem. Ainda, como sugestão para desenvolvimentos futuros, consideramos que poderia ser importante realizar mais estudos acerca dos possíveis benefícios da intervenção junto da pessoa numa fase pré-transplante no âmbito da capacitação para o autocuidado, no sentido

de preparar a pessoa, desmistificar alguns aspetos e tornar esta transição mais harmoniosa, já que este foi um conteúdo abordado apenas num dos resultados obtidos com esta pesquisa.

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

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

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Os cuidados de Enfermagem assumem uma exigência técnica e científica em tendência crescente, sendo a diferenciação e a especialização cada vez mais relevante, na medida em que contribui para o desenvolvimento da profissão enquanto ciência e, conseqüentemente, para o reconhecimento e desenvolvimento da identidade profissional. Segundo o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (p.19360), que define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, os cuidados especializados nesta área “exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados”, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa.

O estágio de vigilância e decisão clínica, realizado no período entre dezanove de abril e quatro de junho de 2021, constituiu uma primeira oportunidade de desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem. Realizei este estágio num serviço de Urgência Geral e Polivalente, que se insere num dos centros hospitalares centrais da Área Metropolitana de Lisboa e está integrada na Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos (AUGPCI) do centro hospitalar, funcionando como uma área clínica transversal cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade às pessoas que a ela acorram em situação de urgência ou emergência. Dada a elevada diferenciação técnica e polivalência, a UGP admite todas as pessoas, independentemente da sua proveniência, servindo uma área de referência alargada estimada em 2,3 milhões de habitantes (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 2021b).

A UGP integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência (Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro) como Serviço de Urgência Polivalente/ Centro de Trauma, funcionando 24 horas por dia/ sete dias por semana. Desde 2013, constitui um dos dois polos integrantes da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para as

especialidades definidas: Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vascular, Gastrenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Urologia (SPMS, 2021b). Especialmente vocacionada para o atendimento dos indivíduos que apresentem alterações súbitas ou agravamento do seu estado de saúde, a UGP possui múltiplas valências e dá igualmente suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC; Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma. A prioridade no atendimento é definida segundo o sistema de Triagem de Manchester, implementado no centro hospitalar desde 2007 (SPMS, 2021b).

O contexto de urgência e emergência em que o presente estágio foi realizado constitui um ambiente bastante complexo, tanto pela diferenciação dos cuidados que são prestados como pela diversidade de situações de doença crítica e/ou falência orgânica às quais dá resposta. Segundo a OE (2017, p.10), os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica “são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” Ainda, segundo o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, o enfermeiro especialista deve responder eficazmente, sendo capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Assim, enquanto estudante a realizar um primeiro contacto com a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, este estágio foi essencial para desenvolver competências no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica, através da prestação direta de cuidados de enfermagem nos vários contextos da UGP, desde a sala de emergência/trauma, ao balcão de macas ou às salas de observação, através do processo reflexivo constante acerca da intervenção especializada do enfermeiro, do processo de tomada de decisão acerca dos cuidados a prestar, permitindo a vivência, inclusive, de situações de identificação, sinalização e manutenção dos cuidados ao potencial dador de órgãos. Assim, considero ter desenvolvido competências no âmbito do cuidado à pessoa em situação de trauma e emergência, conforme preconizado no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. A realização deste estágio permitiu a vivência de várias experiências que me alertaram para a necessidade de um olhar mais aprofundado para alguns aspetos da

prestação de cuidados, nomeadamente a importância da tomada de decisão de enfermagem sustentada na vigilância clínica e na prática baseada na evidência. Terminei o estágio na UGP com o sentimento de que há muito mais por fazer, que existia a necessidade de continuar a trabalhar e a dar o meu melhor para ter sucesso, mas a acreditar que esta experiência permitiu a construção de uma base que me possibilitou crescer a nível pessoal e profissional e desenvolver as competências que me permitirão desenvolver uma prestação de cuidados enquanto enfermeira especialista.

Findo este percurso inicial de aprendizagem, passo a descrever, analisar e refletir sobre as competências desenvolvidas em contexto de cuidados intensivos e gabinete de coordenação de colheita e transplantação.

De ressaltar que, transversalmente a todos os campos de estágio por onde passei, foi essencial desenvolver competências no âmbito da dinamização da “resposta em situações de exceção e catástrofe, da conceção à ação”, conforme preconizado no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (p. 19359). Esta competência foi adquirida através da consulta do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe que se encontravam, à data, em vigor, dos documentos disponibilizados pela instituição onde os estágios foram realizados, para além dos protocolos de atuação de cada serviço neste âmbito.

2.1. Estágio Final - Módulo I – Cuidados Intensivos

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017, p.5), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, “será reconhecido como uma referência no cuidado a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” e deve ser capaz de planejar, implementar e avaliar planos de intervenção de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família alvo dos cuidados, visando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação. Neste sentido, revela-se essencial o desenvolvimento de um processo de aprendizagem que permita a reflexão acerca da intervenção especializada em enfermagem, orientada para uma prática baseada na

evidência e para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, compreendendo a singularidade da PSC e sua família (entenda-se por família, o “grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019, p.1)) e procurando a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados.

Assim, surge o primeiro estágio da unidade curricular, que realizei numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCICCT), inserida num dos centros hospitalares centrais da Área Metropolitana de Lisboa (AML). A escolha deste serviço foi motivada pelo facto de o mesmo ser uma referência nacional na área do transplante cardíaco e pulmonar e um importante centro de cirurgia cardíaca e torácica, temáticas que sempre me suscitaram interesse, do ponto de vista científico. Defini como **objetivo geral: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de cuidados intensivos**. Como objetivos específicos defini os seguintes: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica admitida na UCICCT e sua família e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família.

A UCICCT onde concretizei o estágio, está integrada na Área de Coração, Vasos e Tórax (ACVT) do centro hospitalar e funciona como uma área clínica que visa ser líder na especialidade e constituir a primeira escolha das pessoas com compromisso do padrão circulatório ou pulmonar. Tem como missão tratar as mesmas ao mais elevado nível de qualidade, gerar e disseminar conhecimentos na especialidade cardiorácica e defender a dimensão ética e social do serviço na sociedade (SPMS, 2021a).

A ACVT é constituída pelas especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Torácica e Pneumologia e integra seis centros de referência (CR), nomeadamente o CR de Transplantação Pulmonar; o CR de Cardiologia de Intervenção; o CR de Cardiopatias Congénitas; o CR de Transplante de Coração; o CR de ECMO (*extra corporeal membrane oxygenation*) e o CR de Fibrose Quística (SPMS, 2021a). No ano de 2019, foram reconhecidos dois novos centros de tratamento (CT), designadamente o CT de Hipertensão Arterial Pulmonar e o CT de Tromboendarterectomia Pulmonar (SPMS, 2021a).

Relativamente à atividade assistencial, a ACVT tem como principais linhas a consulta externa, a atividade cirúrgica, o hospital de dia e a transplantação. No ano de 2020, toda a atividade assistencial foi muito condicionada pela pandemia de COVID-19, o que acarretou um conjunto de desafios excepcionais para os serviços de saúde com repercussões no volume da atividade assistencial (SPMS, 2021a).

Relativamente à área de influência, a ACVT está inserida num centro hospitalar e deve dar resposta em primeira linha às pessoas da sua área de influência direta. Porém, ressalva-se que, em patologias específicas, a ACVT tem uma área de influência de âmbito regional e nacional, como é exemplo, a área de transplante pulmonar (SPMS, 2021a).

A UCI é definida pela Direção Geral da Saúde (Ministério da Saúde, 2003, p. 6) como “locais qualificados onde é assumida a total responsabilidade pelos doentes, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. Assim, são locais onde são prestados cuidados altamente diferenciados, com recurso a tecnologia avançada e protocolos complexos, de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família em situação crítica, promovendo a recuperação do estado de saúde.

A prestação de cuidados em contexto de UCI exige do enfermeiro a aquisição de competências diferenciadas, de forma a ser capaz de identificar e atuar precocemente em focos de instabilidade e prever possíveis complicações o mais precocemente possível. A prática de cuidados de Enfermagem assenta em diferentes tipos de conhecimento, onde a sua mobilização e função se encontram fortemente condicionadas, tanto pelo nível de competência adquirida (Benner, 2001) como pelo contexto onde é desenvolvida, sendo de extrema importância, refletir sobre a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem. A minha integração na equipa multidisciplinar do serviço permitiu a aplicação prática de conhecimentos adquiridos ao longo do curso e a consolidação de conhecimentos científicos na prestação de cuidados.

O contexto de cuidados intensivos em que realizei o estágio constitui um ambiente bastante complexo, tanto pela diferenciação dos cuidados que são prestados como pela diversidade de situações de doença crítica e/ou falência orgânica às quais dá resposta. Segundo a OE (2017, p.10), os cuidados de enfermagem especializados à PSC “são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades,

tendo em vista a sua recuperação total.” Ainda, segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, o enfermeiro especialista deve responder eficazmente, sendo capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

A admissão numa UCI constitui uma mudança com implicações, quer a nível individual, quer a nível familiar, que pode ser designada como uma transição. A teoria das transições, apresentada por Meleis et al. (2000), abrange três domínios fundamentais: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), as condições das transições (facilitadoras ou inibidoras) e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado). Os padrões de transição incluem transições únicas ou múltiplas, as quais podem ocorrer sequencialmente ou simultaneamente, de acordo com o grau de sobreposição entre as transições e a natureza das relações entre os diferentes eventos que a despoletaram (Meleis et al., 2000). A transição de um estado de saúde para um estado de situação crítica implica uma mudança drástica em todo o contexto onde a pessoa está inserida, motivando um conjunto de necessidades complexas, não só na pessoa como também na família, com consequências em toda a dinâmica familiar, nos padrões de interação, nos papéis desempenhados por cada elemento, nas perspetivas para o futuro, nas aspirações e realizações, tanto a nível individual como do grupo.

Desde o início do estágio, procurei envolver a família em todo o processo de cuidados. Neste âmbito, tive a oportunidade de promover o envolvimento da família no cuidado à pessoa submetida a transplante. No caso, a D. Sara (nome fictício) estava num pós-operatório recente de transplante cardíaco e ainda não tinha sido possível o contacto com o cônjuge, dadas as condicionantes associadas à situação clínica da D. Sara e à atual pandemia. No entanto, de forma a dar resposta a esta necessidade, recorri a um projeto desenvolvido pelo centro hospitalar em que existe a possibilidade de realização de videochamadas para os familiares a partir de dispositivos do centro hospitalar que são deslocados ao serviço onde é requisitado. Com esta intervenção, consegui estabelecer uma relação de confiança tanto com a D. Sara como com a família, essencial para a sua recuperação e capacitação para lidar com toda a situação¹. Este projeto desenvolvido pelo

¹ Esta experiência permitiu desenvolver competências no âmbito da avaliação dos resultados “com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19361). Foi possível, ainda, gerir “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à

centro hospitalar vem, realmente, facilitar o contacto das pessoas internadas com os familiares e é revelador da elevada preocupação de toda a instituição em manter a família envolvida no processo de cuidados, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. A realização desta aproximação entre os serviços de saúde e a família da pessoa em situação crítica é essencial e, mais do que nunca, o enfermeiro deve estar sensibilizado para reconhecer esta área como uma prioridade de atuação, uma vez que a valorização da pessoa humana como um ser holístico, inserida numa intervenção humanizada dos cuidados diferencia-nos, enquanto ciência e profissão e contribui, sem dúvida, para a construção da Identidade Profissional de Enfermagem.

De facto, num contexto como a UCI, dominado pela tecnologia avançada e por uma grande complexidade técnica inerente, um dos desafios que surge prende-se com a humanização dos cuidados. Segundo Watson (2002, p. 55), “cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas competências”. Encarar a pessoa como um ser único e insubstituível, com os seus valores, crenças e personalidade próprios, defendendo a sua autonomia e dignidade, ao mesmo tempo que se dá resposta às necessidades de cuidados numa situação crítica exige um grande domínio das competências relacionais a par das competências técnico científicas que implica um grande empenho e dedicação por parte do enfermeiro, uma vez que, por vezes, pode ser mais fácil, neste contexto, deixar que o modelo biomédico assuma maior enfoque na prestação de cuidados.

Ao longo deste estágio foram várias as oportunidades para refletir acerca da importância da humanização dos cuidados para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Aprofundei conhecimentos relacionados com o controlo da dor, agitação e *delirium* na PSC. Um estudo realizado numa UCI relacionado com a avaliação dos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de agitação em pessoas em situação crítica (Almeida et al., 2016), permitiu concluir que os fatores mais associados à agitação são o *delirium*, a dor, a ventilação mecânica e o tabagismo, sendo a dor claramente um fator de risco bastante comum nos casos de agitação. Assim, a minha abordagem em todos os contactos com a pessoa passou pela avaliação e monitorização da dor, recorrendo às escalas de avaliação da dor adequadas à sua situação, nomeadamente escalas de

situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, gerir o “estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” e assistir “a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19363).

heteroavaliação, como a BPS - *Behavioral Pain Scale*, com a qual, na minha experiência profissional até ao momento do estágio, tive poucas oportunidades de contactar.

Numa situação em particular, o Sr. Matias (nome fictício) apresentou-se agitado durante todo o turno anterior sem se conseguir identificar a causa da agitação, estando com contenção mecânica para evitar a exteriorização dos dispositivos médicos. Após avaliação das possíveis causas para a agitação, sugeri a otimização da analgesia e, de facto, a pessoa ficou mais calma e foi possível remover a contenção mecânica sem a pessoa provocar qualquer dano a si própria. Foi importante, então, refletir acerca da importância do registo da avaliação da dor para conseguirmos perceber a sua evolução, tal como fazemos relativamente aos outros sinais vitais.

Na abordagem à PSC com dor, é importante perceber que o seu controlo implica uma intervenção multidisciplinar, em que todos os profissionais envolvidos no cuidar devem ter preocupação na sua avaliação e monitorização, no desenvolvimento de estratégias de controlo da dor adequadas a cada pessoa e à sua situação, baseando-se na evidência disponível (Glowacki, 2015). Enquanto profissionais de saúde, com responsabilidade pelo cuidar, os enfermeiros têm o dever de identificar a pessoa que sente dor, avaliar a sua intensidade, planear as intervenções adequadas ao seu controlo e reavaliar a dor (OE, 2008). A ventilação mecânica invasiva (VMI) é também, muitas vezes, um fator que contribui para o desconforto na PSC. A própria presença do tubo endotraqueal, assim como a acumulação de secreções e assincronia com o ventilador, a incapacidade de a pessoa comunicar as suas necessidades à equipa, podem ser fatores que levam ao desconforto. Um estudo desenvolvido por Samuelson (2011), mostra que pessoas que já estiveram sob VMI relatam, frequentemente, experiências stressantes, tais como dor, sede, medo, ansiedade, distúrbios do sono, pesadelos, alucinações e não serem capazes de falar. É importante, então, que o enfermeiro desenvolva habilidades no sentido de identificar o que despoleta o desconforto a fim de atuar na causa. Por se tratar de uma unidade que recebe, maioritariamente, pessoas submetidas a cirurgia para vigilância e monitorização no pós-operatório imediato, existiram, ao longo do estágio, várias oportunidades para desenvolver conhecimentos e competências no desmame ventilatório e posterior extubação.

Pude planear os cuidados à pessoa com vista ao desmame da sedação, no caso, com o Sr. Paulo (nome fictício). Por considerar importante, procurei, nesta fase, em que o Sr. Paulo estava a recuperar consciência e ainda não estava totalmente ciente do que

aconteceu, estabelecer uma relação de confiança para conseguir a colaboração do mesmo. Para isso, tive em atenção alguns aspetos, tais como a postura e as atitudes corporais; os gestos; a distância ou proximidade; o contacto visual; a expressão facial; a voz; a respiração; o silêncio e o toque, uma vez que estes se revelam aspetos que podem facilitar ou, por outro lado, comprometer a comunicação. Foi necessário também desenvolver estratégias que promovessem sentimentos de calma e tranquilidade no Sr. Paulo, de forma a conseguir a sua colaboração nos cuidados e prosseguir para o desmame ventilatório e para a extubação. Para isso, uma vez que tinha, previamente, estado em contacto telefónico com a esposa do Sr. Paulo, aproveitei para o tranquilizar, referindo que a sua esposa, a D. Maria (nome fictício), tinha contactado o serviço e agendado uma visita para o próprio dia, o que provocou um sorriso no Sr. Paulo e contribuiu, sem dúvida, para a construção de uma relação de confiança e para o sucesso da extubação. Nesta fase, os cuidados ao Sr. Paulo, exigiram também competências no âmbito da monitorização do equilíbrio ácido-base e no domínio das modalidades ventilatórias na VMI, que permitem um cuidado diferenciador. Assim, a minha intervenção foi essencial em todo o processo, ao manter uma monitorização e vigilância contínua do Sr. Paulo, com vista a detetar precocemente focos de instabilidade, evitando complicações associadas à intubação prolongada, otimizando os cuidados, de forma que, assim que o Sr. Paulo reunisse condições, se pudesse proceder à extubação. Para que tal fosse possível, foi essencial, também, a articulação com a equipa multidisciplinar e a relação de confiança entre os vários elementos².

As escalas de analgesia e sedação desempenham um papel importante no que se refere ao tempo de VMI e ao tempo de permanência em UCI. A introdução de uma escala de avaliação da sedação, contribui para a redução do tempo sob VMI e a sua utilização frequente está altamente recomendada (Namigar et al., 2017). Ao longo do estágio, tive a oportunidade de utilizar a escala de agitação e sedação de Richmond - RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*), procurando um nível de sedação que permitisse manter a pessoa confortável, no entanto, facilmente despertável, sempre que possível. Numa das

² Esta experiência permitiu desenvolver competências no âmbito da conceção de “planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”, no âmbito da gestão de “processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e “gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19363).

experiências que vivi neste estágio, considerei que esta preocupação em minimizar o nível de sedação fez realmente a diferença na redução do tempo de VMI da PSC. A D. Joana (nome fictício) tinha sido submetida a cirurgia no próprio dia de manhã e, à noite, quando iniciamos o turno, já tinha sido tentada a extubação, mas sem sucesso porque ficou muito agitada durante o desmame de sedação e optou-se por retroceder no desmame. Após a minha primeira avaliação, a D. Joana apresentava RASS – 4 que reflete uma sedação elevada. Após monitorização hemodinâmica e do equilíbrio ácido-base, verifiquei, em conjunto com o enfermeiro orientador que a D. Joana realmente reunia todas as condições para prosseguir para desmame de sedação e ventilatório. Quando iniciei o desmame de sedação, a D. Joana começou a ficar muito agitada e agressiva. Após tentativas sucessivas de comunicar com a mesma, percebendo o que estava causando a agitação, otimizar a analgesia e prestar cuidados de conforto, foi necessário, em determinada altura, retroceder no desmame de sedação e, após solicitar apoio da equipa médica, otimizar a sedação com um sedativo diferente - a dexmedetomidina – sendo que a D. Joana estava inicialmente sedada com propofol, de forma a que fosse possível atingir um nível em que a pessoa estivesse com um nível mínimo de sedação para ser possível prosseguir para extubação, mas calma o suficiente para colaborar. Assim, após algumas horas, consegui prosseguir com o desmame ventilatório e a D. Joana, no final do turno, ficou em ventilação espontânea³. Mais uma vez, foi essencial a colaboração da equipa multidisciplinar, para além dos conhecimentos técnico-científicos que permitiram uma adequada gestão dos cuidados à PSC.

Ao longo do estágio tive também a oportunidade de refletir acerca da importância do trabalho em equipa e da comunicação entre os profissionais. É essencial que exista uma boa articulação entre a equipa multidisciplinar, estabelecida na base da confiança mútua, com uma comunicação efetiva, que permita uma resposta eficaz e organizada em situações críticas, associadas a alguma complicação ou degradação do estado de saúde da PSC. Segundo Santos et al. (2010), a qualidade na estruturação e sincronização dos esforços de todos os profissionais é essencial para evitar sobreposições ou incapacidade

³ Esta experiência permitiu desenvolver competências no âmbito da conceção de “planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”, no âmbito da gestão de “processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e “gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n. 429/2018, de 16 de julho, p. 19363)

de atingir os objetivos. Ainda, o espírito de entreaajuda, como uma característica fundamental do trabalho em equipa, traduz-se em comportamentos de apoio proativo, em que se revela de extrema importância a capacidade de antecipar e perceber as necessidades dos membros da equipa. A coesão da equipa deve ser elevada, gerando um forte sentido de pertença nos vários elementos, destacando-se a comunicação interpessoal como um aspeto central de todo este processo.

Numa das situações vivenciadas ao longo do estágio, prestei cuidados ao Sr. Manuel (nome fictício), que tinha sido submetido à terceira cirurgia de emergência na sequência de complicações sucessivas relacionadas com hemorragia maciça sem foco identificado após ter sido submetido a cirurgia para correção de um aneurisma da aorta torácica (TEVAR - *Thoracic Endovascular Aortic Repair*). Nesta situação, foi essencial a comunicação que existiu entre toda a equipa no sentido de priorizar as intervenções, atribuir funções específicas a cada elemento, de forma a não existirem duas pessoas a fazer intervenções duplicadas, garantindo uma resposta rápida e eficaz. Procurei utilizar uma linguagem clara e objetiva em cada indicação que era transmitida, recorrendo à validação quando a indicação não era recebida de forma inequívoca, prevenindo o erro. Procurei antecipar ações, tais como, preparar fármacos de emergência, preparar, antecipadamente, a medicação que estava em perfusão através de seringa infusora, garantindo que assim que esta terminasse, existisse substituição imediata, realizar a colheita de gasimetrias através da linha arterial para monitorização do equilíbrio ácido-base, entre outras, com vista à identificação precoce e pronta atuação nos focos de instabilidade, sendo, para isto, essencial a elevada experiência que toda a equipa tinha na prestação de cuidados em situações de descompensação, tal como o processo de aprendizagem que havia desenvolvido até ao momento, que me deu ferramentas para uma melhor atuação e qualidade na prestação de cuidados de enfermagem⁴. Neste caso, o Sr. Manuel acabou por ser novamente submetido a cirurgia, mantendo a instabilidade hemodinâmica em todo o processo, levantando-se algumas questões acerca da tomada de decisão na abordagem da PSC que merecem reflexão.

⁴ Esta experiência permitiu desenvolver competências no âmbito da implementação de “intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19361), tendo sido possível, ainda, prestar “cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” e garantir “a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19363).

Tomar decisões no âmbito da prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos, exige competências específicas que capacitam os enfermeiros para a deteção precoce de complicações e conseqüentemente para a implementação de intervenções adequadas para os problemas identificados (Aitken et al., 2009). No caso acima apresentado, existia um quadro com evolução de cerca de 36 horas, que envolveu quatro procedimentos cirúrgicos, todos realizados numa colaboração entre as especialidades de cirurgia cardíaca, cirurgia vascular, cirurgia torácica e cirurgia geral, em que tinham sido administradas cerca de cinquenta unidades de concentrado eritrocitário, para além de unidades de plasma e plaquetas, recorrendo a toda a medicação disponível para controlar a hemorragia, recorrendo também a perfusão de múltiplos medicamentos vasoativos de forma a tentar estabilizar hemodinamicamente, sempre sem sucesso. A certa altura da prestação de cuidados, foi levantada a questão sobre decidir não prolongar mais as medidas que não estavam a ter qualquer sucesso. Esta questão gerou algum desconforto no seio da equipa e, no meio de todas as intervenções que estavam a ser levadas a cabo, um dos elementos referiu que tomar essa decisão seria deixar cair por terra o investimento que tinha sido feito até ao momento. Fez-se silêncio e não se voltou a falar no assunto durante aquele turno. Com esta experiência pude refletir acerca da dificuldade que é a tomada de decisão, principalmente, numa situação crítica.

A prestação de cuidados realiza-se em ambiente multiprofissional e, os problemas que surgem, envolvem vários domínios. Assim, a resolução destes problemas deve envolver toda a equipa, mas também a pessoa ou, não estando esta capaz de colaborar no processo de decisão, a sua família. No serviço onde me encontro atualmente a exercer funções, também já me defrontei com algumas situações que envolviam tomadas de decisão que me fizeram dar conta da dificuldade que existe em resolver estes processos. À medida que o meu percurso formativo ao longo deste curso de mestrado evoluiu, fez, para mim, cada vez mais sentido, desenvolver o conhecimento científico, ético e legal, assim como as capacidades relacionadas com a análise crítica e reflexiva acerca da prestação de cuidados que permitam uma tomada de decisão fundamentada que resulte na decisão que melhor responda ao que é o interesse da pessoa, promovendo a sua dignidade. Nesta situação, compreendi que muitas vezes a dificuldade reside também em identificar os problemas éticos de enfermagem que existem num contexto pluridisciplinar. Os enfermeiros, tal como definido na alínea 3 do artigo 8º do REPE (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem), aprovado pelo Decreto-Lei nº

161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril “têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”. Assim, considero importante que, ao lidar com a PSC, se tenha em conta que no decorrer da prestação de cuidados surgem alguns problemas que envolvem a equipa multidisciplinar, em que a decisão deve ser tomada em equipa, através de uma reflexão conjunta, sempre tendo por base o respeito pela pessoa que está a ser alvo dos nossos cuidados e que deposita em nós a confiança sobre os cuidados que lhe vão ser prestados e a responsabilidade que lhes está inerente. No entanto, existem também problemas que surgem que são de enfermagem em que a decisão é autónoma e da exclusiva responsabilidade do enfermeiro, não devendo o profissional excluir-se dela porque nela reside a promoção e defesa da identidade profissional. Tal como referido por Sérgio Deodato (2011, p.170), “é na medida em que o enfermeiro se apresenta aos cidadãos como um profissional autónomo, que chama a si a clarificação daquilo que exige uma intervenção ética”. Também o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4746) dá ênfase às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, especificando que o enfermeiro especialista deve garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”. Sem dúvida que nos dias atuais, urge a necessidade de defender a nossa profissão perante a sociedade e isso é feito, na minha perspetiva, através de ações que falem por si só, defendendo-nos e respeitando-nos, enquanto profissionais a exercer uma ciência com conhecimento próprio, a ciência do cuidado, que se exerce em articulação com outras profissões, não devendo ser dependente das mesmas.

Ao longo do estágio em cuidados intensivos, tive também a oportunidade de desenvolver competências no âmbito da promoção da segurança do doente. Atualmente, este é um dos grandes temas internacionais na área dos cuidados de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados prestados pelos profissionais, apesar dos benefícios imediatos para as pessoas, também podem resultar em eventos adversos que constituem um desafio à qualidade da prestação de cuidados. A ocorrência de incidentes pode acontecer em diversos momentos da prestação de cuidados, desde a administração de medicação, à utilização de equipamentos médicos ou até às falhas do sistema organizacional. Para além do sofrimento humano que pode causar, os eventos

adversos envolvem também um aumento dos custos em saúde para os países e organizações (Mendes & Barroso, 2014). Assim, torna-se importante implementar sistemas de qualidade que promovam uma cultura de segurança e que visem a melhoria contínua dos contextos de exercício profissional. No decorrer do meu processo de desenvolvimento de competências em contexto de estágio, foi importante atuar neste domínio, com recurso a instrumentos em vigor no serviço, como a lista de verificação do doente crónico em UCI, que consiste numa lista com alguns itens a verificar de forma a promover a segurança da pessoa em situação crítica que permanece na UCI por um período superior a 72h (na qual se inclui, entre outros, a substituição dos sistemas de perfusão, dos circuitos do ventilador e do copo humidificador de O²), a lista de verificação cirúrgica, em que se incluem alguns itens a verificar de forma a promover a segurança da pessoa em situação crítica que aguarda cirurgia (na qual se inclui, entre outros, a colocação de pulseira de identificação, a confirmação da tipagem sanguínea, a confirmação do consentimento cirúrgico e anestésico e a confirmação da preparação do local pré-operatório) e a lista de verificação para o transporte de doente ventilado, que consiste numa lista com alguns itens a verificar de forma a promover a segurança da pessoa em situação crítica numa situação de transporte (na qual se inclui, entre outros, verificação da bateria das seringas e bombas perfusoras, ventilador e monitor, bala de oxigénio, preparação de perfusões que possam terminar antes da conclusão do transporte, ressuscitador manual, mala de transporte na qual se incluem os principais fármacos utilizados em situação de emergência).

O transporte da pessoa em situação crítica é um processo que envolve bastante complexidade e consiste em mais uma das áreas nas quais a segurança da PSC se revela fundamental. O período de transporte pode traduzir-se em grande instabilidade para a pessoa, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - SPCI, 2008). Durante a realização deste estágio, tive a possibilidade de realizar o transporte do Sr. Francisco, que se encontrava sob VMI e ECMO (*extra corporeal membrane oxygenation*), o que envolveu uma complexidade acrescida. De forma a garantir a segurança da pessoa foi importante seguir as recomendações da SPCI (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008) e o instrumento existente no serviço (lista de verificação para o transporte de doente ventilado).

De acordo com Benner (2001), as competências dos profissionais são desenvolvidas de forma progressiva e temporal, tornando-se muito importante, na minha perspectiva, o papel da formação em serviço, com o objetivo de proporcionar oportunidades de partilha e reflexão, de forma a possibilitar a aquisição e atualização de conhecimentos, possibilitando a mobilização, em situações concretas, dos conhecimentos obtidos, contribuindo assim para um bom desempenho profissional. O desenvolvimento de uma prática baseada na evidência é essencial para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, assim como para a otimização dos resultados de enfermagem. Velez (2009, p. 46) refere ainda que esta deve ser “adequada às diferentes exigências dos contextos de trabalho, valorizando as necessidades dos elementos dos serviços, e não ser uma combinação de temas soltos que cumpram uma calendarização.” Segundo o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, (p. 4747), o enfermeiro especialista deve desempenhar um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, desenvolvendo uma prática de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantindo um ambiente terapêutico e seguro. Neste sentido, de forma a desenvolver competências neste âmbito, em conjunto com o enfermeiro orientador e a enfermeira chefe do serviço delineamos as áreas que constituíam necessidades de formação, no sentido de desenvolver atividades que permitissem colmatar as mesmas.

A primeira necessidade identificada foi a prevenção da pneumonia associada à intubação, a partir da qual surgiu a primeira atividade (sessão de formação em serviço “Prevenção da pneumonia associada à intubação – feixe de intervenções”, cuja apresentação se encontra disponibilizado no apêndice 1), em que se promoveram alguns momentos de partilha e reflexão acerca das práticas desenvolvidas no serviço, apresentando o feixe de intervenções apresentado na norma da Direção Geral de Saúde (2017). De forma a promover que esta reflexão abrangesse o maior número de profissionais, apresentámos a formação também aos enfermeiros que exercem funções na enfermaria da Cirurgia Cardíaca, em que a equipa presta cuidados em rotatividade e que exerce a sua atividade em articulação direta com a UCI. A realização desta sessão proporcionou momentos de reflexão que enriqueceram a prática da prestação de cuidados. Foi realizado também um questionário de avaliação da formação (Apêndice 2), em que todos os parâmetros avaliados (de 1 a 5) tiveram avaliação igual ou superior a 4, resultando, portanto, num elevado grau de satisfação relativamente à formação. A

realização desta formação permitiu também a identificação de novas necessidades de formação, nomeadamente, na área da extubação, uma vez que a realização desta sessão permitiu a reflexão acerca das práticas levadas a cabo no momento da extubação, que permitiu concluir que não existia uniformização da técnica, sugerindo-se, neste sentido, a realização de uma formação no futuro acerca da temática da extubação, de forma a atualizar os conhecimentos e melhorar os cuidados nesta área. Foram também sendo sugeridas, ao longo das sessões, novas medidas e estratégias de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados no pré-operatório, tendo assim implicações não só nos cuidados prestados na UCI, como também na enfermaria. Por ter apresentado resultados tão positivos, promovemos a realização da sessão em três datas diferentes, de forma a conseguir envolver o máximo de elementos da equipa e proporcionar diferentes momentos de discussão, atendendo às diferentes experiências e perspetivas em relação à prestação de cuidados de cada um. Estes momentos revelaram-se também essenciais no meu processo de aprendizagem, porque permitiram a reflexão em conjunto com a equipa acerca da prestação de cuidados através da partilha de diferentes experiências, com elementos da equipa considerados “peritos” na prestação de cuidados à PSC. Assim, com a realização desta atividade considero ter contribuído para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na UCI, para além de ter enriquecido o meu processo de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC⁵.

Para além da necessidade de formação descrita acima, identifiquei também a necessidade de formação relativa à prevenção da infeção do local cirúrgico, cuja apresentação se encontra disponibilizado no apêndice 3 e respetivo questionário de avaliação da sessão (Apêndice 4), em que pretendi realizar uma sessão em que, à semelhança do tema anterior, se apresentasse o feixe de intervenções relativo à temática, que foi desenvolvido pela DGS, promovendo, de seguida um momento de partilha de experiências, de forma a melhorar as práticas desenvolvidas neste âmbito. Assim, a sessão foi preparada em conjunto com o enfermeiro orientador e apresentada à enfermeira chefe do serviço, mas não foi possível, à data de entrega deste relatório, apresentar à equipa, uma vez que as datas definidas para a apresentação da sessão foram dedicadas à

⁵ Esta experiência permitiu desenvolver competências no âmbito da maximização da “prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19362).

apresentação da sessão anterior, de forma a dar resposta às necessidades do serviço. Situação semelhante aconteceu com a necessidade identificada relativa ao tema da capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a transplante, tendo a sessão também sido preparada e apresentada à enfermeira chefe do serviço, conforme disponibilizado no apêndice 5, não tendo sido possível, no entanto, a sua apresentação à equipa. Demonstrei a minha disponibilidade para, em momento oportuno, em conjunto com o enfermeiro orientador, apresentar as sessões à equipa, de forma a promover momentos de aprendizagem que são tão enriquecedores, não só como estudante a concluir um processo formativo, mas essencialmente, como pessoa e como profissional.

De facto, faz todo o sentido para mim o investimento na formação contínua em Enfermagem porque acredito que é numa prática baseada em evidência que conseguimos promover a defesa da identidade profissional. É através da prática que desenvolvemos que nos fazemos reconhecer perante a sociedade e o desenvolvimento de competências que permitam uma prática de excelência só é possível através de empenho e dedicação, através do reconhecimento de que existe sempre algo a melhorar e caminhar sempre para colocar o melhor de nós em tudo o que fazemos.

A realização deste estágio permitiu a vivência de várias experiências que me alertam para a necessidade de um olhar mais profundo para alguns aspetos da prestação de cuidados. Neste sentido, enquanto estudante e futura enfermeira especialista reconheço a necessidade de um trabalho de desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito do “saber ser”, a par do “saber saber” e do “saber fazer” que exige empenho, esforço e dedicação e que permite ao enfermeiro especialista ter uma intervenção diferenciadora, capaz de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, para o reconhecimento da profissão e da área de especialização e para a construção da Identidade Profissional de Enfermagem.

2.2. Estágio Final - Módulo II – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

Segundo o Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, (p. 19363), o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização Pessoa em Situação Crítica deve demonstrar “conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos”.

Também Schub (2014) refere que o enfermeiro é um dos principais responsáveis pela identificação de potenciais dadores, controlo hemodinâmico, manutenção e apoio à família. Assim, todo o processo de colheita e transplantação exige que o enfermeiro desenvolva competências científicas, técnicas, éticas e relacionais que permitam dar a melhor resposta a estas situações. Neste sentido, revela-se essencial o desenvolvimento de um processo de aprendizagem que permita a reflexão acerca da intervenção especializada em enfermagem, orientada para uma prática baseada na evidência e para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, procurando a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados.

Assim, surge o estágio num Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT), inserido num dos centros hospitalares centrais da AML. A escolha deste serviço foi motivada pelo facto de o mesmo proporcionar experiências únicas no âmbito da coordenação de atividades de colheita e transplantação, permitindo, ainda, uma melhor compreensão de todos os cuidados prestados ao potencial dador (PD) de órgãos e tecidos, bem como à pessoa submetida a transplante. Esta aprendizagem não seria exequível noutro contexto. Além disso, permite uma perceção da complexidade que todo o processo de colheita e transplantação envolve, de forma a dar a melhor resposta às necessidades das pessoas em lista de espera para transplante. Defini como objetivo geral: **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao potencial dador de órgãos e recetor, em contexto de colheita de órgãos/tecidos e transplantação** e como objetivos específicos, defini os seguintes: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao potencial dador de órgãos e recetor em contexto de gabinete coordenador de colheita e transplantação e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados ao potencial dador de órgãos em contexto de processo de colheita.

O GCCT visa “coordenar os processos de colheita e transplantação na ótica da otimização dos órgãos e tecidos colhidos, recorrendo a uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis e envolvendo os profissionais e *stakeholders* nessa mesma gestão” (SPMS, 2021c, p.2). Esta gestão de processos complexos assume uma extensão nacional e internacional, nomeadamente através da articulação com a *Organización Nacional de Trasplantes* (ONT) – organização espanhola. Adicionalmente, pode ocorrer a existência de potenciais dadores estrangeiros, levando o GCCT a encetar contactos com as organizações similares dos países de origem, visando viabilizar a possibilidade de doação.

São processos que envolvem muitas pessoas de diversas áreas, o que exige elevadas capacidades comunicacionais e relacionais, num compromisso com a ética, a qualidade e a segurança. O GCCT pauta o desenvolvimento da sua atividade pela construção de credibilidade junto dos *stakeholders* e pela inovação na busca de resposta às necessidades que vão surgindo.

O modelo de Dreyfus, apresentado por Benner (2001), explica que logo que o estudante adquire e desenvolve uma competência, ela vai progredir em cinco níveis de eficácia. Em cada um destes níveis, existe uma mudança em três aspetos de execução de uma competência: em primeiro lugar, acontece a evolução de um paradigma em que o estudante depende de princípios abstratos, para um paradigma onde as experiências passadas são utilizadas; em segundo lugar, assiste-se ao movimento de uma perceção da situação como sendo uma compilação de factos de igual importância, para uma perceção global onde certos elementos têm maior peso e, por último, o estudante passa de uma posição de observador desligado, para uma posição de executante empenhado. Assim, considerando-me iniciada no que refere ao processo desencadeado numa situação de colheita, revela-se essencial um caminho que assente no acompanhamento da gestão destes processos, incluindo uma observação participada de atos de colheita e na reflexão acerca das práticas desenvolvidas.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de refletir, em conjunto com o enfermeiro orientador e com a equipa do GCCT, acerca da complexidade implicada na gestão e coordenação dos processos de colheita. Apesar de não existir a prestação direta de cuidados ao PD, todas as intervenções desenvolvidas na coordenação destes processos têm uma implicação direta nos cuidados que são prestados, quer ao PD, quer ao recetor. É de notar a preocupação com a qualidade dos cuidados e segurança do doente, transversal a todos os processos desencadeados. Assim que é referenciado um PD, é realizada a pesquisa no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA) pelo coordenador de colheita e transplantação (CCT) – assegurando que a pessoa não manifestou a sua oposição à dádiva. Para tal, torna-se essencial assegurar que os dados de identificação da pessoa se encontram corretos. De forma a proteger os direitos da pessoa e promover o cumprimento legal de todo o processo, ao longo do estágio, confirmei os dados de identificação da pessoa através do Registo Nacional de Utentes (RNU).

Visando promover a segurança da pessoa, procurei conhecer o máximo de dados possíveis acerca da história clínica da pessoa, de forma a garantir que não existem

contraindicações absolutas à colheita⁶. Nesta fase, a possibilidade de recorrer ao Registo de Saúde Eletrónico (RSE) permite obter informação relevante para a avaliação do PD. Identifiquei, em conjunto com o CCT, exames complementares de diagnóstico em falta, agilizando a sua requisição junto da equipa médica. Identifiquei também outras situações clínicas que careciam de esclarecimento, participando assim, ativamente, na gestão do processo de doação, em conjunto com o CCT. Nesta fase inicial do processo de doação, importa notar a importância do cuidado com a comunicação na abordagem à equipa multidisciplinar que está a prestar cuidados diretos ao PD (Segovia & Serrano, 2019). De modo a evitar possíveis conflitos éticos intrapessoais, deve transmitir-se claramente que a prioridade deve ser sempre a recuperação da pessoa em situação crítica, no entanto, não sendo possível a recuperação da mesma, a doação de órgãos/tecidos deve ser uma hipótese a ponderar. É essencial que a equipa esteja sensibilizada para a importância da manutenção do PD para o sucesso do transplante, não devendo os cuidados serem descurados, tal como deve ser sempre defendida e promovida a dignidade e respeito pela pessoa e sua família. Neste sentido, o envolvimento da equipa coordenadora de colheita e transplantação na gestão dos cuidados ao PD exige grande disponibilidade por parte do CCT, mas traduz-se em ganhos em saúde. Esta disponibilidade impacta na ação da equipa prestadora de cuidados, na medida em que esta se sente mais segura e apoiada, identificando e referenciando potenciais problemas, agilizando todo o processo e promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados.

No que refere à colaboração na gestão de processos de doação e colheita, foi essencial a oportunidade de acompanhar a equipa de colheita aos vários hospitais da rede de referência para efetivação dos atos de colheita. Pude refletir, desde logo, acerca da importância que tem todo o trabalho que é feito em paralelo ao procedimento de colheita. As colheitas em que tive oportunidade de participar envolveram articulação com várias entidades, desde os hospitais dadores, a Força Aérea Portuguesa (FAP), Guarda Nacional Republicana, a Polícia de Segurança Pública, serviço de transportes do centro hospitalar, serviço de transportes do hospital dador, outros GCCT, para além das equipas de colheita que, numa colheita multiorgânica, pode envolver profissionais de várias áreas distintas. Sendo toda esta articulação gerida pelo CCT, é de notar a importância que as competências de liderança e relação interpessoal assumem neste contexto. Nesta fase do

⁶ Esta experiência permitiu desenvolver competências no âmbito de promover “a proteção dos direitos humanos” e gerir “as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro, p.4746).

processo de colheita, é essencial que todos os intervenientes estejam orientados para o mesmo foco – realizar todos os esforços para que os órgãos sejam colhidos e cheguem ao recetor na melhor condição possível, protegendo e salvaguardando a dignidade da pessoa humana, promovendo a segurança e a máxima qualidade de todo o processo. Ao participar nas colheitas tive a oportunidade de vivenciar a relação de mútuo respeito e reconhecimento existente entre o GCCT, representado pelas equipas de colheita, e as várias entidades. Nos transportes realizados pela FAP, tive a oportunidade de experienciar o voo no cockpit da aeronave, em que a equipa de pilotagem explicou sumariamente os procedimentos a realizar, principalmente na descolagem e aterragem em segurança da aeronave. Apesar de não constituir uma experiência de aprendizagem em enfermagem, esta foi uma experiência de enriquecimento pessoal única e que foi possível graças ao acolhimento por parte da FAP, que em todos os momentos procuraram proporcionar uma boa experiência.

O trabalho da equipa de colheita tem início assim que existe a confirmação por parte do GCCT da realização da colheita e do horário da mesma. Previamente à saída da equipa, tive a oportunidade de preparar o material e equipamentos, em conjunto com a equipa de enfermagem, uma vez que existe algum material e equipamentos específicos que se encontram na sala de trabalho do GCCT. Nesta fase, é importante conhecer o procedimento de colheita, tendo em conta os órgãos que serão colhidos, de forma a levar o material e equipamentos necessários, evitando o excesso de material, mas principalmente a falta do mesmo. Tive também o cuidado de verificar as condições de segurança do material e equipamentos, nomeadamente, quanto à validade e integridade dos mesmos, constituindo esta, também, uma fase importante em todo o processo.

A equipa de colheita é constituída, essencialmente, pela equipa de anesthesiologia (do hospital dador), por cirurgião principal e ajudante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante. Nas colheitas em que participei exerci, essencialmente algumas das funções do enfermeiro circulante. Este é o profissional que, “no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p.1). Tendo por base as competências do enfermeiro circulante definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2004), pude gerir a informação relativa ao

procedimento de colheita, nomeadamente na realização dos registos de enfermagem. Pude, também, preparar a sala operatória, em conjunto com a equipa de colheita e providenciar, ao longo da colheita, materiais adequados e o equipamento necessário. Na preparação da sala e disponibilização do equipamento, foi essencial a colaboração da equipa de profissionais dos hospitais dadores, uma vez que, cada sala, apesar de ter uma distribuição padronizada, possui particularidades na disponibilização do material e equipamentos, assim como na organização do espaço. Esta articulação permitiu desenvolver competências relacionais e comunicacionais, essenciais ao exercício da profissão com qualidade. Nas colheitas, tive também a oportunidade de realizar os procedimentos necessários para o adequado armazenamento dos órgãos, desde a seleção correta da mala, à identificação da mala com etiqueta própria e aos cuidados na colocação de gelo de forma a proteger o órgão, sem o danificar, garantindo a segurança em todo o processo, de forma a garantir que o órgão chega ao recetor nas melhores condições.

Na gestão dos processos de colheita, que envolve a articulação com vários intervenientes das mais diversas áreas, em que cada um coloca diferentes questões, de forma quase simultânea, e em que são necessárias múltiplas tomadas de decisão, de forma célere, porém consistente (já que muitas destas decisões podem ser irreversíveis e colocar em causa todo o processo desencadeado) é, de facto, de extrema importância que o enfermeiro desenvolva competências comunicacionais e de relação interpessoal. Estas competências permitem uma liderança eficaz de toda a equipa, promovendo a motivação e empenho de todos os intervenientes, de forma a obter os melhores resultados. É de notar, ainda, a preocupação do GCCT em reconhecer o trabalho desenvolvido por todos os intervenientes, através do envio de cartas de agradecimento quando o processo é concluído, de forma a promover o sentido de pertença a uma causa maior que é dar uma nova vida à pessoa transplantada.

Ao acompanhar diferentes equipas nos processos de colheita tive também a oportunidade de notar a importância do desenvolvimento de competências de trabalho em equipa que podem ser diferenciadoras da intervenção em enfermagem. O momento da colheita envolve múltiplos elementos da equipa multidisciplinar em que, para além da equipa de colheita, estão presentes na sala, muitas vezes, estudantes, tanto de enfermagem, como de medicina e, até, profissionais com curiosidade nesta temática que aproveitam o momento da colheita como uma oportunidade de formação. Isto leva a que se acabe por formar um aglomerado de pessoas na sala operatória que, muitas vezes,

dificulta a comunicação entre a equipa de colheita. Existiu um momento, numa das colheitas que observei, em que a enfermeira instrumentista e o cirurgião não conseguiam comunicar, o que provocou algum desconforto no seio da equipa. De modo a controlar a situação, foi essencial a intervenção da enfermeira instrumentista que, de forma calma e assertiva, sugeriu estratégias para otimizar a comunicação, como diminuir o ruído de fundo, pedir ao estudante de medicina que se encontrava entre ela e o cirurgião para se posicionar num local diferente, aconselhar o cirurgião a falar mais alto e pausadamente, confirmar em voz alta o que estava a ser solicitado pelo cirurgião. Estas estratégias contribuíram para a diminuição do nível de stress que se estava a criar na sala e, assim, melhorar o ambiente e a qualidade dos cuidados, proporcionando um momento único de formação a quem estava a assistir ao procedimento. É de notar, de facto, a importância do desenvolvimento destas competências como diferenciadoras da intervenção de enfermagem nestes processos complexos, contribuindo também para a promoção da identidade profissional.

Neste estágio, tive também a oportunidade de acompanhar um processo de colheita que envolveu a articulação entre diferentes GCCT. A situação tratava-se de um dador multiorgânico em que a colheita pulmonar foi realizada pela equipa do GCCT onde realizei o estágio e a colheita do fígado, rins e córneas foi realizada pela equipa do GCCT da zona abrangida pelo hospital dador. Esta situação permitiu a vivência de várias experiências. Desde logo, a complexidade que um processo destes envolve pela necessidade de articulação com várias entidades, de forma a assegurar resposta no mínimo de tempo possível, principalmente após a colheita dos pulmões, dada a necessidade de minimizar o tempo de isquemia fria. Mais uma vez, o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação por parte do GCCT revela-se essencial, para além da capacidade de raciocínio rápido e organização, principalmente quando existem contratempos ou surge algum imprevisto. A realização da colheita do órgão só é possível quando se reúnem as condições para o recetor ser submetido ao transplante. No entanto, um dos recetores elegíveis após a realização das provas de *crossmatch*, recusou o transplante e o outro recetor compatível, ao realizar o teste SARS COV2 obteve um resultado inconclusivo, pelo que todo o processo de colheita ficou comprometido já que a colheita só poderia avançar quando o resultado do novo teste estivesse disponível e fosse negativo. Este facto foi gerador de grande ansiedade no seio da equipa, tendo sido essencial o constante contacto entre o GCCT, a equipa de colheita e a equipa da unidade

de transplante. Para além disso, uma vez que a colheita era multiorgânica, existia também a equipa de colheita do GCCT da área no qual o hospital dador se inseria que, dado este constrangimento estavam também impedidos de avançar e, por não estarem bem a par do que estava a acontecer, estavam, inicialmente, pouco recetivos na abordagem. Foi importante então otimizar a comunicação entre as equipas e, para isto, foi essencial o envolvimento do GCCT que procurou estabelecer o contacto com o GCCT do hospital dador, de forma a promover a união das equipas em prol de um bem comum, que é o dos recetores dos órgãos que seriam colhidos. Com esta experiência, tive também a oportunidade de refletir acerca da importância da colaboração da equipa multidisciplinar em todo o processo de colheita. Uma vez que nenhuma das equipas de colheita pertencia ao hospital dador, o ambiente onde decorreu a colheita era desconhecido para ambas. Assim, foi essencial a equipa de anestesia que, prontamente, nos recebeu e realizou um breve acolhimento ao bloco operatório. Este acolhimento foi importante, não só para facilitar a comunicação entre as equipas, mas também para promover um ambiente seguro de cuidados, essencial para o sucesso da colheita, que tem reflexo, indubitavelmente no sucesso do transplante.

No seguimento do processo de colheita abordado anteriormente, tive também a possibilidade de acompanhar o transplante pulmonar que sucedeu a colheita. Esta constituiu umas das experiências mais marcantes deste estágio. O facto de poder acompanhar a colheita pulmonar e o posterior transplante possibilitou uma visão transversal sobre todo o processo de colheita e transplantação e permitiu verificar, in loco, o fruto de todo o esforço realizado para alcançar o sucesso da colheita, ao conseguirmos que o recetor obtenha os órgãos nas melhores condições, independentemente dos contratempos existentes.

No período pós-operatório, as principais complicações que podem surgir e que podem culminar na morte do recetor são a rejeição aguda e a infeção (Costa et al., 2012). Deste modo, a prevenção da infeção constitui um dos principais focos de intervenção do enfermeiro durante todo o processo de transplante; desde os cuidados ao dador até aos cuidados ao recetor. Ao longo deste estágio, tive a oportunidade de desenvolver competências no âmbito do controlo da infeção⁷ e promoção da segurança do doente, uma

⁷ Esta experiência permitiu desenvolver competências no âmbito da maximização da “prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19362).

vez que toda a gestão dos cuidados que é feita ao dador tem em vista a prevenção destas complicações no recetor. Reconhecendo que a infeção é uma das principais causas de morbimortalidade após o transplante de órgãos sólidos, sendo a transmissão dos agentes patogénicos via líquido de preservação uma potencial via para infeções com origem no dador, numa fase inicial após transplante (Yu et al., 2019), procurei analisar os procedimentos adotados no momento da colheita de órgãos e, nomeadamente na fase final, em que é realizada a perfusão extracorporeal do órgão com o líquido de preservação, participei, providenciando o material necessário para a colheita de amostras do líquido para análise microbiológica e garantindo a sua adequada identificação e encaminhamento. Procurei também garantir que o procedimento era realizado com os cuidados necessários no âmbito da prevenção de infeção, alertando a equipa para a necessidade de substituição das luvas esterilizadas entre a extração do órgão e a perfusão extracorporeal do mesmo e para a necessidade de substituição do primeiro saco que acondicionou o órgão imediatamente após a sua extração. No gabinete, assim que tinha conhecimento dos resultados da microbiologia dos líquidos de preservação, comunicava à equipa da unidade de transplante que prestava cuidados à pessoa submetida a transplante do respetivo órgão, de forma a tomar a que fossem tomadas as medidas necessárias.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.18), “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, sendo que é um elemento importante desta organização, a existência de um sistema de registos que inclua, entre outros dados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às mesmas. No contexto de estágio, um dos aspetos sobre o qual pude refletir desde logo prende-se com o cuidado de toda a equipa em registar tudo o que é realizado, desde indicações transmitidas telefonicamente, tomadas de decisão ao longo da gestão dos processos de colheita, dados da avaliação do dador, entre outros. Apesar de não existir um programa informático específico para o GCCT, a equipa desenvolveu estratégias de forma a conseguir assegurar um sistema de registos eficaz, que permite não só dar resposta às necessidades que vão surgindo como também traduz de forma mais mensurável o trabalho que é desenvolvido no GCCT, já que existe muito trabalho para além das colheitas ou transplantes realizados. Todos os dias existem referenciações de potenciais dadores, pedidos de colaboração em gestão de processos ao cuidado de outros GCCT, questões burocráticas associadas aos processos de doação, entre outros que não se traduzem, efetivamente, numa colheita ou transplante,

mas que exigem igual empenho e dedicação por parte da equipa do GCCT e que passa, muitas vezes, despercebido. Assim, considero que um dos aspetos que melhorei na minha prática profissional devido à realização deste estágio foi a valorização dos registos de enfermagem. Os registos de enfermagem constituem uma estratégia essencial para assegurar não só a continuidade dos cuidados, mas também a qualidade dos cuidados à pessoa, conduzindo com maior segurança a prática profissional (Ribeiro, 2019). Estes devem traduzir ao máximo o trabalho que desenvolvemos, salvaguardando-nos enquanto profissionais, mas também contribuindo para o reconhecimento e valorização da profissão.

Ao longo deste estágio, pude notar também o interesse e a motivação do GCCT e das equipas de colheita para a formação dos profissionais, no âmbito da doação de órgãos e tecidos. Segundo o Despacho n.º 5480/2017, de 23 de junho, relativamente à Matriz Normativa das Normas Hospitalares de Doação, a atividade de doação estável e consolidada é imprescindível para assegurar a resposta às necessidades das pessoas que aguardam em lista de espera para transplante, ainda assim, essa atividade proveniente de dadores em morte cerebral (MC) em Portugal, comparativamente a outros países, é insuficiente face à grande carência de órgãos. Para as autoras Mendes et al. (2012), a falta de notificação da morte cerebral e as falhas na manutenção dos órgãos para a sua colheita ainda representam fatores impeditivos à efetivação da doação. Neste âmbito, o estágio permitiu refletir acerca do papel essencial do enfermeiro na identificação e referenciação do PD, desde logo por pertencer à classe profissional que mantém um contacto de 24 horas diárias com a pessoa. Deve, por isso, estar capacitado e sensibilizado para esta temática, procurando diminuir a perda de potenciais dadores, permitindo a maximização do potencial de doação e, com isto, reduzir o sofrimento das pessoas em lista de espera. A formação dos profissionais assume, assim, extrema importância. Esta deve objetivar proporcionar oportunidades de partilha e reflexão, sensibilizando para a importância da identificação e referenciação do PD e da sua implicação na vida de quem aguarda transplante. Neste sentido, ao longo do estágio, pude notar o papel ativo que o GCCT desenvolve neste âmbito. Este, aproveita todos os contactos com outros serviços para promover sessões de formação, nomeadamente no âmbito da referenciação do PD de córneas em coração parado, sensibilizando os profissionais para esta área de cuidados e desconstruindo alguns mitos que se vão criando em torno do processo de colheita e que podem inviabilizar a efetivação da doação. Tive a oportunidade de participar numa destas

sessões de formação, em que, apesar de não fazer propriamente parte do plano da formação, pelas dúvidas apresentadas pelos formandos, o enfermeiro formador do GCCT acabou por explicar todo o processo que é desencadeado quando há uma referenciação de PD de córneas. Descodificou que tudo é realizado visando a máxima segurança, promovendo, acima de tudo, a dignidade da pessoa humana e a qualidade dos cuidados. Também a participação do oftalmologista na sessão de formação foi de extrema importância para demonstrar os ganhos em saúde que se podem obter a partir da colheita de córneas, com a apresentação de casos clínicos reais, em que o transplante de córnea teve um impacto enorme na qualidade de vida dos recetores. Considero que este aspeto também foi muito importante para tornar visível o resultado de todo o trabalho que é desenvolvido numa referenciação e gestão dos cuidados ao potencial dador de córneas, contribuindo para a motivação e sensibilização dos profissionais para a temática. Neste âmbito, uma das atividades planeadas em projeto de estágio está relacionada com a realização de uma sessão de formação dirigida ao serviço onde exerço funções, no entanto, dada a situação atual de pandemia e os constrangimentos que o serviço tem vindo a atravessar, devido a sucessivas infeções por SARS COV2 de doentes e profissionais, ainda não foi possível, até à entrega deste relatório a realização desta atividade. Ainda, no âmbito deste estágio, tive a possibilidade de participar no “VI Seminário de Enfermagem – Transplantação de Órgãos” da Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática do Centro Hospitalar do Porto (anexo 1), que contribuiu para a atualização de conhecimentos e para o desenvolvimento de aprendizagens significativas nesta área, nomeadamente em temáticas como: a pandemia e impacto na atividade da transplantação, na qual foi abordado o impacto na doação, o impacto na lista de espera e o impacto psicológico no candidato em lista de espera; o caminho da pessoa candidata a transplante; a perceção versus a realidade na adesão ao regime terapêutico, na qual destaco a abordagem do *empowerment* do doente transplantado, já que ia de encontro à temática desenvolvida na revisão de *scoping* desenvolvida no primeiro capítulo do presente relatório e, por último, existiu também um espaço dedicado à partilha de experiências e conhecimentos entre diferentes centros hospitalares, com abordagens interessantes relativamente, principalmente, à consulta de enfermagem no pré-transplante e no contributo da consulta de enfermagem para o aumento da doação de rim em dador vivo. Ainda, tive também a oportunidade de participar num *workshop* alusivo à temática da perfusão de órgãos, em que foi apresentado um dispositivo de perfusão de órgão que ainda não é muito utilizado em Portugal e, destaco, neste *workshop*, a interessante partilha de

experiências entre os diferentes GCCT's, que permitiu dar conta de outras realidades no âmbito da gestão de processos de doação e transplantação.

A realização deste estágio permitiu a vivência de várias experiências que me alertaram para a necessidade de um olhar mais profundo para alguns aspetos da prestação de cuidados. A reflexão acerca da prática de cuidados é essencial num processo de aprendizagem, na medida em que permite o desenvolvimento da capacidade de juízo crítico e de uma atitude reflexiva em relação à prestação de cuidados especializados, de forma a identificar pontos fortes e aspetos a melhorar, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto de estágio, considero ter desenvolvido competências no âmbito da gestão do cuidado ao PD, através da compreensão e perceção acerca de tudo o que um processo de doação e colheita envolve. A vivência de oportunidades únicas de formação, que de outra forma não conseguiria experienciar, habilitou-me a um olhar mais atento aos assuntos relacionados com a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, essenciais no desenvolvimento de uma prática de cuidados especializada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aproximar da reta final deste curso de mestrado, urge a necessidade de realizar uma análise global de todas as experiências vividas ao longo deste percurso.

As aprendizagens desenvolvidas durante a fase teórica do curso foram essenciais para sustentar todo o processo de desenvolvimento de competências levado a cabo ao longo da prática clínica. Desde logo, o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação, a procura da evidência científica mais atualizada, assim como o incentivo ao desenvolvimento do juízo crítico por parte da escola foi essencial na preparação para todo o percurso que, entretanto, se desenrolou.

A realização da revisão de literatura foi essencial para dar continuidade ao processo de desenvolvimento de competências iniciado na componente teórica do curso, dando a oportunidade de aplicar as aprendizagens que foram sendo desenvolvidas ao longo das aulas, para além de despertar o interesse para a investigação em enfermagem e reforçar a sua importância para o reconhecimento da profissão. Por ser igualmente importante a divulgação dos resultados obtidos a partir da produção científica, reconheço a necessidade de procurar oportunidades para a mesma, tendo sido possível, até ao momento da entrega deste relatório, a apresentação dos resultados da revisão de literatura realizada no âmbito desta UC nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, através de um póster (apêndice 6) e cujo certificado de participação é possível consultar no anexo 2.

As experiências vivenciadas durante os períodos de estágio possibilitaram o desenvolvimento de uma prática de cuidados assente na análise crítica e reflexiva, que teve um grande impacto na minha construção pessoal e profissional, enquanto futura enfermeira especialista. A partir deste processo crítico e reflexivo, através da procura constante pela melhoria da qualidade das minhas práticas, considero que consegui desenvolver uma prestação de cuidados especializados à PSC com qualidade e contribuí para a promoção da Enfermagem, como ciência e como profissão.

Cuidar da pessoa em situação crítica e sua família constituiu um desafio bastante complexo, para o qual foi essencial mobilizar alguns fundamentos teóricos, nomeadamente a Teoria das Transições de Meleis, de forma a estruturar os cuidados prestados à luz de um referencial. Mais que a mobilização de conhecimentos teóricos e competências técnicas, cuidar da PSC requer do enfermeiro competências humanas e relacionais. O desenvolvimento de uma visão holística e humanizada do cuidado à pessoa está na base da diferenciação da profissão e deve nortear a prática, em todos os momentos do cuidado à PSC.

Um dos principais desafios com que me deparei ao longo deste percurso relacionou-se com a gestão do tempo. A realização dos estágios em concomitância com a atividade laboral foi geradora de algumas dificuldades na gestão do tempo para conciliar os turnos e conseguir desenvolver o processo de aprendizagem, atendendo também ao trabalho autónomo que foi necessário desenvolver de forma a dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem. De forma a ultrapassar esta dificuldade, considero ter desenvolvido algumas capacidades de organização e planeamento, de forma a melhor aproveitar o tempo que fui tendo disponível.

Numa perspetiva futura, pretendo dar continuidade a este percurso, no sentido de adquirir mais experiência, desenvolvendo uma prática baseada na evidência científica, à luz dos ensinamentos adquiridos ao longo deste processo.

Enquanto estudante e futura enfermeira especialista, reconheço a necessidade de um trabalho de desenvolvimento pessoal e profissional, que exige empenho, esforço e dedicação e que permite ao enfermeiro especialista ter uma intervenção diferenciadora, capaz de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, para o reconhecimento da profissão e da área de especialização e para a construção da Identidade Profissional de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aitken, L. M., Marshall, A. P., Elliott, R., & McKinley, S. (2009). Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 36–45. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02318.x>
- Almeida, T. M. L. de, Azevedo, L. C. P. de, Nosé, P. M. G., Freitas, F. G. R. de, & Machado, F. R. (2016). Risk factors for agitation in critically ill patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(4). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160074>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto Editora (ed.)).
- Câmara, J., Queiroz, P., Sousa, S., & Paiva, S. (2016). Estratégias implementadas pelo enfermeiro para aprendizagem do transplantado renal em imunossupressão / Strategies implemented by nurses for learning kidney transplant immunosuppression. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 282–287. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i2.28502>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Costa, S., Freire, M., Silva, L., Abdala, E., Pierrotti, L., Azevedo, L., Dorhiac-Ilacer, P., Strabelli, T., & Shikanai-Yasuda, M. (2012). Evaluation of bacterial infections in organ transplantation. *Clinics*, 67(3), 289–291. [https://doi.org/10.6061/clinics/2012\(03\)15](https://doi.org/10.6061/clinics/2012(03)15)
- Decreto-Lei nº 161/96. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*.
- Deodato, S. (2011). Decisão ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. *Tese de Doutorado. Universidade Católica Portuguesa*.

- Despacho n.º 13427/2015. (2015). Despacho n.º 13427/2015. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 228 - 20 de Novembro, 33814–33816. <https://files.dre.pt/2s/2015/11/228000000/3381433816.pdf>
- Despacho n.º 5480/2017. (2017). Matriz Normativa das Normas Hospitalares de Doação. *Diário Da República n.º 120/2017, Série II de 23 de Junho*, 12754–12754.
- Direção Geral de Saúde. (2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Norma 021/2015, Atualizada a 30/05/2017*.
- Duarte, M. M. F., Salviano, M. E. M., & Gresta, M. M. (2004). Assistência de enfermagem. In *Manual de transplantes de órgãos e tecidos* (3^a edição, pp. 592–624). MEDSI.
- Ferrito, C., Madureira, M., & Lourenço, M. (2021). Guia da Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório . In *Mestrado em Enfermagem - Universidade Católica Portuguesa*.
- Forsberg, A., Bäckman, L., & Svensson, E. (2002). Liver transplant recipients’ ability to cope during the first 12 months after transplantation - a prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 345–352. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00100.x>
- Glowacki, D. (2015). Effective Pain Management and Improvements in Patients’ Outcomes and Satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33–41. <https://doi.org/10.4037/ccn2015440>
- Kramer, D. J., Siegal, E. M., Frogge, S. J., & Chadha, M. S. (2019). Perioperative Management of the Liver Transplant Recipient. *Critical Care Clinics*, 35(1), 95–105. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.08.012>
- Mahdizadeh, A., Oskouie, F., Khanjari, S., & Parvizy, S. (2020). The need for renovating patient education in kidney transplantation: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 154. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_574_19

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, C., & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Mendes, K. D. S., Roza, B. de A., Barbosa, S. de F. F., Schirmer, J., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 945–953. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027>
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde.
- Mota, L., Rodrigues, L., & Pereira, I. (2011). A transição no transplante hepático – um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, III(5). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239964003>
- Mota, Liliana, Bastos, F., & Brito, M. (2018). Liver transplant recipients: nursing therapeutics during follow-up. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº16), 19–28. <https://doi.org/10.12707/RIV17086>
- Mota, Liliana, Cruz, M., & Costa, C. (2016). Therapeutic regimen management - development of a flowchart to support decision-making: qualitative study. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(11), 71–79. <https://doi.org/10.12707/RIV16056>
- Namigar, T., Serap, K., Esra, A. T., Özgül, O., Can, Ö. A., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>

- Negreiros, D., Silva Correia, A. M., Marinho, P., Huygens, J., Garcia, P., Carneiro, C., Freire De Aguiar, M. I., Maria, A., & Rodrigues, M. (2016). Transplante hepático em hospital de referência: Competências do enfermeiro no serviço ambulatorial. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *10*(3), 1351–1359. <https://doi.org/10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201602>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual dos Enunciados Descritivos. *Divulgar*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Enfermagem em Bloco Operatório - Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis MO: Mosby.
- Palma, A., Vicencio, R., & Nahuelquin, C. (2021). Cuidados del trasplantado renal em cuidados intensivos según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. *Revista Ene de Enfermería*, *15*(1). <http://ene-en-fermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1172>
- Pena, S. B. D. S., Silva, A. C. G., Ramos, I. D. O., Barbosa, A. S., & Studart, R. M. B. (2020). Atividades da vida diária de pacientes após transplante pulmonar. *Enfermagem Em Foco*, *10*(7). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2525>
- Peters, M. D. J. ., Marnie, C. T., Ricco, A. C. ., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. ., & Khalil, H. (2021). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, *19*(1), 3–10.
- Pueyo-Garrigues, M., San Martín Loyola, Á., Caparrós Leal, M. C., & Jiménez Muñoz, C. (2016). Educación para la salud en el paciente trasplantado y su familia en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, *27*(1), 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.11.002>

- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 135 — 16 de Julho, 19359–19370.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série - Nº26 - 6 de Fevereiro, 4744–4750.
- Ribeiro, M. (2019). Os registos de Enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Sinais Vitais*, 129, 29–41.
- Samuelson, K. A. M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(2), 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.01.003>
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios | Revista Portuguesa de Saúde Pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Schub, T. (2014). *Organ donation and organ donor care*. Quick Lesson.
- Segovia, C., & Serrano, M. (2019). *Comunicação em Situações Críticas* (Hospital Moinhos de Vento (ed.); 3rd ed.).
- Sen, A., Callisen, H., Libricz, S., & Patel, B. (2019). Complications of Solid Organ Transplantation. *Critical Care Clinics*, 35(1), 169–186. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.08.011>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2021a). *Adenda ao Plano de Ação 2018-2020 – Ano 2021 – Área de Coração, Vasos e Tórax*. Lisboa.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2021b). *Urgências – CH | Lisboa Central*. <https://www.chlc.min-saude.pt/urgencias/>

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2021c). *Relatório Anual de Atividades 2020 - Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de São José*.
- Soares, L. S. da S., Brito, E. S. de, Magedanz, L., França, F. A., Araújo, W. N. de, & Galato, D. (2020). Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100014>
- Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Regulamento do Mestrado em Enfermagem*. https://moodle.lisboa.ucp.pt/pluginfile.php/618253/mod_resource/content/0/Regulamento Mest Enf_Nov2017 %28003%29.pdf
- Vanhoof, J. M. M., Vandenberghe, B., Geerts, D., Philippaerts, P., De Mazière, P., DeVito Dabbs, A., De Geest, S., & Dobbels, F. (2018). Shedding light on an unknown reality in solid organ transplant patients' self-management: A contextual inquiry study. *Clinical Transplantation*, 32(8), e13314. <https://doi.org/10.1111/ctr.13314>
- Velez, L. (2009). Formação em Serviço uma Necessidade ou uma Calendarização. *Revista Sinais Vitais*, 87.
- Wachholz, L. F., Knihs, N. da S., Martins, S. R., Magalhães, A. L. P., Brehmer, L. C. de F., & Martins, M. da S. (2020). Alta hospitalar do paciente transplantado hepático: revisão integrativa. *Escola Anna Nery*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0346>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

ANEXOS

**ANEXO 1 – Certificado de Participação “VI Seminário de Enfermagem –
Transplantação de Órgãos” da Unidade de Transplantação Hepática e
Pancreática do Centro Hospitalar do Porto**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que _____ ISAURA CONCEIÇÃO PINTO MOURA _____ participou ativamente e esteve presente no VI Seminário de Enfermagem em Transplantação de Órgãos, que decorreu em 10 de Dezembro de 2021, no Auditório Prof. Dr. Alexandre Moreira, no Centro Hospitalar do Porto.

PIA Comissão Científica

Enfl. Catarina Oliveira

Presidente do Seminário

Enfl. Fátima Morais

ANEXO 2 – Certificado de Apresentação do Póster “Cuidados de Enfermagem na Capacitação da Pessoa Submetida a Transplante para o Autocuidado – Revisão Scoping” nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



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

Certificado

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

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

Prof.ª Doutora Amélia Simões Figueiredo
Universidade Católica Portuguesa
Diretora da EEL-ICS-UCP
Instituto de Ciências da Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Apresentação para a sessão de formação “Prevenção da pneumonia associada à intubação - Feixe de intervenções”

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

Feixe de intervenções

Elaborado por:
Mestranda Isaura Moura, N.º 192020008
Sob a orientação de:
Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, outubro de 2021

ÍNDICE

- Introdução
- Feixe de intervenções – o que é?
- Pneumonia associada à intubação - o problema
- Norma – Feixe de intervenções – Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação
- Conclusão
- Referências Bibliográficas



INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na UCI CCT, entre seis de setembro e vinte e sete de outubro.

Um dos objetivos definidos no projeto de estágio prende-se com **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família** e é neste sentido que surge esta apresentação, com vista à partilha e reflexão acerca da prestação de cuidados.

FEIXE DE INTERVENÇÕES - O QUE É?

... conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.

FEIXE DE INTERVENÇÕES - O QUE É?

Constituem mais que uma lista, já que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido.

Fonte: DGS, 2015

CATEGORIAS DE EVIDÊNCIA

Na norma apresentada foram utilizadas as categorias do CDC*/HICPAC** indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação:

- **Categoria IA** - Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados;
- **Categoria IB** - Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica;
- **Categoria IC** - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações;
- **Categoria II** - Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.

* Centers for Diseases Control and Prevention

** Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

Fonte: DGS, 2015

PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO – O PROBLEMA

A pneumonia associada à intubação é a pneumonia que surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais de 48 horas ou em pessoa extubada há menos de 48 horas.

É a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável pelo aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade.



Fonte: DGS, 2015

NORMA “FEIXE DE INTERVENÇÕES” DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

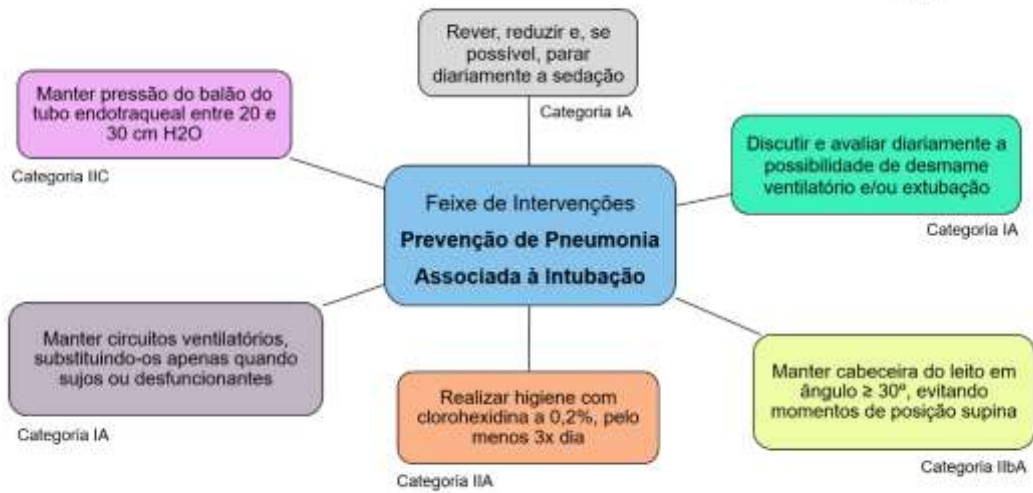


NÚMERO: 021/2015
DATA: 16/12/2015
ATUALIZAÇÃO: 30/05/2017

ASSUNTO: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação
PALAVRAS-CHAVE: Prevenção, Pneumonia, UCI, Ventilação, Intubação
PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

NORMA

Francisco
Henrique
Moura George



Fonte: DGS, 2015



CONCLUSÃO

Com esta apresentação esperamos ter criado um momento de partilha de experiências e reflexão acerca das práticas desenvolvidas que permita contribuir para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados e que se traduza em ganhos em saúde e enriquecimento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde. (2015). "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma 021/2015. Lisboa, dezembro de 2015 (atualizada em maio de 2017). [Consultado em 26 de setembro de 2021]. Disponível na URL: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>



PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

Feixe de intervenções

Elaborado por:
Mestranda Isaura Moura, N.º 192020008
Sob a orientação de:
Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, outubro de 2021

APÊNDICE 2 – Questionário de avaliação da sessão de formação “Prevenção da pneumonia associada à intubação - Feixe de intervenções”

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

“Prevenção da pneumonia associada à intubação - feixe de intervenções”

A sua opinião sobre esta sessão de formação é, para nós, muito importante. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 "muito", conforme a sua opinião.

Conteúdos programáticos e métodos	1	2	3	4	5
Conteúdos abordados na sessão					
Estruturação dos conteúdos					
Pertinência dos conteúdos abordados					
Adequação dos métodos utilizados aos conteúdos					
Duração da sessão					

Formadores	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição dos conteúdos					
Interação com os participantes da sessão					
Recurso a suporte bibliográfico adequado					

Avaliação global da sessão	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos					
Esta sessão contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados					

Comentários/ Sugestões:

Obrigada pela sua colaboração!

**APÊNDICE 3 – Apresentação de apoio à sessão de formação “Prevenção de
infecção do local cirúrgico - Feixe de intervenções”**

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Feixe de intervenções

Elaborado por:
Mestranda Isaura Moura, N.º 192020008
Sob a orientação de:
Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, outubro de 2021

ÍNDICE

- Introdução
- Feixe de Intervenções – o que é?
- Infecção do Local Cirúrgico - o Problema
- Norma – Feixe de intervenções – Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico
- Conclusão
- Referências Bibliográficas



INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na UCI CCT, entre seis de setembro e vinte e sete de outubro.

Um dos objetivos definidos no projeto de estágio prende-se com **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família** e é neste sentido que surge esta apresentação, com vista à partilha e reflexão acerca da prestação de cuidados.

FEIXE DE INTERVENÇÕES - O QUE É?

... conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.

FEIXE DE INTERVENÇÕES - O QUE É?

Constituem mais que uma lista, já que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido.

Fonte: DGS, 2015

CATEGORIAS DE EVIDÊNCIA

Na norma apresentada foram utilizadas as categorias do CDC*/HICPAC** indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação:

- **Categoria IA** - Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados;
- **Categoria IB** - Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica;
- **Categoria IC** - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações;
- **Categoria II** - Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.

* Centers for Diseases Control and Prevention

** Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

Fonte: DGS, 2015

INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO – O PROBLEMA

A infeção do local cirúrgico (ILC) está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano, no caso de colocação de prótese.

É responsável por 7-11 dias adicionais de internamento, por um aumento de risco de morte em 2 a 11 vezes. Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis.



Fonte: DGS, 2015

NORMA “FEIXE DE INTERVENÇÕES” DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO



EM DISCUSSÃO PÚBLICA

NORMA I

da Direção-Geral da Saúde

Francisco
Henrique
Moura George

Responsável Técnico do Serviço
Francisco Moura George
DGS, I.P.T. - Instituto Português de
Qualidade do Sistema de Saúde, em Lisboa
Francisco Moura George
Data: 2015.12.15 14:27:48.2

NÚMERO: 020/2015
DATA: 15/12/2015

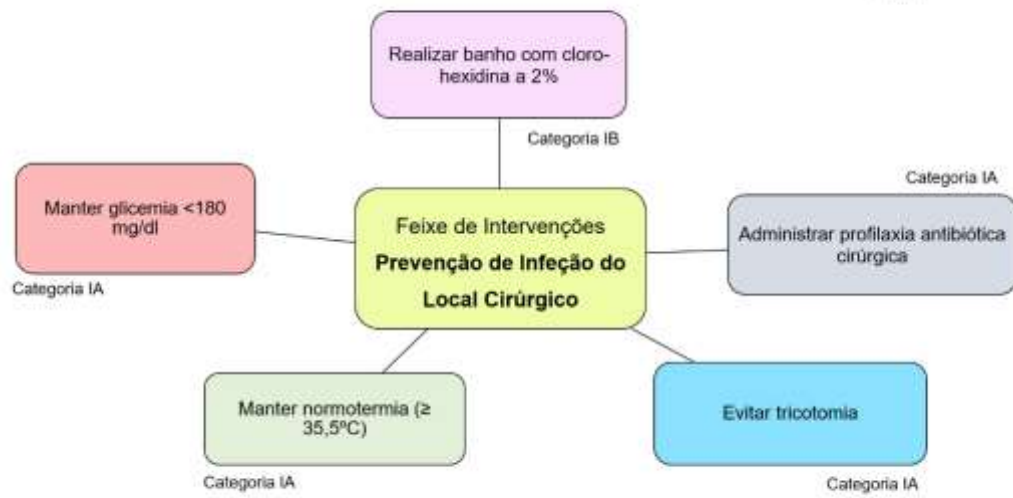
ASSUNTO: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico

PALAVRAS-CHAVE: Infeção de local cirúrgico, cirurgia, prevenção, infeção

PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)





Fonte: DGS, 2015



CONCLUSÃO

Com esta apresentação esperamos ter criado um momento de partilha de experiências e reflexão acerca das práticas desenvolvidas que permita contribuir para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados e que se traduza em ganhos em saúde e enriquecimento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde. (2015). "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. Norma 020/2015. Lisboa, dezembro de 2015. [Consultado em 7 de outubro de 2021]. Disponível na URL: <https://nocs.pt/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>.

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Feixe de intervenções

Elaborado por:
Mestranda Isaura Moura, N.º 192020008
Sob a orientação de:
Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, outubro de 2021

APÊNDICE 4 – Questionário de avaliação da sessão de formação “Prevenção da infecção do local cirúrgico - Feixe de intervenções”

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

“Prevenção da infeção do local cirúrgico - feixe de intervenções”

A sua opinião sobre esta sessão de formação é, para nós, muito importante. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 "muito", conforme a sua opinião.

Conteúdos programáticos e métodos	1	2	3	4	5
Conteúdos abordados na sessão					
Estruturação dos conteúdos					
Pertinência dos conteúdos abordados					
Adequação dos métodos utilizados aos conteúdos					
Duração da sessão					


Formadores	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição dos conteúdos					
Interação com os participantes da sessão					
Recurso a suporte bibliográfico adequado					

Avaliação global da sessão	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos					
Esta sessão contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados					

Comentários/ Sugestões:

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE 5 – Apresentação de apoio à sessão de formação: “A pessoa submetida a transplante - A intervenção do enfermeiro na capacitação para o autocuidado”



A PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE

A intervenção do enfermeiro na capacitação para o autocuidado

Elaborado por:
Mestranda Isaura Moura, N.º 192020008
Sob a orientação de:
Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, outubro de 2021



ÍNDICE

- Introdução
- Objetivos
- A pessoa submetida a transplante
- Estilos de vida
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na UCI CCT, entre seis de setembro e vinte e sete de outubro.

Um dos objetivos definidos no projeto de estágio prende-se com **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família** e é neste sentido que surge esta apresentação, com vista à partilha e reflexão acerca da prestação de cuidados.



OBJETIVOS

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a transplante e sua família;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da sua intervenção na capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a transplante.

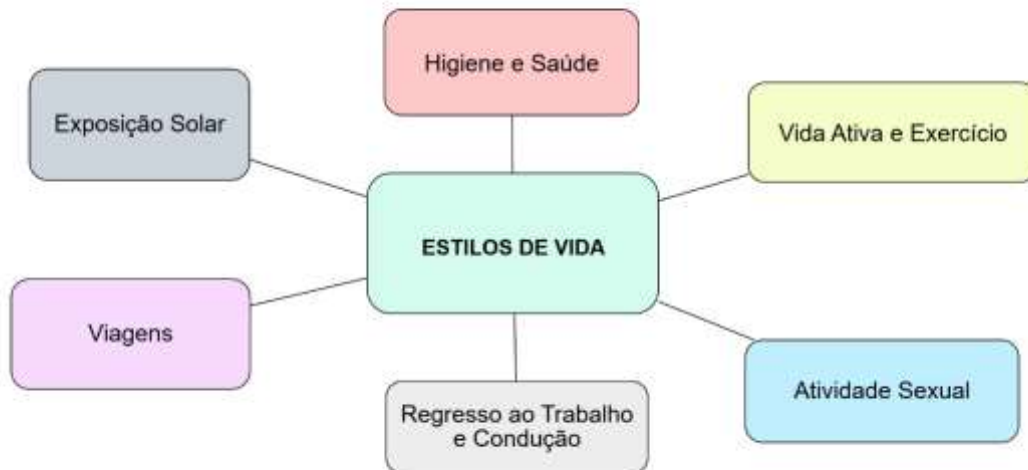
A PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE

O transplante possibilita uma vida nova, um novo recomeço.

No entanto, após o transplante a terapêutica imunossupressora faz com que o sistema imunitário esteja deprimido, o que aumenta o risco de complicações. A medicação que previne a rejeição do novo órgão aumenta o risco de infecção, o que exige uma adaptação nos estilos de vida da pessoa transplantada e sua família.



Fonte: Fontoura, 2012





HIGIENE E SAÚDE

Lavar frequentemente as mãos com água e sabão, principalmente, antes e após as refeições e após utilizar sanitários. Manter as unhas limpas e aparadas.

Fonte: Rodrigues, 2015



HIGIENE E SAÚDE

Higiene Corporal

Utilizar produtos hipoalérgicos, de pH neutro. Pode utilizar creme hidratante e desodorizante.

É aconselhável o uso de máquina de barbear elétrica para o homem. Para a depilação, existem várias opções como o creme ou espuma depilatória e máquina depiladora. Está desaconselhada a utilização de lâminas.

Não utilize perfumes nem desodorizantes íntimos.



Fonte: Rodrigues, 2015

HIGIENE E SAÚDE

Higiene Oral

- Escovar cuidadosamente os dentes pelo menos três vezes por dia;
- Terminar a higiene oral com soluções de bochechar desinfetante e antibacteriana (ex. clorhexidina a 0,2%);
- Utilizar uma escova de tamanho adequado, com cabeça pequena e suave. Pode também optar pela escova elétrica (movimentos rotatórios);
- Utilizar diariamente fio dentário;
- Substituir a escova de dentes pelo menos a cada 3 meses;
- No caso de fazer nebulizações pressurizadas, deverá, após a sua utilização, bochechar a boca com água;
- Examinar a boca regularmente.



Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E., 2016

HIGIENE E SAÚDE

Higiene do ambiente

Uns dias antes da alta hospitalar, deverá pedir aos seus familiares que efetuem uma limpeza cuidada da casa, especialmente na cozinha e casa de banho. Manter a sua residência em ótimas condições de higiene e ventilação.

Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E., 2016

VIDA ATIVA E EXERCÍCIO

Inicialmente, pode fazer caminhadas passando depois, de acordo com a sua recuperação e indicação médica, para a ginástica aeróbica, hidroginástica, natação, corridas, ciclismo (aumentando progressivamente a distância) golf, ténis, entre outros. As atividades aquáticas, como a hidroginástica ou a natação são permitidas desde que em piscinas ou praias certificadas.

Desportos de contacto, como futebol, rúgubi, basquetebol, entre outros deverão ser evitados, devido à possibilidade de traumatismo torácico.

Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E., 2016

ATIVIDADE SEXUAL

Devem ser tomadas as medidas necessárias para evitar a gravidez, devido ao risco de malformações no feto causadas pela terapêutica imunossupressora.



Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E., 2016

ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO

- O animal de estimação deve ser vigiado regularmente pelo veterinário e deve ter o calendário de vacinas atualizado;
- Assegurar que o animal de estimação toma banho regularmente e que apresenta as unhas cortadas;
- Se possível, evitar limpar caixas de gatos, aquários e os fluidos corporais do animal;
- Evitar os animais roedores, répteis, tartarugas, aves e animais exóticos.



Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E., 2016

REGRESSO AO TRABALHO E CONDUÇÃO

O regresso ao trabalho necessita de autorização do cardiologista/pneumologista, e depende da atividade profissional. É geralmente aconselhado 6 meses a 1 ano após o transplante.

Pode conduzir cerca de 6 a 8 semanas depois do transplante cardíaco ou 3 meses depois do transplante pulmonar, após autorização do médico cardiologista/pneumologista.

Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E., 2016

VIAGENS

É aconselhado esperar 6 a 12 meses após o transplante para viajar, e sempre após o conhecimento do médico cardiologista/pneumologista.

NÃO deve tomar vacinas sem ser por indicação do seu médico cardiologista/pneumologista.

Quando viajar deve levar um relatório médico sobre a sua situação clínica e a terapêutica que está a fazer.



Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E., 2016

EXPOSIÇÃO SOLAR

- Evitar a exposição prolongada ao sol e as horas de maior calor;
- Utilizar diariamente um creme com filtro solar nas zonas expostas ao sol;
- Utilizar óculos de sol com proteção ultravioleta, bem como chapéus ou bonés que ajudam a proteger o rosto, lábios e olhos;
- Observar cuidadosamente a pele, de forma a identificar precocemente novos sinais ou alguma alteração em sinais já existentes;
- Não expor a cicatriz operatória ao sol direto durante o período de 1 ano.

Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E., 2016




CONCLUSÃO

Com esta apresentação esperamos ter criado um momento de partilha de experiências e reflexão acerca das práticas desenvolvidas que permita contribuir para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados e que se traduza em ganhos em saúde e enriquecimento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fontoura, F.A.P. (2012). A compreensão de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida;
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. (2016). Manual de Orientação para o Utente Submetido a Transplante Cardíaco e Pulmonar.
- Rodrigues, S. (2015). Cuidar da Pessoa com Transplante Renal Hospitalizada. (Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).



A PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE

A intervenção do enfermeiro na capacitação para o autocuidado

Elaborado por:
Mestranda Isaura Moura, N.º 192020008
Sob a orientação de:
Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, outubro de 2021

APÊNDICE 6 – Póster “Cuidados de Enfermagem na Capacitação da Pessoa Submetida a Transplante de Órgão para o Autocuidado – Revisão Scoping”

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

Autoria(s): Alexandra Cabral¹; Isaura Moura²; Manuela Madureira³; Rita Marques⁴

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



Maya / iStock.com/8617912221101, The Super Group / Shutterstock.com/260494988, The Super Group / Shutterstock.com/260494988



Referências Bibliográficas