



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem na área de especialização:
Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio:
DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA
ESPECIALISTA: UM DESAFIO EDIFICANTE E
INSPIRADOR

FROM GENERAL NURSE TO SPECIALIST NURSE:
AN UPLIFTING AND INSPIRING CHALLENGE

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Beatriz da Silva Miguel

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem na área de especialização:
Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio:
DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA
ESPECIALISTA: UM DESAFIO EDIFICANTE E
INSPIRADOR

FROM GENERAL NURSE TO SPECIALIST NURSE:
AN UPLIFTING AND INSPIRING CHALLENGE

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Beatriz da Silva Miguel

Orientação
Professora Doutora
Maria de Lurdes dos Santos Martins

Lisboa, 2024

RESUMO

Este relatório surge como resultado do processo de aquisição de conhecimentos e competências desenvolvido ao longo do 16.º curso de Mestrado da Universidade Católica Portuguesa (UCP) na Escola de Enfermagem de Lisboa, para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Foi realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, que incluiu dois estágios, o primeiro num serviço de urgência geral e o segundo numa unidade de cuidados intensivos polivalente.

O objetivo maior destes estágios foi o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais, éticas e deontológicas na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica, sendo que para tal foi mobilizada a capacidade de relação entre a evidência científica e a prática, resultando na prestação de cuidados de enfermagem especializada de excelência.

O relatório inclui a descrição dos locais de estágios e a análise crítico-reflexiva das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, fundamentando a sua aquisição na evidência científica e prática desenvolvida.

Engloba ainda a fundamentação da aquisição das competências de Mestre em Enfermagem, desenvolvidas essencialmente através da realização de uma *Scoping Review*, que permitiu consolidar a metodologia da investigação científica para fomentar mudança e translação de conhecimento baseado na evidência para uniformizar os cuidados.

O tema escolhido, cuidados de enfermagem na prevenção de infeção do local cirúrgico no transplantado renal, encontra-se relacionado com a minha prática profissional atual e reflete um problema enfrentado pela equipa, tornando-o por isso relevante para a aquisição de conhecimentos que melhorem os cuidados prestados.

Todas as atividades desenvolvidas constituíram a base do meu crescimento enquanto enfermeira especialista e mestre em enfermagem, contribuindo para a prática de uma enfermagem especializada.

Palavras-Chave: competências; enfermagem médico-cirúrgica; pessoa em situação crítica; controlo de Infeção

ABSTRACT

This report is the result of the process of acquiring knowledge and skills developed during the 16th Master's Degree course at the Portuguese Catholic University (UCP) at the Lisbon School of Nursing, to obtain a Master's Degree in Nursing, Medical-Surgical Nursing Branch, in the area of Nursing for People in Critical Situations.

It was carried out as part of the "Final Internship and Report" curricular unit, which included two internships, the first in a general emergency service and the second in a multipurpose intensive care unit.

The main objective of these internships was to develop technical-scientific, relational, ethical and deontological skills in the provision of Specialized Nursing Care to the Critically Ill Person. To this end, the ability to relate scientific evidence to practice was mobilized, resulting in the provision of specialized nursing care of excellence.

The document includes a description of the internship sites and a critical-reflective analysis of the specific competences of the nurse specializing in medical-surgical nursing in nursing the critically ill person, basing their acquisition on scientific evidence and the practice developed.

It also provides a basis for the acquisition of the Master's in Nursing competences, developed essentially by carrying out a scoping review, which made it possible to consolidate the methodology of scientific research in order to bring about change and produce evidence-based knowledge to standardize care.

The topic chosen, nursing care in the prevention of surgical site infection in kidney transplant patients, is related to my current professional practice and reflects a problem faced by the team, making it relevant for acquiring knowledge to improve the care provided.

All the activities carried out formed the basis of my growth as a specialist nurse and master in nursing, contributing to the practice of advanced nursing.

Keywords: competencies; medical-surgical nursing; critically ill person; infection control

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ADR – Área de doentes respiratórios

APA - American Psychological Association

AVC – Acidente vascular cerebral

BPS - Behavioural Pain Scale

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

ECG – Ecocardiograma

EEEMC - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica

EEMI - Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

JBH - Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PCC - População, Conceito e Contexto

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

PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI – Serviço Médico Intensivo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SR - Scoping Review

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

TSFR – Técnicas de substituição da Função Renal

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

I.	Introdução.....	8
II.	Enquadramento Teórico - Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção ao local cirúrgico em doentes transplantados renais no pré e pós-operatório.....	12
	2.1 Relação com a Teoria de Enfermagem	16
III.	Descrição dos contextos de Estágio.....	17
	3.1 Contexto de Estágio: Serviço de Urgência Geral (SUG).....	17
	3.2 Contexto de Estágio: Serviço Médico Intensivo (SMI) – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (UCI).....	19
IV.	Descrição do processo de desenvolvimento de competências.....	22
	4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	22
	a) Responsabilidade profissional, ética e legal	23
	b) Melhoria contínua da qualidade	25
	c) Gestão dos cuidados	28
	d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	31
	4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica	34
	a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.....	34
	b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica	37
	c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica	39
	4.3 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.....	40
	a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	40
	b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	46
	c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas... ..	48
	4.4 Competências de Mestre.....	51
	a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:	51

Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;.....	51
Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;.....	51
b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.....	52
d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades	53
e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.....	53
V. Conclusão.....	56
VI. Referências bibliográficas	58
VII. Bibliografia.....	65

I. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório do 3.º semestre do 16.º curso de Mestrado da Universidade Católica Portuguesa (UCP) da Escola de Enfermagem de Lisboa, para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, Ramo Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), foi proposta a elaboração de um Relatório final de estágio para demonstrar como, ao longo do percurso, foram desenvolvidas e adquiridas as competências de mestre e as definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC).

Segundo a ficha UC, esta desenvolve-se conforme o previsto na alínea b) do n.º 1 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016), inclui um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final, com uma carga horária total de 840 horas. Destas, 360 horas correspondem a horas de prática clínica nos contextos de estágio que servem como base de sustentação deste relatório, e as restantes dividem-se em horas de trabalho autónomo, orientações tutoriais e seminários. As 360 horas foram divididas entre dois contextos de estágio, com 180 horas de contacto realizadas em cada um deles, o primeiro no período de 04/09/2023 a 23/09/2023 num Serviço de Urgência Geral, e posteriormente, no período de 30/10/2023 até 16/12/2023 num Serviço Médico Intensivo (SMI), na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (UCI), ambos em hospitais na região de grande Lisboa.

A seleção dos locais de estágio, teve como base o meu percurso profissional e académico, com o intuito de procurar desenvolver as competências referentes ao grau de mestre e EEEMC na área e aperfeiçoar a prática de cuidados à PSC, para garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem especializada.

Conforme acima referido, os cuidados prestados ao longo dos estágios foram dirigidos à pessoa, adulta e idosa, em situação crítica, segundo o colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (Regulamento 429/2018, 2018) “Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma, ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Com base nesta definição, é possível inferir que o objetivo

major destes estágios foi o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais, éticas e deontológicas na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica e a atuação focou-se em

manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (...), com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 124/2011, 2011).

Quanto à motivação para a realização deste curso, desde que concluí a licenciatura e iniciei a prática profissional como enfermeira generalista, que senti a necessidade e vontade de aumentar os meus conhecimentos e atualizá-los constantemente, pelo que desde cedo que tinha o objetivo de aumentar o grau académico que detinha, respondendo também assim a um dos imperativos do Código Deontológico de Enfermagem no seu Artigo 109.º “Da excelência do exercício”. Apesar de, na prática de cuidados do meu dia a dia, na Unidade de Transplantes, não serem prestados cuidados a pessoas em situação crítica, por vezes surgem situações de agudização de doença e a necessidade de uma abordagem mais complexa e especializada, para além de que este sempre foi um ramo da enfermagem que despertou o meu interesse. Ao longo dos estágios tentei ainda fazer uma ponte com a minha prática de cuidados, local onde o controlo e prevenção de infeção têm um papel major na prestação de cuidados, e onde desempenho função de membro dinamizador do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) do meu serviço (Anexo A), e assim defini em ambos os locais objetivos relacionados com as Precauções básicas do Controlo da Infeção (PBCI) de forma a aumentar e difundir conhecimentos relacionados com esta área.

Mantendo-me fiel a esta temática decidi que o foco central do relatório deveria incidir sobre a prevenção e controlo de infeção, como tal, o trabalho de investigação abordou os cuidados de enfermagem na prevenção de infeção do local cirúrgico no transplantado renal. Este trabalho foi realizado conjuntamente com uma colega de trabalho e mestrado, pelo que decidimos explorar um tema diretamente relacionado com as atividades diárias e que visa abordar um problema enfrentado pela equipa, tornando-o por isso relevante para a aquisição de conhecimentos que possibilitem a melhoria dos cuidados prestados, sendo o objetivo *major* partilhar e difundir o conhecimento, para alterar e aprimorar as práticas baseando-as na evidência científica mais atual.

A especialização em enfermagem médico-cirúrgica, permitiu-me identificar e colmatar algumas falhas sentidas e contribuiu para alargar os meus conhecimentos teóricos e práticos e consequentemente para a minha evolução pessoal e profissional, conforme demonstrado neste relatório.

Sendo que ao longo do percurso realizado baseei-me na Teoria do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem, que destaca a importância da capacidade individual de cuidar de si como um elemento crucial na promoção da saúde (Orem, Taylor & Renpenning, 2001, 2003). Considerando que se adequa particularmente ao tema escolhido, do controlo de infeção, uma vez que desta emerge uma abordagem holística que enfatiza a responsabilidade ativa do doente acerca da própria saúde.

As PBCI representam uma parte essencial do cuidado de enfermagem, visando prevenir e controlar a infeção e garantir um ambiente seguro para doentes e familiares, bem como profissionais de saúde. Dentro do quadro teórico de Orem, os enfermeiros desempenham um papel fundamental ao orientarem os doentes/famílias sobre práticas de autocuidado, incluindo-se aqui as medidas preventivas (Orem, Taylor & Renpenning, 2001, 2003).

Assim, em consonância com a Teoria do Autocuidado, as PBCI podem ser encaradas como uma extensão do conceito de autocuidado, pois os indivíduos têm a capacidade inata de realizar ações para promover e manter a sua própria saúde, e isso alinha-se perfeitamente com a ideia de adotar medidas preventivas (Orem, Taylor & Renpenning, 2001, 2003).

Ao educar os doentes sobre as precauções básicas, os enfermeiros não apenas fornecem informações sobre práticas de prevenção de infeção, mas também capacitam os indivíduos a assumirem um papel ativo na sua saúde. Sendo que, a promoção do autocuidado, segundo a visão de Orem, contribui para a formação de uma comunidade de cuidados onde tanto doente como profissionais trabalham conjuntamente.

Em resumo, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem oferece uma estrutura conceitual valiosa para entender e promover as precauções básicas de controlo de infeção, pois ao reconhecer a capacidade do indivíduo de cuidar de si, os enfermeiros podem potencializar a adesão às práticas preventivas, fortalecendo a base para um cuidado eficaz e uma promoção duradoura da saúde.

Relativamente aos objetivos do presente relatório, defini:

- Dar a conhecer o percurso de estágio;
- Apresentar os objetivos delimitados para cada um dos contextos e como foram alcançados;

- Realizar uma reflexão crítico-reflexiva das vivências e aprendizagens adquiridas;
- Difundir o conhecimento científico para a prática promovendo a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados;
- Refletir demonstrando como a aquisição de competências de enfermeiro especialista de médico-cirúrgica e mestre em Enfermagem influenciou a minha evolução profissional e pessoal.

A realização do relatório seguiu uma metodologia descritiva e crítico reflexiva e a sua fundamentação baseia-se na evidência científica obtida através da pesquisa bibliográfica realizada.

Na sua estrutura apresenta-se dividido em seis capítulos, onde se incluem pela ordem referida: Introdução ao relatório que se irá apresentar; a seguir o capítulo do Enquadramento Teórico com o tema - Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção ao local cirúrgico em doentes transplantados renais no pré e pós-operatório; seguido da Descrição dos contextos de estágio realizados no âmbito UC incluindo as características gerais da instituição, a descrição do serviço e equipa, bem como a sua organização e funcionamento; em quarto lugar, a Descrição do processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista na área da PSC, incluindo as competências comuns de EE, as competências específicas do EEEMC e as competências do EEEMC no ramo da Enfermagem à PC, com a fundamentação dos objetivos e competências que se preconizaram para serem alcançadas no estágio, as estratégias delineadas e a análise crítica da implementação e competências desenvolvidas, bem como as suas implicações para a prática profissional e serão ainda apresentadas as competências adquiridas enquanto mestre em Enfermagem; posteriormente será apresentada uma Conclusão onde será feita uma análise transversal de todo o relatório; seguindo-se as Referências Bibliográficas e para terminar os Anexos e Apêndices onde serão incluídas pesquisas e trabalhos realizados no âmbito dos estágios e que contribuíram ativamente para o desenvolvimento e aquisição das competências pretendidas.

Este documento orienta-se pelas normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) 7.^a Edição, estando redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO AO LOCAL CIRÚRGICO EM DOENTES TRANSPLANTADOS RENAI NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

Neste capítulo do relatório será abordado o tema escolhido no âmbito da UC Estágio Final e Relatório. O trabalho de investigação realizado foi uma scoping review (SR), um tipo de evidência sintetizada que organiza, mapeia e clarifica a literatura disponível sobre um determinado conceito ou questão em contextos específicos, ou transversais e, identifica e analisa possíveis lacunas no conhecimento (Munn et al., 2022).

O objetivo definido para esta SR foi de mapear a evidência científica existente sobre a prática de cuidados de enfermagem na prevenção de infeção do local cirúrgico nos doentes transplantados renais no período pré e pós-operatório.

Nesse sentido conduziu-se uma pesquisa, após confirmação da inexistência quaisquer revisões sistemáticas atuais ou em curso sobre o tema em investigação e, seguindo a metodologia recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) procedeu-se ao início da investigação, com a definição dos critérios de elegibilidade com base na população, conceito e contexto (PCC) de acordo com *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).

Assim, consideraram-se estudos que incluíram recetores adultos e/ou idosos submetidos unicamente a transplante renal, de dador vivo ou cadáver, onde fosse abordada a prática de cuidados ao doente transplantado renal e a prevenção de infeção do local cirúrgico, englobando cuidados na área de enfermagem durante os períodos pré e pós-operatório.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013), a infeção do local cirúrgico é um problema multifatorial, podendo estar relacionada com a condição geral do doente, o tipo de procedimento cirúrgico realizado e com as características do agente patogénico envolvido. Está associada a internamentos prolongados, altas taxas de morbilidade, mortalidade e custos económicos. Calcula-se que cerca 60% das infeções do local cirúrgico “sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de feixes de intervenções” (DGS, 2022).

No caso dos doentes transplantados a taxa de incidência de infeção do local cirúrgico é entre 5% a 40% (Patel & Paya, 1997) e, no que diz respeito à população de doentes submetida a primeiro transplante renal, os números de incidência de infeção da ferida cirúrgica são de cerca de 18,5% (Ho et al., 2010).

Segundo o *National Nosocomial Surveillance System*, presente na *guideline* da *World Health Organization* (2009), o conceito de infeção do local cirúrgico divide-se em infeção incisional e de espaço/órgão. As infeções incisionais podem ser superficiais (pele e tecido subcutâneo) ou profundas (tecidos moles profundos). A infeção do local cirúrgico de espaço/órgão envolve qualquer parte da anatomia que não a incisão, aberta ou manipulada durante uma cirurgia e que ocorre no prazo de trinta dias após a cirurgia, caso não seja colocado nenhum implante, ou um ano se colocado implante permanente (WHO, 2009; ECDC, 2022).

O Instituto Português do Sangue e Transplantação (2020) define um transplante como a transferência de células, tecidos ou órgãos de um dador vivo ou cadáver para o recetor, ou de uma parte do corpo para outra, com a finalidade de repor uma função perdida.

O transplante renal é um dos tratamentos definidos para a doença renal crónica terminal (estadio V) cujo objetivo é substituir as funções renais perdidas ou que são ineficazes. Supera a hemodiálise, a diálise peritoneal e o tratamento conservador na qualidade de vida e longevidade que proporciona, bem como na sua melhor relação eficácia/custo (Silva et al., 2020). É um tratamento altamente bem-sucedido para a doença renal em fase terminal devido à evolução das técnicas cirúrgicas e avanços na terapêutica imunossupressora (Schmidt & Oberbauer, 1999). No entanto, as complicações infecciosas após o transplante renal continuam associadas a uma morbilidade significativa e a causa mais frequente de morte durante o período pós-transplante (Saad et al., 2020).

Cunha & Lemos (2020) defendem que o sucesso do transplante renal está diretamente relacionado com os cuidados pós-operatórios até ao momento da alta, prestados por uma equipa multidisciplinar na qual o enfermeiro desempenha uma função crucial, pois identifica precocemente problemas, propõe soluções e desenvolve atividades de educação para a saúde, envolvendo o doente e a sua família.

A terapêutica imunossupressora é responsável por inibir ou impedir a ativação do sistema imunitário e é habitualmente utilizada para prevenir a rejeição de órgãos transplantados ou para o tratamento de doenças inflamatórias (WHO, 2018).

Realizada a pesquisa introdutória sobre o tema, procederam-se às três etapas de pesquisa estabelecidas pelo JBI, definimos que seriam incluídos artigos em português, inglês e espanhol, e partindo das palavras-chave “*nursing care*”, “*surgical site infections*”,

“*postoperative period*”, “*preoperative period*” e “*kidney transplant*”, realizou-se uma pesquisa exploratória e limitada nas bases de dados eletrônicas: MEDLINE via Pubmed, CINAHL Complete através da plataforma EBSCOhost, Cochrane Database of Systematic Reviews e Scopus, e de modo a pesquisar estudos não publicados, na Bielefeld Academic Search Engine (BASE) e pesquisa livre.

Após a avaliação dos títulos, resumos e descritores dos artigos, leitura do texto integral dos artigos relevantes, e por fim análise das referências bibliográficas, procedeu-se à seleção daqueles que cumpriam os critérios de inclusão, excluindo os restantes. Depois desta seleção foi realizada a extração dos artigos finais a incluir na revisão, e selecionada a informação relevante sobre o PCC e principais resultados relevantes para a questão de revisão.

Procedeu-se à leitura integral dos artigos finais e à organização e sumarização pormenorizada dos dados obtidos numa tabela, em Apêndice I, validada sempre pelos dois revisores, procurando evidência científica que sustentasse a questão de investigação e, posteriormente, procedeu-se à interpretação e discussão destes resultados. Concluída a interpretação e análise, foram identificadas algumas ideias-chave que apresento seguidamente.

O transplante renal é considerado um procedimento com elevado risco de infeção por ser um procedimento limpo-contaminado, este risco pode ser minimizado com a realização de técnicas de substituição da função renal (TSFR) pré-transplante, dado que a uremia prejudica o sistema imunitário (Orlando et al., 2015).

O banho pré-operatório deve ser realizado com sabão, antimicrobiano ou não antimicrobiano (Berríos-Torres, 2017; WHO, 2018), ou com agente antisséptico pelo menos na noite anterior ao dia da cirurgia (Berríos-Torres, 2017). A DGS (2022) preconiza a realização do banho com clorexidina 2 a 4%, na noite anterior ao dia da cirurgia (12h antes) e no dia da cirurgia (pelo menos 2 horas antes), exceto se contraindicado. A mesma fonte e a WHO (2018) não recomendam a realização da tricotomia por rotina, somente quando estritamente necessário. A *guideline* apresentada pelo *Centers for Disease Control and Prevention* refere que o controlo glicémico deve ser implementado no período perioperatório, sendo corroborado pela DGS (2022), bem como a importância da normotermia.

Frenette et al. (2016) verificaram, no decorrer do estudo que realizaram, que a utilização de imunossupressão não apresenta impacto nas taxas de infeção do local cirúrgico.

Os resultados do estudo dirigido por Orlando et al. (2015) evidenciaram que a profilaxia antibiótica pré-operatória de dose única, 30 minutos antes da incisão, é igualmente eficaz quando comparada com a dose múltipla. Em Portugal, a Norma da DGS n.º 031/2013

preconiza a administração de cefazolina 2 gramas em dose única, 60 minutos antes da incisão cirúrgica e, caso a duração da intervenção seja superior a 4 horas, repicar com 1 grama, nos recetores adultos de transplante renal (DGS, 2022).

Segundo as *guidelines* estabelecidas pela WHO (2018), deve-se avaliar e tratar adequadamente as feridas cirúrgicas e utilizar pensos simples. A norma da DGS (2022) preconiza a utilização de técnica asséptica, sendo que nesta intervenção inclui-se a indicação para a higienização das mãos antes e após realização do penso, a inclusão da técnica *no touch* para mudar ou remover os pensos de ferida cirúrgica e garantir que o penso é mantido durante pelo menos 48 horas após a cirurgia.

Os autores Almaghrabi et al. (2021) identificaram que o uso rigoroso da máscara cirúrgica e a higienização das mãos, bem como a limitação do número de visitas, testados durante a pandemia COVID-19, contribuíram para a diminuição das taxas de infeção do local cirúrgico.

Frenette et al. (2016) realça a importância da intervenção do enfermeiro ao avaliar cuidadosamente todos os doentes e ser responsável pela notificação da infeção do local cirúrgico.

Finalizando, a DGS (2022) aconselha em todas as fases dos cuidados a transmissão de informação acerca dos cuidados que o doente e cuidadores devem ter com a ferida cirúrgica. Através destes resultados obtidos, concluímos que os transplantados renais devem ser reconhecidos como população de alto risco, pelo que as medidas de controlo e prevenção de infeção no período pré e pós-transplante são imperativas para que todo o processo relacionado com o transplante ocorra com sucesso.

Identificámos como áreas de foco, na prática de enfermagem: a colheita de dados feita ao recetor de modo a identificar potenciais riscos de infeção; a utilização de terapêutica imunossupressora e de antibioterapia profilática, sendo essencial reformular as diretrizes para a profilaxia antibiótica perioperatória dado que a literatura existente é incongruente e carece de investigação; o uso consistente de uma técnica esterilizada nos cuidados ao doente transplantado durante o período pré e pós-operatório; a vacinação prévia ao transplante; bem como a necessidade emergente do aumento das notificações, pela equipa de enfermagem, relacionadas com este evento adverso.

Esperamos demonstrar a importância do tema e alertar para a necessidade de aumentar a produção científica nesta área de conhecimento, utilizando esta pesquisa como ferramenta para posterior produção de estudos no âmbito da atuação da enfermagem na prevenção de infeção do local cirúrgico em doentes transplantados renais.

2.1 Relação com a Teoria de Enfermagem

Relativamente à relação do tema escolhido com a teórica de enfermagem que acompanhou a minha evolução e percurso, Dorothea Orem, a sua teoria pode ser aplicada de maneira eficaz acerca do tema de prevenção de ILC.

A autodeterminação para a recuperação, é central, defendendo o direito do doente em participar nas decisões da sua própria saúde e enfatizando a capacidade intrínseca que cada um tem para cuidar de si, nesse contexto, faz parte do papel do enfermeiro capacitar os doentes a terem uma atuação na prevenção de infeções cirúrgicas, isso pode traduzir-se num consentimento informado que garanta a compreensão dos riscos, a escolha informada de procedimentos cirúrgicos e a colaboração ativa dos intervenientes no período perioperatório, realizando ensinamentos sobre a higiene pré-operatória e a adesão às recomendações pós-cirúrgicas, essenciais ao transplantado renal (Orem, Taylor & Renpenning, 2001, 2003).

Também a capacidade de Autoavaliação poderá ser determinante, pois é possível realizar ensinamentos ao transplantado de forma que este identifique, numa fase precoce, sinais e sintomas de infeção e de rejeição do enxerto, procurando ajuda diferenciada atempadamente (Orem, Taylor & Renpenning, 2001, 2003).

Neste processo de adaptação à nova condição de saúde é experienciada uma fase de transição, o transplante é uma experiência transicional com relevância para a prestação de cuidados de enfermagem pelos riscos potenciais que pode acarretar. Isto porque, representa a mudança de uma condição de sofrimento e ameaça à vida para uma situação mais saudável, ou seja, é vivida uma transição de saúde/doença, conforme Afaf Meleis descreve na sua Teoria das Transições Humanas (Meleis et al., 2000).

Assim a relevância do EE evidencia-se enquanto educadores, transmitindo conhecimentos e habilidades que promovam uma gestão adequada do autocuidado e do regime terapêutico, de forma a diminuir o risco de rejeição do órgão, bem como a mobilização ou criação de estratégias facilitadoras desta transição de saúde-doença (Mota, Rodrigues & Pereira, 2011) e o estabelecimento de uma relação de confiança, recorrendo a estratégias de *coping*, para que o doente se sinta envolvido e à vontade para partilhar as suas inseguranças e dúvidas (Meleis et al., 2000).

A Teoria do Autocuidado de Orem (Orem, Taylor & Renpenning, 2001, 2003), destaca ainda a importância da adesão a protocolos de prevenção de infeções, conforme demonstrado no trabalho de investigação previamente apresentado.

Ao integrar os princípios da Teoria do Autocuidado e das Transições no contexto da prevenção de infeções cirúrgicas é promovida a realização de uma abordagem holística.

III. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Conforme referido anteriormente, neste capítulo do relatório será realizada uma descrição dos locais onde foram realizados os estágios que fizeram parte da UC “Estágio final e Relatório”.

Os locais abaixo apresentados, foram selecionados para dar resposta ao descrito da ficha da UC “O estudante realiza o estágio em serviços de reconhecida qualidade, que ofereçam oportunidades de aprendizagem para a concretização do seu projeto individual (...) será realizado em serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos (polivalentes) (...) (UCP, 2021), bem como, ao que é defendido por Benner (2001), de que a perícia profissional é conseguida mediante uma aprendizagem experimental e que se verifica através da prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

3.1 Contexto de Estágio: Serviço de Urgência Geral (SUG)

O hospital onde se realizou o primeiro estágio tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com os demais Hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2022).

Integra uma Urgência Médico-Cirúrgica, constituída pela Urgência Geral, Urgência de Obstetrícia e de Ginecologia, Urgência de Pediatria e um Serviço de Urgência Básica.

Fisicamente o SUG integra várias áreas distintas, à entrada o doente, previamente admitido para episódio de urgência, segue para a zona de triagem onde existem dois postos fixos e um terceiro adicional, que só é aberto quando o enfermeiro responsável verifica que estão prestes a ser ultrapassados os tempos alvo previstos de atendimento pelo Protocolo de Triagem de Manchester.

Realizada a classificação de risco, o doente deve ser encaminhado no serviço de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, de modo a garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, em tempo clinicamente aceitável (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Existe uma sala de reanimação, com capacidade máxima de três vagas, para onde são encaminhados os doentes emergentes, até que sejam estabilizados e reúnam condições para serem transferidos para outro local adequado à sua situação atual.

Relativamente aos internamentos de curta duração, usualmente chamados SO (sala de observação), existem seis no total. O SO1, SO2 e SO3 têm capacidade para oito doentes, o SO4 até catorze doentes, o SO5 até dezoito doentes e o SO6 até dez doentes, sendo destinados a doentes estáveis, cujas necessidades podem ser satisfeitas numa enfermaria hospitalar, com critérios de internamento e expectativa de manutenção no SUG superior a 24 horas. Nesta zona existem ainda dois quartos de pressão negativa para doentes que necessitem de isolamento, cada um deles com capacidade para dois doentes. Devido à Pandemia COVID-19 foi ainda criada uma zona ADR (área de doentes respiratórios), que neste momento é comumente utilizado como SO para doentes COVID-19 positivo a aguardar vaga de internamento.

Existe também a zona do balcão com a totalidade de onze boxes (a box 10 de isolamento) onde são alocados doentes em maca com necessidade de vigilância, monitorização continua de sinais vitais ou aporte suplementar de oxigénio. A box 1 pertence ao ECG. No mesmo espaço físico há a sala designada de Inalatórios, onde se encontram doentes com a mesma necessidade de cuidados, mas que consigam permanecer em cadeirão/cadeira de rodas.

É neste mesmo espaço que se encontra a coordenação da área médica, com um balcão de atendimento e gabinetes médicos.

Para doentes sem necessidade de vigilância e supervisão, mas com mobilidade reduzida, maior grau de dependência ou incapacidade transitória, existe uma sala de espera de macas. Esta urgência inclui ainda uma vertente cirúrgica, tendo dois postos de cirurgia e ortopedia, que dão apoio a doentes do foro cirúrgico e ortopédico.

Dá, igualmente, suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC e Via Verde Sépsis.

Relativamente à distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho, ficam dois enfermeiros responsáveis pela triagem de doentes, nos SO ficam distribuídos oito enfermeiros tendo em conta a quantidade e complexidade dos doentes em cada uma das salas e no SO ADR é alocado um enfermeiro. Para a sala de reanimação existe um enfermeiro responsável, sendo por vezes mobilizados elementos em caso ocorrências simultâneas. Ficam distribuídos dois enfermeiros para a prestação de cuidados aos doentes da sala de espera de macas e doentes autónomos e na zona de Boxes e Inalatórios dois enfermeiros

(Balcão), cada um deles para um dos setores e colaboram na prestação de cuidados aos doentes autónomos. Existe ainda o posto de enfermeiro coordenador.

Em todos os turnos, está presente um chefe de equipa de enfermagem e nos turnos da manhã e da tarde existe ainda a função de enfermeiro responsável, desempenhada por uma equipa de um até três enfermeiros, que se ocupam da gestão do serviço e que colaboram com os colegas nos postos da urgência que necessitem de apoio e reforço de recursos.

O bom desempenho do Serviço de Urgência Geral depende da colaboração de toda a equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro desempenha um papel fundamental.

3.2 Contexto de Estágio: Serviço Médico Intensivo (SMI) – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (UCI)

O hospital onde se realizou o segundo estágio, é um hospital público, integrado no SNS e tem como missão a prestação de cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, baseando-se nos princípios da eficácia, qualidade e eficiência, contribui para o desenvolvimento da investigação e formação de profissionais na sua área de atividade (SNS, 2022).

O serviço onde se realizou o estágio faz parte da área de Medicina Intensiva “(...) que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Ordem dos Médicos, 2007), sendo estes cuidados prestados na Unidade de Cuidados Intensivos e na Unidade de Cuidados Intermédios, ambos integrados num único serviço com partilha de espaço físico e de equipa multidisciplinar.

Esta é uma unidade polivalente pois está vocacionada para o atendimento de doentes com diversas patologias e diferentes tipologias, e permite ainda a realização de diferentes tratamentos.

Quanto à organização física do espaço, esta unidade de cuidados intensivos é composta por unidades individuais, permitindo uma maior privacidade e conforto para o doente e sua família e reduzindo a probabilidade de infeção cruzada. Inclui dez camas, organizadas em boxes individuais, todas elas semelhantes em termos de disposição e equipamento disponível, incluindo a possibilidade de realização de TSFR. Existem ainda duas boxes com capacidade para isolamento de gotículas, tendo integrada uma adufa e equipamento que permite pressão negativa, nas boxes 5 e 6.

Existe no mesmo espaço físico uma sala de preparação de terapêutica, um armazém de consumíveis, uma sala de pausa de enfermagem e um balcão de enfermagem, localizado no centro da unidade, onde existem monitores que permitem a vigilância dos doentes, uma vez que estão conectados aos monitores de cada uma das boxes, uma sala de limpos e uma sala de sujos.

Nos corredores de acesso entre a UCI e a unidade de cuidados intermédios existem a sala dos médicos do serviço, o gabinete do enfermeiro chefe, o gabinete do diretor clínico, os balneários e outras salas de armazenamento de equipamento e consumíveis.

Na unidade de cuidados intermédios, a organização física é semelhante, sendo composta igualmente por unidades individuais, existindo neste caso doze boxes, sendo que duas delas são de isolamento com adufa e capacidade para pressão negativa. No caso destas boxes, apenas quatro delas comportam a possibilidade de realização de TSFR.

O espaço inclui ainda um balcão de enfermagem localizado na zona central da sala, um banho assistido, uma sala de limpos e outra de sujos, uma sala de pausa, uma sala de preparação de terapêutica, um armazém de consumíveis e uma sala com equipamentos, onde existe a possibilidade de realização de TSFR de urgência, a doentes externos ao serviço, após encerramento da sala de hemodiálise do hospital.

É ainda este o serviço que assegura a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEMI), assegurando os cuidados em situações de paragem cardíaca eminente ou estabelecida, bem como de deterioração dos parâmetros vitais.

Relativamente à organização das camas, tendo em conta o paradigma europeu é comum estabelecer três níveis, consoante o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis (Penedo, Ribeiro, Lopes, Pimentel, Pedrosa, Vasconcelos e Sá & Moreno, 2013). Nesta UCI, os três níveis coexistem na mesma unidade hospitalar.

Existe o nível I, onde normalmente é realizada a monitorização não invasiva de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão, tem ainda a capacidade de assegurar manobras de reanimação e faz articulação com outras unidades de nível superior. É também designada por Unidade de Cuidados Intermédios, pelo que são doze camas desta tipologia (Penedo, Ribeiro, Lopes, Pimentel, Pedrosa, Vasconcelos e Sá & Moreno, 2013).

No caso do Nível II, existe a capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, conforme tem sido tendência, neste serviço este nível está fundido funcionalmente, ou seja, trabalha integrado com o nível III, onde existem equipas funcionalmente dedicadas (médica - intensivista, em presença física nas 24 horas e de enfermagem), pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, deve dispor

ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos e é exigida a sua existência hospitais com Urgência Polivalente (Penedo, Ribeiro, Lopes, Pimentel, Pedrosa, Vasconcelos e Sá & Moreno, 2013). Conforme as características mencionadas, o serviço onde se realizou o estágio apresenta dez camas com esta tipologia.

Relativamente à distribuição do número de enfermeiros, o número de elementos em cada turno é ajustado tendo em conta o número de doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos e na unidade de cuidados intermédios, para assegurar a dotação segura de enfermeiros designada pela OE. Geralmente, na unidade de cuidados intensivos estão escalados no turno da manhã, seis enfermeiros e, no turno da noite, quatro enfermeiros.

Na unidade de cuidados intermédios, no turno da manhã 4 enfermeiros e, no turno da noite três enfermeiros. Em todos os turnos, está presente um chefe de equipa de enfermagem e no turno da manhã existe ainda a função de enfermeiro responsável, que se ocupa da gestão do serviço, colaborando com o enfermeiro-chefe e assume função na equipa de EEMI.

O bom desempenho do serviço de medicina intensiva depende da colaboração da sua equipa multidisciplinar, onde se incluem os enfermeiros.

IV. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Conforme descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. (Regulamento 140/2019, 2019)

Assim, com o intuito de dar resposta a esta exigência profissional, neste capítulo será realizada uma descrição do processo de aquisição de competências ao longo do percurso do curso de Mestrado, com a fundamentação dos objetivos e competências que se preconizaram para serem alcançadas no estágio, as estratégias delineadas e a análise crítica da implementação e competências desenvolvidas, bem como as suas implicações para a prática profissional.

As competências serão exploradas das mais abrangentes para as mais específicas iniciando-se com a abordagem às competências comuns do EE, seguindo-se as competências específicas do EEEMC e terminando com as competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC. Serão igualmente abordadas do mesmo modo, as competências de Mestre em Enfermagem.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros define o EE como “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (Regulamento 140/2019, 2019). Estas competências envolvem várias dimensões da prestação de cuidados, nomeadamente, as dimensões da educação dos doentes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança. Inclui ainda a responsabilidade de disseminar e conduzir investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua os conhecimentos e prática da enfermagem.

Abaixo serão explorados cada um dos domínios das competências comuns do Enfermeiro especialista, fundamentando de que forma o percurso realizado permitiu a sua aquisição.

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são os seguintes:

a) Responsabilidade profissional, ética e legal

A profissão de enfermagem encontra a sua prática regulada por vários documentos, entre eles o código deontológico, a sua importância prende-se com o facto que o

(...) Código Deontológico é um pilar essencial para a prática dos enfermeiros portugueses. Nele se anunciam os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assumiu. (Maria Augusta Sousa, 2005)

O Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019) atribui as seguintes competências ao EE, no presente domínio: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Durante toda a prática de cuidados, o respeito pelo doente e a sua família sempre foram uma preocupação central, devendo o enfermeiro atuar como “advogado do doente” zelando pelo seu melhor interesse e esse sempre foi o meu foco na prestação de cuidados. Bem como a garantia do respeito pelos direitos e deveres do doente, explícitos na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, pelos direitos humanos, na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, e pelos direitos fundamentais na Constituição da República Portuguesa. Relativamente à aplicabilidade deste domínio durante os estágios realizados é transversal a ambos, por estar implícito em toda a prestação de cuidados de enfermagem, sendo possível, no entanto, diferenciar algumas áreas com maior evidência em cada um dos contextos.

Em ambos os contextos, foi definido um mesmo indicador de resultado de alcance do objetivo específico que procurou dar resposta a esta competência, sendo o mesmo: Agir de forma integrada junto da pessoa em situação crítica/família, tendo em conta a evidência científica, o código deontológico dos enfermeiros e os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

No primeiro contexto, o SUG, este indicador de resultado, em conjunto com outros definidos, procurou dar resposta ao alcance do objetivo específico: Desenvolver competências teóricas e técnicas que permitam uma prática de cuidados de enfermagem

especializados, à pessoa em situação crítica e família, no Serviço de Urgência Geral. Este contexto é um local bastante rico em termos de análise e reflexão relativamente aos domínios éticos e deontológicos que a prática de cuidados tem intrínseca.

Quanto aos princípios éticos em cuidados de saúde, da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia, todos eles foram respeitados nos cuidados observados e/ou prestados. Sendo que, por vezes, o respeito pela autonomia enquanto respeito pela liberdade de ação é neste contexto um pouco descurado já que existe uma abundância de doentes cuja capacidade de compreensão do estado de saúde é reduzida ou inexistente, impossibilitando a livre escolha e o consentimento informado na aceitação ou recusa do tratamento, sendo a equipa de saúde a decidir, ou se presentes os familiares. Tendo esta perceção, no decorrer do estágio, tive como preocupação constante, garantir uma correta e eficaz comunicação, de forma que a informação fosse transmitida e pudesse ser estabelecida uma relação de confiança, procurando ultrapassar barreiras culturais e linguísticas. Foi sempre realizada a validação da compreensão das informações transmitidas e esclarecidas dúvidas, reformulando e adequando o tipo de comunicação ao doente e família em questão, bem como à situação de saúde vivida, promovendo a decisão autónoma e esclarecida e garantindo o sigilo profissional, procurando agir segundo os artigos 105.º e 106.º do Código Deontológico.

No contexto de SU, existe ainda a situação dos doentes psiquiátricos considerados como doentes de risco, que apesar de ainda não estarem sob internamento compulsivo, têm recusada a liberdade de abandono da urgência devido ao risco de comportamentos auto e/ou heteroagressivos, neste caso apesar de o princípio da liberdade e autonomia estar limitado, deve-se à sobreposição da beneficência ou não maleficência, ou seja, o risco do abandono e consequente falta de vigilância e cuidados a esta tipologia de doentes para si e para os outros é sobreposto à privação da liberdade de decisão deste doente de forma justificada.

Uma dificuldade com a qual me deparei durante o estágio no SUG foi em assegurar o cumprimento do Artigo 107.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o qual refere a obrigação do respeito e salvaguarda da intimidade do doente, devido às condições físicas existentes no espaço do SU que o dificultam, no entanto, esta foi uma preocupação constante e foi sempre assegurada a manutenção da privacidade e consequente dignidade do doente.

De facto, a garantia da dignidade dos doentes no SUG é um desafio para os profissionais que lá trabalham, devido às condições do espaço, mas muitas vezes também devido à situação de doença do próprio doente e à necessidade de atuação imediata, enquanto estudante tentei com todos recursos ao meu alcance garantir sempre a manutenção da privacidade e dignidade

do doente e percecionei que existe essa preocupação e esforço de toda a equipa multidisciplinar, procurando agilizar os recursos físicos e materiais para tal.

Relativamente ao segundo contexto de estágio, na UCI polivalente, neste local o indicador de resultado procurou dar resposta ao objetivo: Desenvolver competências teóricas e técnicas que permitam uma prática de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa em situação crítica e família, numa Unidade de Cuidados Intensivos. Também neste local foram observados cuidados de saúde prestados à PSC, sempre tendo por base o respeito pelos princípios e valores éticos, deontológicos e legais.

A dificuldade referida no SUG foi ultrapassada, uma vez que a privacidade do doente estava completamente assegurada neste local, devido à existência de unidades individuais.

No entanto, em semelhança ao SUG, também no SMI a existência de comunicação com os doentes e família dependia, muitas vezes, da sua solicitação. Por este motivo, preocupei-me ao longo do estágio em estabelecer uma relação de ajuda com os doentes e/ou famílias, mantendo uma comunicação adequada a cada situação, potenciando a compreensão do estado de saúde e prestando apoio emocional na comunicação de más notícias.

Analisando o percurso realizado ao longo destes dois contextos de estágio, considero que atingi este domínio e adquiri as competências esperadas, participando na tomada de decisões e desenvolvendo uma prática profissional, fundamentada nos princípios éticos e legais, valores e normas deontológicas, tendo por base a evidência científica e as responsabilidades profissionais e sociais e garantindo que foram respeitados os direitos humanos, a segurança nos cuidados e a privacidade e dignidade dos doentes, nos locais onde desempenhei funções de estudante de especialidade integrante na equipa multidisciplinar e fazendo uma análise crítica e reflexiva das ponderações e situações observadas partilhando-o com os pares e dando sugestões de melhoria.

Também na realização deste relatório foram tidos em consideração os aspetos éticos e deontológicos, estando garantido o respeito pelos direitos de autor assegurados pela correta citação. Foi igualmente assegurado o sigilo e confidencialidade durante a redação do texto, não existindo identificação de nenhum cliente, serviço ou instituição.

b) Melhoria contínua da qualidade

Conforme enunciado no Artigo 109.º “Da excelência do exercício” do Código Deontológico, todos os enfermeiros devem procurar atingir a excelência dos cuidados prestados, o que culmina numa busca constante pela atualização do saber, investindo na formação

profissional com o intuito de ter a melhor fundamentação científica ao dispor, bem como o aprimoramento das competências técnicas. Isto associado ao desenvolvimento das competências sociais e humanas, estabelecendo uma relação terapêutica baseada na confiança e empatia. Consiste ainda na procura de eventuais falhas e correção de atitudes de forma que possam ser colmatadas, adequando a prestação de cuidados a cada um, permitindo a prática de um cuidado individualizado e holístico.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), existem ainda seis categorias que se devem garantir para que os cuidados prestados sejam considerados de qualidade, entre eles a procura permanente da excelência no exercício profissional para que o doente atinja os mais elevados níveis de satisfação, obtidos através do respeito pelas crenças, valores e vontade expressa do doente, bem como pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de parceria e envolvimento do próprio e pessoas significativas permitindo que sejam realizadas transições de forma saudável e eficaz. A promoção da saúde é outra das categorias, sendo que o enfermeiro deve ajudar os doentes a alcançarem o máximo potencial de saúde, identificando os recursos disponíveis, promovendo atitudes e estilos de vida saudáveis e realizando ensinamentos que capacitem o doente e a sua família na gestão da doença. A prevenção de complicações de saúde, fazendo uma rápida e atempada identificação de potenciais problemas, permitindo evitá-los ou minimizando os seus efeitos e referenciando os doentes, quando adequado. Deve ainda maximizar o bem-estar e suplementar ou complementar as atividades de vida diárias em que exista algum grau de dependência, delegando tarefas adequadas e trabalhando conjuntamente com o doente de forma a desenvolver processos eficazes de readaptação funcional, recorrendo a processos de planeamento da alta. E por fim, o contributo do enfermeiro na organização dos cuidados de enfermagem, recorrendo a um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem, realizando registos claros e concisos e promovendo a formação contínua e a atualização dos conhecimentos fomentando o desenvolvimento da profissão.

Dentro da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a segurança do doente desempenha um papel central, estando incluída na Lei de Bases da Saúde, e existindo a criação de programas de melhoria da qualidade onde se inclui o Plano Nacional para a Segurança do Doentes (PNSD). Encontra-se atualmente em vigor o PNSD 2021-2026, cujo objetivo é consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021, 2021, pp. 99-103).

Durante o estágio em contexto de urgência, foi-me possível testemunhar uma situação onde a segurança do doente foi comprometida. Existindo prescrição médica de um antibiótico a um doente com uma alergia documentada à substância ativa, foi realizada a administração pelo enfermeiro, em sala de tratamentos, sem deteção do erro e sem aparente reação imediata do doente. Minutos depois, a enfermeira orientadora que se encontrava de coordenação do balcão visualizou a ficha de episódio de urgência do doente e detetou o erro, abordou o colega que confirmou a administração do fármaco e advertiu-o para a validação das alergias do doente, e também o médico alertando-o para a necessidade de confirmação de alergias do doente aquando da prescrição, e foi chamado novamente o doente que se mantinha aparentemente sem reação ao fármaco, mas que recebeu terapêutica anti-histamínica como prevenção. Neste caso existiu incumprimento de dois dos doze certos da preparação e administração de terapêutica, sendo eles o 2º certo “medicamento certo” e o 9º certo “alergia validada” (CHULC, 2018). É de salientar que no SUG existe uma grande preocupação por parte da equipa de enfermagem de confirmar os doze certos da administração de terapêutica, uma vez que devido ao elevado fluxo de doentes e às condições físicas onde são prestados cuidados, o risco para a segurança do doente aumenta consideravelmente. Durante este estágio a preocupação com a correta identificação do doente e confirmação dos doze certos na administração de terapêutica foi uma constante.

Na prática de cuidados procurei em ambos os estágios manusear os equipamentos e materiais de forma correta, conhecer a medicação mais utilizada no serviço e ainda as normas e protocolos de atuação existentes em cada um dos locais.

Neste domínio, propus-me a desenvolver competências com as quais trabalho diariamente, relacionadas com a prevenção e controlo das IACS, dirigindo-as à PSC e, conseqüente adequação à complexidade das situações de saúde e necessidade de rápida resposta.

Para aumentar o meu conhecimento nesta área consultei as normas e protocolos existentes em cada instituição, relacionadas com o controlo de infeção e atuei conforme as boas práticas para prevenção e controlo das IACS. Foram ainda atingidos com sucesso os objetivos relacionados com este domínio, tendo estes sido respetivamente para o SUG e SMI:

Compreender a importância da prevenção das IACS na prestação de cuidados no Serviço de Urgência; Compreender a importância da prevenção das IACS na prestação de cuidados no Serviço de Medicina Intensiva.

Ainda no SU foi verificada a inexistência de meios de divulgação e orientação de práticas de prevenção e controlo das IACS em certos locais do serviço, como no SO, e considerei que noutros locais, como na zona do balcão e sala de reanimação, deveriam existir mais

indicações. Foram realizadas sugestões de inclusão de novos meios, como pôsteres adequados a cada localização e a utilização de panfletos de ensino aos doentes e família, à enfermeira orientadora e foram partilhadas com os membros dinamizadores do PPCIRA do serviço, ficando em análise e não sendo possível até ao final do estágio aferir acerca da sua execução.

Em suma, dentro deste domínio considero que foram atingidas as competências definidas garantindo um papel dinamizador, mobilizando conhecimentos e habilidades previamente adquiridas, fazendo a análise crítica do ambiente de segurança e qualidade de cuidados que se vivem em cada um dos locais, identificando oportunidades de melhoria e seleccionando estratégias para o seu desenvolvimento, partilhando-as e fomentando a sua prática contactando com os elementos adequados do serviço. Promovendo um ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível, garantindo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

c) Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados em enfermagem implica uma abordagem abrangente, a OE (2019) considera que o enfermeiro especialista “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e os seus colaboradores” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.”

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (1996) no Artigo 9.º referente às “Intervenções dos enfermeiros” no n.º 4 alínea b), o enfermeiro inclui nas suas intervenções a decisão e gestão relativamente às componentes técnicas, físicas e materiais da prestação dos cuidados. Realizando a adequação dos recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos a que o doente seja sujeito, desempenhando um papel como elemento central na gestão de recursos materiais e humanos do seu serviço.

Pode-se definir a gestão de recursos materiais em saúde como

o conjunto de práticas que assegurem materiais em quantidade e qualidade de modo que os profissionais possam desenvolver seu trabalho sem correr riscos e sem colocar em risco os usuários dos serviços. Tendo em vista a garantia da continuidade da assistência com qualidade e a um menor custo (Castilho & Gonçalves, 2010).

ou seja, esta capacidade é importante para garantir a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde e o correto funcionamento dos serviços e instituições de saúde.

Relativamente à gestão de recursos humanos, o enfermeiro desempenha também um papel de relevância, uma vez que as funções de chefia de enfermagem fazem a gestão da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais que operam no seu serviço. Além disso, existem cargos de coordenação, gestão dos recursos humanos e distribuição de doentes desempenhados por enfermeiros, em cada serviço e assegurados em todos os turnos.

No caso no SUG, existe a função de enfermeiro coordenador, prestando apoio ao enfermeiro-chefe nas suas funções. Em todos os turnos, está presente um chefe de equipa de enfermagem, responsável pela distribuição dos elementos pelos postos de trabalho, e nos turnos da manhã e da tarde existe ainda a função de enfermeiro responsável, desempenhada por 1 a 3 enfermeiros, que se ocupam da gestão do serviço e de vagas e colaboram nos postos da urgência que necessitem de apoio e reforço de recursos.

Já no SMI, em todos os turnos, está presente um chefe de equipa de enfermagem, responsável pela distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho e pela coordenação da equipa de enfermagem, apoio na prestação de cuidados, gestão de vagas e elemento da equipa de EEMI nos turnos da tarde e noite. No turno da manhã existe ainda a função de enfermeiro responsável, que se ocupa da gestão do serviço, colaborando com o enfermeiro-chefe no desempenho das suas funções e assume função na equipa de EEMI.

Em ambos os locais de estágio consegui compreender a importância de uma boa liderança em situações críticas e emergentes e a sua influência no *outcome* e gestão do *stress* da equipa. A habilidade de liderança no enfermeiro é desenvolvida de forma quase inevitável conjuntamente com a essência do cuidado ao outro, sendo que se considera um líder aquele que serve como exemplo e inspiração aos demais membros da equipa de enfermagem (Sousa & Barroso, 2009). Segundo o *International Council of Nurses* em 2021, a liderança inclui a direção e orientação de pares, a tomada de decisão, resolução de conflitos, articulação de saberes profissionais, capacidade comunicacional e de relações interpessoais, organização e planeamento dos processos de trabalho e a criação de um ambiente e de condições para o desenvolvimento contínuo dos profissionais e consequente prestação de cuidados com maior qualidade e segurança. Havendo então uma boa liderança, por parte de um líder eficaz, há uma grande satisfação profissional, o que resulta em melhores cuidados de saúde prestados (Fradique & Mendes, 2013)

Quanto à dotação em enfermagem, conforme no Regulamento n.º 743/2019 da OE, é necessária a existência de um modelo de prestação de cuidados que garanta a adequação dos

recursos humanos “garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais” (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Para além dos rácios adequados relativamente ao número de enfermeiros, o seu grau de competências também tem relevância, demonstrando a necessidade da inclusão de EE nas equipas multidisciplinares. Demonstrado no artigo 21.º, do Despacho n.º 10319/2014 (2014): “os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” e “Na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.” o que nem sempre foi observado nos contextos de estágio e, o rácio enfermeiro/doente, no SMI não cumpre as recomendações da OE (2019) presentes no Regulamento 743/2019 (2019) de um rácio de 1:1.

Analisando estes dados, verifico que, tanto no SUG como no SMI, a carga excessiva de trabalho é geradora de stress, o que pode colocar em risco a capacidade de prestar cuidados de qualidade e em segurança.

Ainda no âmbito da gestão dos cuidados verifiquei que enquanto EE a delegação de tarefas tem um papel bastante presente no dia a dia, uma vez que, tratando-se de um elemento da equipa de enfermagem com competências avançadas, existe a necessidade de delegação de algumas tarefas aos colegas e restante equipa multidisciplinar para poder estar disponível e desempenhar intervenções que são da sua competência, tal como descrito no Artigo 10.º do REPE (1996).

Como contributo para o meu futuro enquanto profissional destaco o facto de estar mais sensível à questão da gestão de recursos materiais e humanos, tendo *inclusive* realizado uma reflexão dirigida ao tema encontrado em Apêndice II. Como tal, considero que ao longo do percurso de estágio foram adquiridas e desenvolvidas as competências de gestão dos cuidados, otimizando as respostas da equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, bem como a capacidade de identificação dos recursos adequados às necessidades da situação e o estilo de liderança mais adequado ao local e clima organizacional para obter o melhor *outcome*.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Esta competência de EE reflete-se através da construção e desempenho do seu papel, estando relacionado não só com a aptidão profissional, mas também com o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e humanas.

Leung (2013) afirma que o desenvolvimento pessoal é o pilar da aprendizagem e, consequentemente, essência da realização académica e profissional, isto porque, a aprendizagem é o desenvolvimento do indivíduo enquanto este interage com o contexto envolvente.

O enfermeiro sendo “gente que cuida de gente”, pelas palavras de Wanda Horta (1981), enfrenta uma série de desafios complexos relacionados com o desempenho da prestação de cuidados e com a construção do papel de enfermeiro, este é um processo que implica um grande trabalho individual. É um processo de aprendizagem complexo que resulta na maioria da interação com o outro, assentando nas relações entre pares e na relação terapêutica.

A relação terapêutica é central nesta aquisição e construção do “eu enfermeiro”, pois todos os intervenientes de uma relação terapêutica participam nela enquanto pessoas e experienciam-no enquanto tal, havendo uma influência da forma relacional utilizada e da afetividade pessoal na resposta aos doentes. (Orlinsky et al., 2005)

Com a realização do mestrado, este é um domínio chave, uma vez que ao ingressar nesta nova etapa pretendia desenvolver as minhas aptidões profissionais e, neste caso, direccionar para a vertente médico-cirúrgica no ramo do cuidado à PSC.

Para adquirir algumas das competências necessárias à prestação de cuidados à PSC e desenvolver outras, apliquei os conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica, observei a atuação dos EE nos contextos de estágio, dialoguei com diferentes membros da equipa multidisciplinar acerca da atuação em determinadas situações, procurei explorar e conhecer normas e protocolos de atuação preconizadas na instituição, demonstrei consciência crítica e capacidade analítica e reflexiva acerca dos cuidados multidisciplinares observados durante os estágios, realizei pesquisa bibliográfica extensa e dirigida aos temas que considerei essenciais para o bom desempenho da minha prática de cuidados e mobilizei diferentes fontes de conhecimento para uma melhor prática.

No contexto do SUG explorei uma vertente da prestação de cuidados com a qual nunca tinha tido experiência e demonstrou-se bastante enriquecedor, tive oportunidade de passar em todos os postos do SU, à exceção da triagem, sendo que foi na sala de reanimação que realizei grande parte das horas de contacto e foi sem dúvida a zona que mais me cativou, devido à sua dinâmica característica *inclusive* incluída num dos objetivos específicos do projeto de

estágio do SU: Desenvolver capacidades teóricas de suporte à prática de cuidados ao doente emergente, de forma a colaborar ativamente nos cuidados prestados na sala de reanimação. Para atingir este objetivo inicialmente observei a atuação da equipa de reanimação, conheci o material utilizado de forma frequente neste ambiente e as normas e protocolos vigentes, realizei pesquisa dirigida às situações de saúde mais comuns de surgirem, tendo neste âmbito realizado uma ficha de leitura relacionada com a administração de Alteplase devido à afluência de situações de via verde AVC (Apêndice III), e com a vigilância e supervisão da enfermeira orientadora prestei cuidados especializados aos doentes.

Conforme o Despacho n.º 10319/2014, artigo 21.º (2014), é requerido que “os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência (...) sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” demonstrativo da importância da qualificação EE com competências avançadas que permitem a qualidade e rapidez de atuação de forma coordenada e sincronizada.

Na chegada à urgência a primeira avaliação realizada ao doente é por um enfermeiro, sendo de extrema importância que esta seja completa e rápida, sendo a utilização da metodologia ABCDE a mais frequente. Embora já conhecesse esta metodologia a sua utilização não era habitual, neste contexto foi prática frequente e ajudou-me a refletir e identificar as prioridades na abordagem à PSC e desta forma atuar rápida e eficazmente. Pude ainda observar e participar, no SUG, na realização do transporte secundário de doente crítico intra e inter-hospitalar, permitindo-me conhecer e manipular o equipamento adequado, conhecer a equipa necessária para cada situação concreta e conhecer as *checklists* utilizadas.

No contexto do SMI, existiu também a oportunidade da prestação de cuidados no espaço da unidade de cuidados intensivos e de cuidados intermédios, sendo que houve ainda possibilidade de participar na EEMI e transporte intra-hospitalar.

Tendo em conta o paradigma europeu, no local onde foi realizado o estágio, coexistem os três níveis de UCI no mesmo serviço, sendo que a maioria dos turnos foi realizada na sala onde estão alocados os níveis II e III, fundidos funcionalmente.

A Medicina Intensiva é por natureza multiprofissional e multidisciplinar e tem por objetivo primordial prevenir a deterioração, suportar e recuperar funções vitais, de molde a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade. Para tal, é necessário concentrar competências, conhecimentos e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objetivos. (Ordem dos Médicos, 2007)

como tal, esta é uma tipologia de doentes com grande complexidade, pelo que a existência de enfermagem especializada nas UCI tem um papel central na prática de cuidados, uma vez que o enfermeiro especialista “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (OE, 2019, p.4746), tornando a equipa mais polivalente e capaz de cuidar de forma holística, adaptando-se às situações de saúde, familiares, sociais.

Na UCI existe uma grande variedade de terapêutica e procedimentos técnicos realizados diariamente, como tal, para colmatar alguns défices de conhecimento foram realizadas várias pesquisas, aprofundando o conhecimento sobre as técnicas de substituição de função renal praticadas e anticoagulação regional com ou sem citrato e suas contraindicações. Foi ainda realizada uma ficha de leitura sobre a VMI, suas indicações terapêuticas, objetivos, interfaces utilizadas, complicações associadas, fases do processo de desmame de ventilatório e extubação e os cuidados de enfermagem ao doente sob VMI que promovam um processo de desmame ventilatório e extubação precoce (Apêndice IV).

Em ambos os contextos, existiu a preocupação de atuar como dinamizador do conhecimento, interagindo com os pares, potenciando o conhecimento de áreas de atuação com as quais me sentia mais à vontade na transmissão de conhecimentos.

No SUG apercebi-me que, devido à sua dinâmica, uma das dificuldades dos colegas seria com a adequação dos cuidados a populações específicas, no meu contexto lido diariamente com a população de transplantados, como tal, para disseminar o conhecimento, foi realizada uma comunicação em formato de póster, com o título “Cuidados de Enfermagem ao Doente Transplantado de órgãos sólidos em contexto de Urgência” (Apêndice V), onde foram incluídas as informações consideradas mais adequadas e pertinentes àquela realidade de forma a ser uma ferramenta orientadora e de fácil consulta. Na UCI foram realizadas pequenas sessões de partilha de conhecimento onde foi abordada a mesma temática, com mais incidência sobre a preparação e administração de fármacos imunossupressores, mas foi verificada a existência de informação escrita sobre este tema na instituição, pelo que não foi considerada útil nova produção.

Concluo que o domínio foi alcançado, demonstrando capacidade de autoconhecimento pela identificação e colmatação de falhas de conhecimento e comunicação; melhorando e potenciando a melhoria das relações terapêuticas e multiprofissionais; reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais; e trabalhando para ser uma influência positiva para os pares atuando com congruência mesmo sob pressão, gerindo as emoções e facilitando a resolução de conflitos. Outra competência atingida neste domínio relaciona-se com a

consolidação do conhecimento, permitindo a tomada de decisão e atuação baseadas na evidência científica e fomentando a sua disseminação, tornando-me uma formadora oportuna, diagnosticando as necessidades formativas e trabalhando no intuito de contribuir para a produção de novo conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada.

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018) o avanço no conhecimento é uma realidade e como tal o EEEMC terá de basear a sua prática nas mais recentes evidências, orientando-a para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também por isso um líder ideal para projetos de formação e investigação.

Neste subcapítulo, e avançando progressivamente na especialização das competências, serão abordadas e fundamentadas de que forma existiu a sua aquisição e desenvolvimento ao longo do percurso nos contextos de estágio realizados.

Assim conforme descritas no Regulamento n.º 429/2018 no Artigo 2.º (2018) as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica serão abaixo, exploradas e fundamentadas.

a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Dentro deste domínio as unidades de competência desenvolvidas baseiam-se na resposta eficaz do EEEMC ao mobilizar os conhecimentos e habilidades mais adequadas a cada situação de doença aguda ou crónica, planeando e implementando as intervenções que considera prioritárias e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados, estabelecendo relações terapêuticas com os seus doentes e família.

Segundo a OE (2001), a relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou família/comunidade é central para o exercício de enfermagem, isto porque é baseada na parceria desenvolvida entre ambos resultando ganhos em saúde, uma vez que possibilita a partilha de informações importantes sobre o estado de saúde do doente, início de sintomas, recursos disponíveis, expressão das crenças e valores, entre outros.

Contextualizando a utilização de ferramentas comunicacionais aos locais onde foram realizados os estágios, em ambos os locais SUG e SMI, existiram oportunidades de implementar estratégias de comunicação e consequente relação terapêutica estabelecida com

o doente e/ou sua família/cuidadores, permitindo uma prestação de cuidados especializados de qualidade o que potenciou que se obtivessem ganhos em saúde e que fossem respeitadas as crenças, valores, vontade e dignidade de todos os envolvidos.

No caso do SUG, em diferentes postos do SU surgem diferentes oportunidades de comunicação com o doente e sua família, na chegada à triagem a comunicação dos sinais e sintomas que trouxeram a pessoa à urgência são fulcrais e possibilitam a correta triagem e encaminhamento do doente, por outro lado, na chegada à sala de reanimação por vezes não existe a capacidade do doente de estabelecer uma comunicação eficaz, sendo necessário que o profissional adequa a sua comunicação, adaptando-se à situação para obter todos os dados que necessita e recorrendo, se necessário à família, envolvendo-os, na prática de cuidados. No contexto de UCI a comunicação encontra-se muitas vezes comprometida, sendo um dos fatores mais dificultadores a VMI,

A dificuldade comunicacional com a pessoa ventilada mecanicamente é uma realidade do quotidiano em unidades de cuidados intensivos, a qual pode ter um grande impacto a nível fisiológico (aumentando a predisposição a alterações do estado clínico), psicológico (levando a sentimentos como frustração, medo e ansiedade) e até psíquico (podendo desenvolver quadros como depressão ou stress pós-traumático) (Sias, Silva, Rosado & Baixinho 2022, p.1).

sendo necessário o desenvolvimento de estratégias comunicacionais adequadas à situação e capacidade de cada doente e à sua família, pois possibilita melhorar os cuidados prestados, a satisfação e o bem-estar do doente ventilado, aliviar o seu sofrimento e promover a possibilidade de tomada de decisão (Carruthers, Astin & Munro, 2017; Hoorn, Elber, Girbes & Tuinman, 2016).

Segundo a revisão *Umbrella* realizada por Sias, Silva, Rosado & Baixinho (2022)

(...) existe uma grande diversidade de estratégias de comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva destacam-se a utilização de gestos, a expressão facial, linguagem corporal, movimentos de cabeça, apertar as mãos, o tato, a utilização de materiais como o lápis e papel, as letras do alfabeto, as placas de palavras e imagens, válvulas de comunicação, eletrolaringe, tubos de traqueostomia com dispositivos que permitam a comunicação e dispositivos de comunicação alternativa e aumentativa de alta tecnologia. (Sias, Silva, Rosado & Baixinho 2022, p.7)

sendo que de entre estas técnicas algumas foram aplicadas na prestação de cuidados durante o estágio no SMI, sendo as mais comuns, a utilização de gestos, expressão facial e linguagem corporal e a colocação de tubos de traqueostomia com dispositivos que permitem a

comunicação. O contacto com esta realidade permitiu-me expandir as minhas competências comunicacionais, tendo sido numa fase inicial do estágio um desafio, que com o passar do tempo foi superado.

Relativamente à conceção de planos de intervenção, um dos seus objetivos é a promoção da adaptação do doente e família à nova situação de doença, considerando-se que este processo corresponde a uma transição de saúde-doença.

Para Meleis (2000), uma transição requer por parte dos envolvidos assimilação de conhecimentos, alterações de comportamentos e redefinição do *self* e de alguns dos papéis que desempenhava. Também segundo Meleis (2007), as intervenções de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva no decorrer do processo de transição uma vez que são geradoras de conhecimento e capacitação daqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, dos doentes e suas famílias, assim, os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os seus cuidados visam o desenvolvimento humano.

Em ambos os estágios foram concebidos planos de intervenção que promovessem a prevenção e controlo da doença e incluíssem intervenções especializadas adequadas a cada situação visando promover o bem-estar, qualidade de vida, conforto e segurança, bem como a adaptação do doente e família aos processos de transição saúde/doença, potenciando uma transição positiva.

Ainda dentro deste domínio é esperado que o EE implemente intervenções que planeou previamente que visem a vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da situação de doença. Para tal, de forma a atingir esta unidade de competência, em ambos os estágios identificaram-se as situações de especial complexidade mais comuns, para conseguir intervir de forma a adequar os recursos necessários para a execução de diferentes intervenções especializadas e prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e/ou dos processos médicos e/ou cirúrgicos. Este conhecimento permitiu a participação na prestação de cuidados junto das equipa multidisciplinares, atuando de forma rápida e eficaz, sempre sob supervisão de um enfermeiro orientador, fundamentando as intervenções realizadas e analisando criticamente os cuidados observados, tendo por base a evidência científica.

Por fim, a unidade de competência referente à avaliação dos resultados tendo por base a resposta daqueles a quem foram prestados cuidados. De facto, esta é atingida como resultado da manutenção da comunicação com os doentes/família estabelecida durante a prática de cuidados de enfermagem, através do *feedback* verbalizado pelos intervenientes ao garantir a

existência de uma relação terapêutica saudável, que envolva o doente e família no plano de cuidados e assim monitorizar a eficácia das intervenções executadas e o progresso existente, tendo por base os resultados esperados.

Em síntese, tendo em conta a fundamentação apresentada, considero que trabalhei para atingir este domínio de forma positiva, tendo trabalhado todas as unidades de competência que inclui ao longo do percurso de estágio.

b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica

O EEEMC deve nas suas intervenções terapêuticas de enfermagem trabalhar no caminho da prevenção, sendo importante a deteção precoce das complicações que possam surgir como resultado da doença ou de processos terapêuticos complexos. Uma vez que nem sempre a atuação preventiva é eficaz e que surgem situações imprevisíveis, é importante que o planeamento das intervenções inclua a atuação nestes casos, permitindo uma atuação rápida e eficaz que permita colmatar e controlar sinais e sintomas e manter a homeostasia.

Exemplo de uma situação deste tipo relaciona-se com o controlo da dor, sendo possível prever que em certas situações de doença que a dor esteja presente, existindo uma série de medidas farmacológicas e não farmacológicas que procuram preveni-la e tratá-la. Quer no SUG, quer no SMI e, na prática de cuidados no meu dia a dia enquanto enfermeira no meu local de trabalho, existe a preocupação de atuar na prevenção e controlo da dor utilizando a estratégia mais adequada ao tipo e nível de dor referida.

Durante o estágio no SUG foi possível mobilizar e aprofundar conhecimentos e metodologias de atuação em situações de intervenção junto de doentes com alterações metabólicas e endócrinas, existindo protocolos de atuação de enfermagem definidos para situações de acidose metabólica, respiratória ou mista, como orientadores da prática.

Também na UCI este tipo de alterações são bastante comuns, como tal é feita uma vigilância frequente dos valores gasimétricos do doente, o que está facilitado neste contexto pela presença de dispositivos invasivos de monitorização do doente, que permitem não só a obtenção de valores hemodinâmicos imediatos como a fácil colheita de sangue, permitindo um reajuste de parâmetros e implementação de intervenções ou início de terapêutica, conforme os resultados analíticos obtidos.

No mesmo contexto, foram prestados cuidados a doentes pós-cirúrgicos imediatos, permitindo a partilha da experiência já desenvolvida profissionalmente no serviço de cirurgia

e desenvolvendo conhecimentos e técnicas nos cuidados a feridas complexas de índole médica e cirúrgica, fundamentando qual o apósto e tratamento que considerava mais adequado a cada ferida, fundamentando-o ao enfermeiro orientador. Houve inclusivamente oportunidade de numa situação específica discutir o tratamento mais adequado com o membro dinamizador do grupo das feridas a nível hospitalar, avaliando conjuntamente uma úlcera por pressão grau II na região sagrada de um doente e concluindo qual o tratamento mais adequado.

Em ambos os locais de estágio, existiu a oportunidade de observar e participar na realização intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos, tendo sido observada a colocação de monitorização invasiva, como linhas arteriais e sistema PiCCO (*Pulse Contour Cardiac Output*); colocação de acessos centrais, como cateteres venosos centrais e cateteres de hemodiálise de curta duração; técnicas endoscópicas; entubação orotraqueal e colocação do doente sob VMI; colocação de eletrocatéter, entre outras, tendo por esse motivo este percurso de estágio se revelado bastante enriquecedor tecnicamente.

Ainda dentro deste domínio de atuação do EEEMC, incluem-se as intervenções relacionadas com a gestão de risco e promoção de um ambiente de segurança que garanta a qualidade dos cuidados. Esta promoção da segurança foi trabalhada ao longo dos estágios, procurando identificar possíveis fatores contribuintes para a ocorrência de eventos adversos. Conforme referido acima neste relatório, foi presenciado no SUG uma situação de um evento adverso com a administração de terapêutica a um doente, à qual existia uma alergia descrita. Houve contributo da minha parte na deteção deste erro e acompanhei todo o processo de notificação do incidente, existindo uma análise reflexiva deste tipo de situação com a enfermeira orientadora e a mobilização de métodos de deteção e prevenção da sua repetição.

No sentido de promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação, partilhei em ambos os locais de estágio SUG e SMI uma ferramenta que considero que seria bastante útil para a prevenção de eventos adversos relacionados com a administração de hemoderivados, sendo que ambos os locais a validação dos hemoderivados é realizada por dois profissionais de saúde com recurso à prescrição em papel e confirmação dos dados do doente e hemoderivado. Este processo de verificação, estando somente dependente da validação humana é passível de erro, podendo resultar em danos graves para o doente. Assim, foi partilhada a ferramenta utilizada no meu local de trabalho e partilhada a informação sobre o sistema Gricode. Este sistema permite estabelecer uma ligação física entre o pedido de transfusão, o doente, as

amostras colhidas para testes pré-transfusionais, as unidades compatibilizadas e a sua administração e monitorização, garantindo a segurança transfusional. Funciona com base numa pulseira de identificação com etiquetas, que dispõem de um número de segurança transfusional e na leitura ótica que valida a coincidência do número de segurança transfusional no pedido de transfusão, no doente, nas amostras e nas unidades a transfundir, minimizando drasticamente a possibilidade de erros relacionados com a incompatibilidade. (Grifodls, 2016)

Considero que as aptidões de EEEMC incluídas neste domínio dos cuidados de enfermagem especializados foram positivamente atingidas, conseguindo exemplificar variadas atuações relacionadas com as unidades de competência pretendidas de atingir neste domínio.

- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018) Diário da República

Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

assim é da responsabilidade do enfermeiro garantir que as PBCI são asseguradas e para que tal seja possível é da sua área de intervenção a colaboração na conceção do Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, tratando-se este de um domínio da competência incluído também nas Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, opta-se por realizar a fundamentação da aquisição das competências relacionadas com este tema no subcapítulo 4.3 alínea c) apresentado mais adiante no presente relatório.

4.3 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Consoante o descrito no Diário da República, Regulamento n.º 429/2018 no Artigo 3.º

No caso da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem. (Regulamento n.º 429/2018, 2018)

na qual se inclui a área de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC).

Neste subcapítulo pretende-se fazer uma reflexão sobre cada competência específica desta área de especialidade e, sobre o seu desenvolvimento no decorrer destes estágios através do atingimento dos objetivos e atividades previamente traçados, dividindo-se ainda em alíneas com cada uma das três competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC definidas pela OE.

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Segundo a OE

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

e, segundo a mesma fonte, os “Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.” e encontram-se caracterizados no Artigo 5.º do REPE (1996) para regular o exercício da prestação de cuidados em enfermagem.

A prestação de cuidados é o cerne essencial da enfermagem, pois

(...) o enfermeiro ao cuidar, olha a pessoa na sua singularidade e como um todo, e não só como alguém que possui uma doença ou um problema, pode até estar saudável. Colocar-nos no lugar do outro não nos retira a nossa competência científica, e cuidar de alguém gravemente doente, cuja recuperação implica o cuidado

complexo e o domínio científico específico, não nos deve desviar do foco que é a Pessoa (Costa & Gonçalves, 2021)

Assim, conforme é pretendido neste domínio, o enfermeiro deve avaliar a pessoa em situação crítica para conseguir prever quais as situações iminentes que representam risco de instabilidade e/ou falência orgânica, detendo competências para identificar, reportar e/ou responder à situação, com habilidades que incluem cuidados técnicos de alta complexidade e suporte avançado de vida. Segundo Benner (2001) “Em situações que exigem imperativamente ações rápidas, o doente tem com certeza sorte se uma enfermeira experiente se encontrar aí para coordenar o conjunto das operações de forma a que erros e atos inúteis sejam evitados” (Benner, 2001, p. 135).

Esta unidade de competência foi amplamente desenvolvida em ambos os locais de estágio, sendo que no SUG durante a permanência na sala de reanimação, realizou-se sempre a avaliação primária de todos os doentes admitidos, utilizando a metodologia ABCDE, priorizando cuidados de modo a promover a estabilidade do doente. Foram igualmente realizadas manobras de suporte avançado de vida, sendo que tive oportunidade de inicialmente assistir à dinâmica da equipa e, posteriormente, participar ativamente, fazendo preparação de terapêutica de urgência e monitorização do doente e eventuais complicações associadas à situação, bem como a transferência inter e intra-hospitalar de doentes em estado crítico. Neste local de estágio existiu ainda a oportunidade de demonstrar conhecimentos e habilidades relacionados com situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos, já que numa das situações de paragem cardiorrespiratória presenciadas, após a reversão do quadro, foi realizada uma tomografia computadorizada crânio-encefálica e confirmada a inviabilidade de manutenção de vida do doente, tratando-se de um potencial dador, foram realizados os contactos necessários, com o Gabinete Coordenadores de Colheita e Transplantação e Centro de Sangue e da Transplantação, e mantidos os suportes de órgãos necessários, realizando-se a transferência para a UCI do hospital em questão e assegurada a continuidade do processo de validação da possibilidade de doação de órgãos.

Ainda dentro desta competência é também incluída a avaliação da dor enquanto quinto sinal vital, sendo essencial o seu controlo e gestão para a manutenção do bem-estar do doente. No SUG devido à afluência de clientes nem sempre existe um foco na manutenção do bem-estar do doente devido à falta de recursos humanos, pelo que, tentei ser um elemento ativo a colmatar esta dificuldade, promovendo a realização de intervenções, como a alternância de decúbitos, regulação da intensidade da luz, controlo ambiental e reavaliação do nível na

escala de dor, adequando a escala utilizada a cada um dos doentes que cuidei (escala numérica, escala qualitativa e escala de Faces - convertida em escala numérica para efeitos de registo).

Esta aproximação e disponibilidade demonstrada junto do doente no SUG, promoveu o estabelecimento de relações terapêuticas com os doentes em situação crítica e sua família/cuidador, recorrendo a técnicas de comunicação adequadas e sendo auxiliar na quebra de “barreiras à comunicação”.

Em situação de urgência, a relação terapêutica e a comunicação com o doente e família/cuidadores têm um papel fundamental, uma vez que, permite a aquisição de informações sobre as condições sociais e habitacionais dos doentes. Sendo que, muitas vezes, é durante este contacto, que principalmente com clientes idosos, se percebe que a recorrência ao serviço de urgência se deve à diminuição da capacidade de autocuidado e falta apoio disponível. Assim, o enfermeiro, ao estabelecer uma relação de proximidade que permita a partilha, é um elemento essencial enquanto elo, fazendo a referência aos serviços sociais do hospital e promovendo o bem-estar e manutenção das condições necessárias à manutenção do autocuidado. Durante o estágio, foram várias as situações de referência ao serviço social do hospital que foram realizadas em conjunto com a enfermeira orientadora.

Igualmente, o enfermeiro no SUG assiste muitas vezes a alterações de papéis decorrentes das situações críticas de saúde que levaram o doente à urgência, estas situações podem despoletar ansiedade e medo, gerando perturbações emocionais no doente e na sua família/cuidador. Compreender este complexo processo de transição, implica compreender os efeitos e significados que as mudanças provocam em várias dimensões como, por exemplo, nas expectativas pessoais, familiares e sociais, que neste caso têm uma grande influência na aceitação da situação (Meleis et al., 2000), promovendo assim a assistência segura e efetiva dos doentes e seus familiares (Schumacher & Meleis, 1994). Isto porque, os enfermeiros são os que melhor podem desempenhar o papel de “facilitadores do processo de transição”, e isto deve-se à sua maior proximidade e conhecimento da realidade e necessidades das pessoas a quem presta cuidados. No entanto, este processo envolve alguns riscos, uma vez que o enfermeiro tem de ter em atenção a sua postura, para ter uma atitude de parceria e não de substituição (Mota, Rodrigues & Pereira, 2011).

Também os conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto, são aspetos cruciais do papel do EE desempenhando um papel fundamental na promoção de cuidados centrados no doente e garantindo que tanto o fim da

vida quanto o luto subsequente são tratados com dignidade e compaixão. Igualmente, no ramo dos cuidados paliativos, o EE deve apresentar capacidade de cuidados especializados, proporcionando o alívio da dor, a gestão de sintomas e apoio emocional.

Essa abordagem holística contribui para a qualidade de vida no final da jornada do doente. Na UCI, devido à monitorização contínua e rácio praticado, é possível ao EE passar uma maior quantidade de tempo junto ao doente, permitindo a pronta identificação de focos de instabilidade e a resposta antecipada e atempada, executando cuidados técnicos de alta complexidade, que podem neste contexto incluir a adição de meios de monitorização invasiva mais complexos ou o início de técnicas de substituição de função de órgãos. Neste contexto de estágio foram experienciadas as situações acima referidas, sendo realizado o apoio na execução de procedimentos técnicos complexos e a realização de manobras de suporte avançado de vida, sendo por isso bastante enriquecedor tecnicamente.

Em relação terapêutica utilizada neste contexto, foi numa fase inicial um desafio para a prática, existindo a necessidade de reforçar os conhecimentos acerca da administração de protocolos terapêuticos complexos. O desenvolvimento desta aptidão permitiu-me realizar o diagnóstico precoce de complicações resultantes da implementação de terapêutica, a implementação de respostas apropriadas às complicações e a monitorização e avaliação das mesmas como, por exemplo, a repercussão da administração de noradrenalina a nível da pressão arterial do doente e o seu reajuste, incremento ou suspensão, quando necessário. Houve também oportunidade de trabalhar com o índice bispectral (BIS), sendo uma escala de medição baseada na atividade elétrica cerebral que permite manter os níveis de sedação ajustados ao doente. Bem como, a realização de TSFR, sendo esta uma técnica assegurada pelo enfermeiro, que envolve uma série de cuidados ao doente, entre eles, em caso de prescrição de anticoagulação regional com citrato, a reavaliação gasimétrica frequente, para avaliar a necessidade de reajuste da quantidade de citrato a administrar, bem como da quantidade a repor de cloreto ou gluconato de cálcio. Implica também a vigilância contínua do doente quanto à possibilidade de ocorrência de instabilidade hemodinâmica, hemorragia, coagulação do sistema, arritmias, hipoxemia, alteração do estado consciência, reação inflamatória aos componentes do sistema, hipotermia e embolia gasosa (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.).

A dor em doentes críticos é comum, devido à sua vulnerabilidade perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento numa UCI, no entanto,

a dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais, no entanto desde a recomendação da Direção Geral de Saúde emitida numa circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003, que indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do cliente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2012)

Pelo que ao longo do estágio observei atentamente e verifiquei que, na UCI onde realizei o estágio, a avaliação da dor é um dos parâmetros sempre avaliado no doente e incluído em todos os registos de enfermagem, sendo que para esta avaliação recorrem à observação de comportamentos. Baseados nestes indicadores comportamentais foram desenvolvidas escalas para detetar e medir a dor em doentes críticos com um bom grau de fiabilidade e validade, utilizando-se naquele serviço a *Behavioural Pain Scale* (BPS), que inclui 3 itens comportamentais: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória (Payen et al., 2001). Como tal, ao longo deste estágio a escala BPS foi utilizada frequentemente, desenvolvendo a competência de avaliação da dor no doente crítico incapaz de estabelecer comunicação verbal, e em doentes com capacidade de comunicação mantida utilizando a escala de avaliação de dor mais adequada à sua situação, garantindo assim a gestão diferenciada da dor e consequentemente do bem-estar, mobilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas da gestão da dor da PSC.

As barreiras na comunicação são também uma realidade vivida pelos doentes em UCI, sendo estas causadoras de desconforto e ansiedade, assim, o compromisso da comunicação surge como um dos principais fatores de stress para um doente submetido a VMI (Henriques, Silva & Ferreira, 2012, p. 46- 54). Como tal, cada Enfermeiro tem como responsabilidade profissional desenvolver e aprimorar aptidões comunicacionais que lhe permitam uma melhoria efetiva (Silva et al., 2006) recorrendo a estratégias facilitadoras individualizadas a cada doente, necessitando para isso de estabelecer uma relação terapêutica eficaz e conhecendo aquela pessoa e a sua história. Poderá, para isso, necessitar de recorrer à designada comunicação aumentativa e alternativa, que consiste na utilização de qualquer método suplementar aos métodos comunicacionais normais (fala e escrita), recorrendo a equipamentos (p.e computadores, tabletas, telemóvel) ou não (utilização de gestos, sinais, expressões faciais, utilização de linguagem gestual, etc.) (Millar & Scott, 1998).

Durante a prestação de cuidados especializados ao doente crítico foi possível verificar que nem sempre é fácil perceber o que o doente quer transmitir, quais as suas necessidades ou dúvidas, sendo esta também uma das dificuldades que observei no processo de comunicação

do doente e que senti na minha relação com o doente de UCI e que me permitiu desenvolver a unidade de competência “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2018).

A unidade de competência antes mencionada encontra-se diretamente relacionada com a seguinte explorada: “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018), uma vez que, para uma boa comunicação com o doente e a sua compreensão, é necessário o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e a inclusão da família/cuidador é um ponto fulcral nesta relação, sendo que em doentes com dificuldades de comunicação os entes mais próximos têm, muitas vezes, uma maior facilidade de compreensão do doente sendo um parceiro da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados e garantia do bem-estar.

Para além de que os doentes em UCI estão num momento de transição saúde/doença, dados os riscos potenciais que esta experiência pode acarretar, devido à passagem de uma situação mais saudável para uma condição de sofrimento e ameaça à vida. Esta mudança está relacionada com um evento crítico e desestabilizador das relações, rotinas, ideias, perceções e mesmo da identidade do próprio doente, sendo que o papel do enfermeiro é de identificar condições do meio envolvente que sejam facilitadoras do processo de transição e promovê-las, bem como os fatores inibidores da transição para poderem ser trabalhados, com o doente e família, para que não sejam obstáculos ao processo de transição e assim este ocorra de forma saudável (Meleis et al., 2000).

Este apoio emocional prestado ao doente e família/cuidador dá resposta à unidade de competência “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2018), sendo este um trabalho desenvolvido pelo EE em colaboração com a restante equipa, fazendo a referenciação quando necessário a psicólogos e psiquiatras, para que sejam resolvidas as perturbações emocionais que possam surgir na decorrência da situação crítica que o doente está a viver, ou no processo de aceitação da morte e luto. E garantindo que são cumpridas as vontades e necessidades espirituais de todos os envolvidos no processo.

As práticas realizadas e acima analisadas destacam a importância do papel do EE no cuidado ao doente, família e cuidadores, realizando-se um cuidado holístico, compassivo e centrado no doente para promover o bem-estar e a qualidade de vida em situações tão desafiadoras.

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Segundo o regulamento n.º 429/2018 (2018), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, deve atuar de modo a conceber, planear e gerir a resposta procurando que esta seja eficaz e eficiente, e sem deixar de parte a preservação de vestígios que indiciem a prática de crimes.

Segundo o INEM (2012), no âmbito da prestação de cuidados de emergência médica, uma situação de exceção, é aquela em que, de forma pontual ou sustentada, se verifica a existência de um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis.

O contacto mais próximo com este tipo de situações surgiu no contexto de estágio do SUG, local onde devido à sobrecarga dos serviços pela à elevada afluência de clientes, são geradas situações em que os recursos humanos e físicos não são suficientes para suprimir as necessidades existentes. Nestas situações o EEEMC na área dos cuidados à PSC, tem um papel fundamental uma vez que detém competências de gestão e planeamento de atuação, podendo atuar a nível da gestão dos recursos de enfermagem do SU, adequando os recursos humanos aos postos consoante a necessidade; reajustar o ambiente físico do SU, conforme aconteceu em vários serviços de urgência durante a pandemia COVID-19 com a criação de zonas ADR; e ainda gerir os recursos materiais, alterando *stocks* de material e medicação adequando-os à necessidade. Desta forma, garante-se que mesmo em situações de exceção, a prestação de cuidados de saúde é feita da melhor forma possível, mantendo a segurança e a qualidade dos serviços e dando resposta às necessidades existentes naquele momento.

Durante ambos os estágios, ainda que baixa a probabilidade de necessidade de atuação em situações deste tipo, e de forma a tomar contacto com as competências esperadas neste domínio, procurei identificar quais os protocolos e normas de atuação existentes em cada uma das instituições. Conhecendo assim, os planos definidos em situações de emergência e catástrofe, bem como o plano de evacuação do local. Foi ainda pesquisada a existência de normas para tomar conhecimento, no que concerne à atuação do serviço e ao plano de emergência interna em caso de catástrofe.

Entre as quais se realça o plano de segurança interno do SUG, onde está definido o número de emergência interno, bem como a composição da equipa de emergência, nesta incluem-se médicos, enfermeiros auxiliares de ação médica, administrativos e outros. São também dadas algumas instruções particulares de segurança como, por exemplo, a necessidade de manter desobstruídos os caminhos de evacuação e as saídas de emergência e a verificação regular

da existência e funcionamento do material considerado necessário para o transporte seguro do utente em caso de evacuação.

Relativamente às instruções de atuação em situação de urgência, são divididas entre: situação de alarme, atuação em caso de incêndio, atuação em caso de necessidade/ou ordem de evacuação e a atuação para retomar a normalidade, associando-se as instruções adequadas a cada uma delas. Existem disponíveis também recomendações gerais tais como não correr ou gritar, manter a calma, dar ordens de forma clara e objetiva, etc.

A seguir são apresentadas as zonas de segurança e locais de refúgio, podendo ser realizada a evacuação para o interior do hospital, estando estas zonas destinadas a doentes dependentes, sendo as recomendações para que todos os doentes autónomos sejam encaminhados para as saídas de urgência, salvo se indicação contrária do grupo de gestão de emergência.

As saídas de emergência dão acesso ao exterior do edifício, existindo delimitados os pontos de encontro para cada uma delas. O documento termina com a planta de emergência simplificada do serviço e pontos de encontro.

De facto, não houve oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos através da documentação consultada, uma vez que não existiram quaisquer situações deste tipo. Infelizmente, apesar da existência de formações e simulacros acerca desta temática em ambas as instituições, também não ocorreram durante o período de estágio, não tendo existido a possibilidade de as frequentar. Apesar disso, tentou-se colmatar a falta de atuação realizando momentos de análise e discussão, com os enfermeiros orientadores acerca da aplicabilidade dos protocolos e do modo como seria previsível que atuassem os profissionais de saúde, nomeadamente a equipa de enfermagem, e qual o papel do EE.

Quanto à preservação de vestígios que indiciem a prática de crime, esta é uma unidade de competência que é possível desenvolver pelos enfermeiros do SU, isto porque são aqueles que recebem e abordam em primeiro lugar a vítima de trauma ou situações de violência nos serviços de saúde. Assim, existe a obrigação por parte desta equipa de tentar identificar situações suspeitas de crime, encaminharem as vítimas e seguirem os protocolos forenses adequados. A importância da colaboração e salvaguarda de vestígios nesta fase é essencial, uma vez que alguns vestígios só podem ser recolhidos na unidade hospitalar e a brevidade do processo é também importante. Além disso os profissionais de saúde têm em si os conhecimentos para identificar quais as entidades competentes para cada situação, bem como o dever de reencaminhar a vítima e respetiva família para os organismos vocacionados para o seu apoio.

Esta competência está incluída na Enfermagem Forense, que vai mais além dos Cuidados de Enfermagem, realçando os aspetos biológicos, psicológicos, socioprofissionais, culturais e espirituais, englobando as dimensões jurídicas, que são componentes essenciais na investigação forense do trauma, tendo uma abordagem holística na avaliação e tratamento da criminalidade relacionada com o trauma (Gomes, 2014). Segundo Gomes (2014, p. 14) a intervenção da enfermagem forense pode ser resumida pela mnemónica

A: avaliação para defender a vítima; B: ligações com as agências de fora (polícia); C: cadeia de custódia – conhecer os métodos de recolha de vestígios, estabelecer a continuidade e a disposição de posse desses vestígios. Manter a confidencialidade; D: documentação de dados (incluindo diagramas e fotos); E: evidências físicas e eventuais; F: familiares – manter os familiares informados; G: testemunhar em tribunal; H: hospital (outras instituições) – respeitar as políticas adotadas; I: índice de suspeita – estar em alerta para os sinais e sintomas de abuso de crianças e idosos, bem como violência doméstica.

Em conclusão, penso que existiram poucas oportunidades de desenvolvimento desta competência de forma prática, baseando-se a aquisição de conhecimento e competências relacionadas com o tema na documentação analisada, e de forma geral dentro do possível atingi a competência, porem considero haver necessidade de trabalho de melhoria desta no meu futuro enquanto EE.

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O papel do EE é crucial na prevenção, intervenção e controlo de infeção na PSC, uma vez que as competências específicas que detém desempenham um papel significativo na promoção da segurança do doente e na gestão eficaz de condições críticas. Abaixo enumero aquelas que considero algumas das competências essenciais e a sua relação com a prevenção, intervenção e controlo de infeção:

A nível do conhecimento especializado, o EE deve ter um conhecimento aprofundado das melhores práticas de prevenção de infeção, sendo que este é fruto da evidência científica mais atualizada em conjunto com a perícia profissional, conseguida mediante uma aprendizagem experiencial (Benner, 2001). Incluem-se aqui, a compreensão das medidas de precaução padrão, precauções específicas e a capacidade de adaptar as estratégias de prevenção a situações críticas. O facto de deter este conhecimento, permite a rápida

identificação e intervenção em casos de infeção, reforçando a ideia de que “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). Permitindo a implementação de protocolos de controlo de infeção adequados a cada situação e a avaliação constante dos resultados.

Relativamente à avaliação do risco, deve existir a capacidade de avaliar o risco de infeção em doentes críticos, considerando fatores como: procedimentos invasivos, compromisso imunológico e exposição a infeções hospitalares. A avaliação contínua dos riscos permite a intervenção rápida em casos de infeção confirmada, ajudando a prevenir a disseminação.

No caso do doente crítico, é bastante comum a necessidade de realização de procedimentos invasivos, sendo que o EE deve possuir habilidades técnicas avançadas, minimizando o risco de infeção, sendo que a realização segura de procedimentos deste tipo é essencial para evitar complicações infecciosas e garantir a segurança do doente.

A comunicação efetiva é crucial para educar doentes, familiares e equipa multidisciplinar sobre práticas de prevenção de infeções. A existência de uma comunicação eficaz é essencial para coordenar respostas rápidas, implementar medidas de controlo de infeção e garantir a adesão a protocolos de segurança.

Também, o EE deverá ser um elemento com capacidade de liderança e coordenação de equipa, e na promoção de uma cultura de prevenção de infeções isto é vital, pois dá-lhe o poder de implementar programas de treino e assegurar a supervisão e monitorização das práticas. E, em situações críticas, a habilidade de liderança é crucial para coordenar uma resposta eficaz, envolvendo diversos profissionais de saúde na implementação de protocolos de controlo. Sendo que para tal, deverá manter-se atualizado com as últimas evidências e práticas de modo a adaptar estratégias de prevenção conforme necessário.

Em resumo, as competências do enfermeiro especialista desempenham um papel crucial na prevenção, intervenção e controlo de infeção na PSC, contribuindo para a sua segurança.

Relacionando-o com a minha prática do dia a dia, neste momento enquanto elemento dinamizador do PPCIRA, procuro desenvolver as competências acima referidas, cimentando-as com os conhecimentos e experiência obtidas ao longo dos estágios, que me permitiram lidar com um ambiente e realidades diferentes das que tenho habitualmente.

Para além da prática, considero que esta competência de EEEMC na área da PSC foi amplamente trabalhada, uma vez que o trabalho de investigação que foi realizado no âmbito da UC “Estágio Final e Relatório” se relaciona diretamente com as PBCI.

É importante salvaguardar que o trabalho, em Portugal, do desenvolvimento das PBCI é realizado pelo PPCIRA, sendo que com o Despacho n.º 2902/2013, procedeu-se à criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), este programa tem como missão promover a redução das taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, principalmente através da prevenção da sua transmissão, e a criação de condições para uma redução das resistências aos antimicrobianos, principalmente promovendo o uso correto destes fármacos. Constitui ainda missão do PPCIRA, promover ou incentivar, e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde, do consumo e das resistências aos antimicrobianos procurando “coordenar e orientar as estruturas e iniciativas que em todo o País permitam alcançar taxas de infeções associadas aos cuidados de saúde e de microrganismos resistentes aos antimicrobianos tão baixas quanto o conhecimento científico permita (...)” (DGS, 2017).

Sendo um dos objetivos deste programa a prevenção de infeção do local cirúrgico, tema trabalhado na SR que no capítulo II foi já explorada. Assim, a pertinência do tema selecionado é inquestionável, uma vez que também se insere no Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021- 2026.

4.4 Competências de Mestre

O grau de mestre é um reconhecimento da capacidade do indivíduo de atingir um nível avançado de conhecimento e habilidades numa área específica de estudo. Para justificar como desenvolver as competências necessárias para obter esse grau, é crucial considerar os critérios estabelecidos para sua atribuição. Estes encontram-se definidos no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006) no Diário da República, sendo que, o grau de mestre deverá ser conferido àqueles que demonstrem as competências abaixo, que foram analisadas de forma a defender a aquisição pessoal de cada uma delas.

São elas:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

Aprofundar os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo de estudos é crucial para a prática avançada em enfermagem, que se obtém conjuntamente com a prática baseada na evidência (PBE) que consiste numa abordagem em saúde que potencia processos de tomada de decisão seguros, baseados na melhor evidência científica (Silva et al., 2021). Assim, o curso de mestrado ofereceu-me a oportunidade de expandir a compreensão teórica e prática em áreas específicas da enfermagem, permitindo não apenas o domínio dos conceitos fundamentais, mas também o desenvolvimento de novas abordagens e aplicações originais, muitas vezes em contexto de pesquisa, mas também a sua aplicação prática com a execução dos estágios e assim realizar uma verdadeira PBE incorporando a melhor evidência disponível com a minha competência enquanto profissional na prestação de cuidados à PSC (Gallagher-Ford et al., 2020). Segundo Teixeira et al. (2021), a integração das diferentes tipologias de conhecimento (o proveniente da investigação e o obtido com experiência prática) é fundamental, gerando um desempenho de elevado nível de qualidade e eficiência e muitas vezes conduzindo à obtenção de novos conhecimentos e competências práticas.

Essa capacidade de contribuir para o avanço do conhecimento na área é essencial para impulsionar a qualidade dos cuidados de saúde. Isso requer um compromisso com a ampliação e o aprofundamento do conhecimento adquirido durante o primeiro ciclo de estudos, pelo que se realizou a exploração de conceitos, teorias e metodologias em maior profundidade, indo além do que foi ensinado no nível de graduação.

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo

No decorrer do mestrado esta competência foi amplamente desenvolvida, uma vez que, os contextos de SU e UCI não são familiares nas suas práticas e rotinas diárias que apresentam, quando comparados com a enfermaria de transplantes onde desenvolvo a minha prática profissional. Assim, houve a necessidade de aplicar os conhecimentos e habilidades numa variedade de cenários e contextos, alguns deles desafiadores, mas que considero ter alcançado com sucesso. Existindo a capacidade de trabalho com a equipa multidisciplinar de ambos os locais, demonstrado com a referenciação de doentes à assistente social hospitalar, encaminhamento para a equipa médica de especialidade e recorrência ao serviço de nutrição. Adaptar-me rapidamente a novas situações, bem como integrar perspetivas de diferentes disciplinas para resolver problemas complexos na área da saúde, recorrendo não só a disciplinas na área das ciências da saúde, mas também da área das ciências sociais e humanas.

Com capacidade de analisar problemas complexos, identificar soluções eficazes e aplicar abordagens interdisciplinares quando necessário e, mais uma vez, recorrendo à PBE que tem uma importância demonstrada nesta competência de mestre, pois, esta impacta positivamente os cuidados de saúde pelo incremento da segurança, da eficácia e da qualidade dos mesmos, e ainda, pela redução dos custos em saúde (Cardoso et al., 2019). De igual forma, previne a ocorrência de eventos adversos e de complicações (Crawford et al., 2020) e promove a confiabilidade organizacional (Gallagher-Ford et al., 2020).

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem

Com o mestrado em enfermagem sinto que fortaleci a aptidão para lidar com situações desafiadoras e complexas, uma vez que fui sujeita diariamente a diferentes estímulos ao longo do percurso de estágio. Sendo que mesmo quando a informação disponível se encontrava limitada ou incompleta, procurei integrar conhecimentos de diversas fontes, avaliar diferentes perspetivas e tomar decisões éticas e socialmente responsáveis, considerando o impacto das minhas ações no ambiente de saúde, estando já explorada acima no mesmo capítulo, no subcapítulo 4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,

na alínea a) referente à “Responsabilidade profissional, ética e legal” todas as competências desenvolvidas neste âmbito que justificam a satisfatória aquisição destas competências.

- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades

A capacidade de comunicação é essencial. Seja enquanto enfermeiro, conforme já explorado anteriormente no relatório em várias competências de enfermeiro especialista, seja enquanto estudante de mestrado, uma vez que existe a necessidade de transmitir ideias, resultados de pesquisa e conclusões retiradas, ou seja, a partilha de informações complexas de forma clara e acessível, tanto para especialistas quanto para leigos, adaptando a linguagem e abordagem conforme necessário. Isso inclui a capacidade de apresentar as suas conclusões de maneira objetiva e sem ambiguidades, garantindo que as mensagens sejam compreendidas e valorizadas por diferentes públicos.

Esta competência de comunicação foi trabalhada com a realização de comunicações ao longo do percurso, tendo sido realizadas duas comunicações em formato de póster, a primeira no contexto de estágio no SUG visando a divulgação e partilha do conhecimento acerca do tema: Cuidados de Enfermagem ao Doente Transplantado de órgãos sólidos em contexto de Urgência (apêndice V); e o segundo apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o título: Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção ao local cirúrgico em doentes transplantados renais nos períodos pré e pós-operatório: protocolo de uma *scoping review* (apêndice VI). Conforme evidenciado no título anteriormente apresentado, foi realizado também um trabalho de investigação tipo *scoping review* com o tema antes mencionado, tratando-se de mais uma comunicação elaborada e que está em ponderação, com a colega com a qual foi executado, a possibilidade de publicação.

Dando resposta positiva ao desempenho nesta competência, enquanto estudante.

- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo

Os estudantes devem desenvolver habilidades de aprendizagem autónoma, sendo capazes de continuar a sua formação e desenvolvimento profissional ao longo da vida, conforme foi demonstrado ao longo do ciclo de estudos no qual foram elaboradas diversas pesquisas e trabalhos por iniciativa própria. O que requer uma mentalidade de crescimento e busca constante de novos conhecimentos e uma disposição para se adaptar às mudanças no campo

de estudo, bem como a capacidade de identificar áreas de melhoria e a disposição para se envolver em atividades de desenvolvimento profissional contínuo. Sendo que considero que a própria frequência do mestrado já revela a procura do desenvolvimento desta aptidão e vai ao encontro do enunciado no Artigo 109.º “Da excelência do exercício” do Código Deontológico, devendo a procura de saber mais e melhor fazer parte do perfil de enfermeiro e considero que me enquadro neste perfil, pelo que penso ter satisfatoriamente atingido esta competência de mestre.

A obtenção de um mestrado em enfermagem é uma jornada que, a meu ver, vai além de adquirir um grau académico, trata-se de um investimento significativo no desenvolvimento profissional e na melhoria da prática clínica. Neste, o apoio de orientadores, mentores e colegas revelou-se uma valiosa ferramenta durante o curso de mestrado.

Proporcionando uma oportunidade única para aprofundar o meu conhecimento em áreas específicas da enfermagem, que me permitiu desenvolver uma compreensão mais abrangente e aprofundada de conceitos, teorias e práticas fundamentais para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. Além do conhecimento teórico, detive habilidades práticas e avançadas necessárias para lidar com situações clínicas complexas, entre elas habilidades de avaliação avançada, tomada de decisão clínica, gestão de casos complexos e liderança em equipa multidisciplinar. Incluindo também a obtenção de conhecimentos relacionados com metodologias de investigação, que permitiram o envolvimento em atividades de pesquisa, e assim a competência de poder dar contributo para o avanço do conhecimento na área da saúde, identificar melhores práticas baseadas em evidências e promover a inovação na prestação de cuidados.

Estas competências avançadas incluíram áreas como gestão da qualidade e avaliação segurança do doente, sendo que a concretização deste plano de estudos possibilitará a liderança de iniciativas que visam melhorar a qualidade e segurança dos cuidados, sendo estes projetos em constante desenvolvimento a nível das instituições de saúde.

A necessidade de projetos atualizados é uma realidade, isto porque o campo da saúde está constantemente em evolução, com novas tecnologias, políticas e práticas emergentes. O mestrado em enfermagem deu-me as ferramentas necessárias para me adaptar a essas mudanças e continuar a prestar cuidados de saúde eficazes e centrados no doente.

Em resumo, a aquisição do grau de mestre em enfermagem é justificada pela necessidade de desenvolvimento de competências avançadas essenciais para fornecer cuidados de saúde de qualidade num ambiente em constante mudança. Para desenvolver essas competências, os estudantes de mestrado devem participar ativamente de atividades de aprendizagem prática,

pesquisa, discussões em sala de aula e projetos colaborativos. Além disso, eles devem procurar oportunidades para se envolver em experiências que os desafiem a aplicar os seus conhecimentos de forma criativa e a refletir criticamente sobre a sua prática.

Através do aprofundamento do conhecimento, aplicação prática, tomada de decisão ética, comunicação eficaz e compromisso com a aprendizagem ao longo da vida, os mestres nesta área são, portanto, profissionais preparados para enfrentar os desafios complexos e melhorar continuamente os cuidados prestados aos doentes.

V. CONCLUSÃO

A inscrição no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica era um objetivo pessoal e profissional já ambicionado desde o término da licenciatura, com a perspectiva de procurar alcançar a excelência da prática de cuidados e a prática de uma enfermagem especializada e especializada numa área de interesse, evoluir profissionalmente e também a nível pessoal.

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto no artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018 (Regulamento 140/2019, 2019). Com a concretização deste percurso, esse é o grau académico que pretendo alcançar, sendo que considero ter adquirido as competências teóricas e práticas necessárias, conforme apresentado e fundamentado no presente relatório.

Em retrospectiva, concluo que foi uma experiência enriquecedora a nível não só profissional, mas também pessoal. Permitiu-me o contacto com outros colegas, contextos de cuidados, o desenvolvimento da capacidade de análise crítico-reflexiva sobre a prática de enfermagem e, consequentemente, o meu crescimento enquanto enfermeira especialista, ultrapassando os desafios encontrados ao longo do percurso do mestrado.

Os enfermeiros reconhecem o benefício de alterar a sua prática baseando-a na investigação científica e admitem que a incorporação da evidência na prática clínica é benéfica para o seu desenvolvimento profissional (Silva et al., 2021). Assim, enquanto mestranda em enfermagem, sinto que desenvolvi a capacidade de gerar novas ideias, abordagens ou soluções para os desafios enfrentados na prática da enfermagem, procurando exercer uma PBE e, consequentemente, uma enfermagem especializada.

Este aumento das competências na área de investigação, pesquisa e utilização de fontes bibliográficas para consulta da evidência, foram treinados com a elaboração de uma *scoping review*, conforme explorada no Capítulo II, do presente relatório. Tendo sido mapeada a evidência científica existente sobre o tema, que se revelou bastante reduzida, e resultando desta pesquisa a necessidade emergente em investigar mais sobre o tema estudado para criar

e publicar evidência científica sobre a população de transplantados, e que relacionem esta população específica com a infecção de local cirúrgico.

Concluo que esta elaboração me permitirá identificar áreas de foco necessárias que envolvem a prática de enfermagem e ter autonomia para a realização de trabalhos futuros como EE, e assim adequar a prática especializada à evidência disponível conduzindo à alteração de comportamentos com vista à melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, realçando o papel do EE enquanto membro dinamizador das boas práticas dentro da equipa multidisciplinar, bem como do papel de mestre em enfermagem na investigação e produção de evidência científica.

No capítulo III do relatório procedeu-se à descrição dos contextos onde foram realizados os estágios preconizados, ambos em locais ricos em experiências e oportunidades de cuidados à pessoa em situação crítica, onde consegui concretizar intervenções autónomas e interdependentes, com autonomia na tomada de decisão, sempre baseada na evidência científica e no respeito pelos princípios da dignidade, autonomia e complementaridade funcional, relativamente aos demais profissionais, trabalhando em cooperação, articulação ou coordenando outros (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

Permitindo-me a realização dos estágios acima referidos, obter as ferramentas necessárias para a aquisição das capacidades necessárias, estando esse processo descrito no capítulo IV, com a fundamentação e análise crítico-reflexiva dos objetivos e aptidões alcançadas na componente teórica e prática do mestrado. Foram exploradas as competências comuns do enfermeiro especialista, seguindo-se as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e terminando com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica, demonstrando a capacidade de obtenção de competências mais generalizadas até às mais específicas da área em estudo. Terminou-se o capítulo com as competências de mestre. Concluindo que considero que consegui de forma bem-sucedida a obtenção das habilitações necessárias para o desempenho de funções de enfermeira especialista, tendo a perspetiva sobre a minha prática de cuidados de que “Cuidar o corpo e a alma e não só o corpo ou só a alma, é exclusivo da ciência e da arte que é a Enfermagem” (Costa & Gonçalves, 2021).

E que o desenvolvimento das competências não termina com esta etapa e com o conhecimento adquirido ao longo deste percurso, comprometendo-me a continuar a procurar o conhecimento e a fomentar a sua difusão, de forma a promover a excelência dos cuidados de enfermagem e a construção de uma enfermagem cada vez mais avançada.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almaghrabi, R. S., Alamri, M., & Broering, D. (2021). The impact of strict infection control measures during COVID-19 pandemic on the rate of surgical site infections in liver and kidney transplant surgeries. *Global Surgery*, 7, 1-3. <https://doi.org/10.15761/GOS.1000231>.
- Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. 2017. Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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 - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berrios-Torres, S., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, P., Itani, K. M. F., Berbari, E. F., Sgreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., & Schechter, W. P. (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surgery*, 152 (8). <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>.
- Cardoso, D. F., Coelho, A. R., Louçano, C., Parola, V. S., Manuel, R., Fineout-Overholt, E., Apóstolo, J. L. (2019). Tradução e Adaptação de Instrumentos sobre Prática Baseada na Evidência para Estudantes de Enfermagem Portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 141-152. <https://doi.org/10.12707/RIV19058>.
- Carruthers, H., Astin, F. & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in intensive care units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 42(1), 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.003>.
- CHULC (2018). Procedimento Multissetorial – MED.129 – Administração de Medicamentos

- Crawford, C. L., Rondinelli, J., Zuniga, S., Valdez, R. M., Cullen, L., Hanrahan, K., & Titler, M. G. (2020). Testing of the Nursing Evidence-Based Practice Survey. *Worldviews on evidence-based nursing*, 17(2), 118–128. <https://doi.org/10.1111/wvn.12432>.
- Castilho, V., & Gonçalves, V. L. M. (2010). Gerenciamento de recursos materiais. *Gerenciamento em enfermagem*. Guanabara Koogan.
- Costa, M. & Gonçalves D. C. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, Vol.2, 62-64.
- Cunha, T. G. S., & Lemos, K. C. (2020). Assistência de enfermagem às fases do transplante renal: uma revisão integrativa. *Health Residencies Journal - HRJ*, 1(8), 26-41. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i8.143>.
- Decreto-Lei n.º 161/96 Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1996). Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros de 1996-10-04. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>.
- Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 176, Série I de 2016-09-13. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>.
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>.
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>.
- Direção-Geral da Saúde. Norma nº 031/2013 de 31 de dezembro de 2013 e atualizada a 17 de novembro de 2022, Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf.

- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. SNS.
<https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-2/>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). Inquérito de prevalência de ponto das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde e do Uso de Antimicrobianos em hospitais europeus de cuidados agudos - versão do protocolo 6.1.2.
<https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/03/Manual-PPS3-Traducao-PT.pdf>.
- Fradique, M. D., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45-53.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239969010>.
- Frenette, C., Sperlea, D., Lecharova, Y., & Thirion, D. J. G. (2016). Impact of an Infection Control and Antimicrobial Stewardship Program on Solid Organ Transplantation and Hepatobiliary Surgical Site Infections. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 37 (12), 1468-1474. <http://dx.doi.org/10.1017/ice.2016.213>.
- Gallagher-Ford, L., Koshy Thomas, B., Connor, L., Sinnott, L. T., & Melnyk, B. M. (2020). The Effects of an Intensive Evidence-Based Practice Educational and Skills Building Program on EBP Competency and Attributes. *Worldviews on evidence-based nursing*, 17(1), 71–81. <https://doi.org/10.1111/wvn.12397>.
- Grifolds. (2016). *Hemotherapy*. Grifolds.
<https://www.grifols.com/en/web/international/about-grifols/hemotherapybioscience>.
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem forense* (Vol 1). Lidel.
- Henriques, C., Silva, D. & Ferreira, P. (2012). A comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais vitais*, 105, 46-54.
- Hoorn, S. T., Elbers, P. W., Girbes, A. R. & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Society of Critical Care Medicine*. 20(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>.

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção Manual TAS Versão 3.0* (1ª ed). INEM.
- Instituto Português do Sangue e Transplantação (2020). Doação e Transplantação. <https://www.ipst.pt/index.php/pt/transplantes>.
- International Council of Nurses. (2020). Leading nursing, past, present and future - *ICN Annual Report*. https://issuu.com/icn9/docs/web_icn_ra_2019_v04_1.
- Leung, A. S. M. (2013). Learning through personal development at the Hong Kong Institute for Vocational Education. *International Journal of Learning & Development*, 3, 2164-4063. <https://doi.org/10.5296/ijld.v3i1.3126>.
- 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>.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4 ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Millar, S., & Scott, J. (1998). What is augmentative and alternative communication? An introduction. *Augmentative communication in practice: An introduction*, 3-12. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=52f220ecc9ac08b8d6d20a82f73fb4efa2c8aa09>.
- Mota, L. A., Rodrigues, L. F., & Pereira, I. M. (2011). A transição no transplante hepático – um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 19-26. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239964003>.
- Munn, Z. et al. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4), 950-952. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro Dos Comentários à Análise dos Casos*. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos. (2007). *Documento orientador da formação em medicina intensiva*. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Documento_orientador_da_Formacao_em_Medicina_Intensiva.pdf.

- Orem, D.E., Taylor, S. G. & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6 ed.). Mosby.
- Orem, D.E., Taylor, S. G. & Renpenning, K. M. (2003). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.
- Orlando, G., Manzia, T. M., Sorge, R., Iaria, G., Angelico, R., Sforza, D., Toti, L., Peloso, A., Patel, T., Katari, R., Zambon, J. P., Maida, A., Salerno, P., Clemente, K., Cocco, P. D., Luca, L., Tariciotti, L., Famulari, A., Citterio, F., Tissone, G., Pisani, F., Romagnoli, J. (2015). One-shot versus multidose perioperative antibiotic prophylaxis after kidney transplantation: A randomized, controlled clinical trial. *Surgery*, 157 (1), 104-110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2014.06.007>.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical care medicine*, 29(12), 2258–2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>.
- Patel, R., & Paya, C. V. (1997). Infections in solid-organ transplant recipients. *Clinical Microbiology Reviews*, 10(1), 86-124. <https://doi.org/10.1128/cmr.10.1.86>.
- Penedo, J. M., Ribeiro, A. A., Lopes, H., Pimentel, J. M., Pedrosa, J. A., Vasconcelos e Sá, R. A., Moreno, R. P. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos Relatório Final. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.
- Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). Ordem dos

Enfermeiros. Diário da República, n.º 35, Série II de 2011-02-18.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificenfessoasituacaocritica.pdf.

Regulamento n.º 361/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2015). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>.

Regulamento n.º 392/2018 Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. (2018). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, nº 123, Série II de 2018-06-28.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8096/1799317999.pdf>.

Regulamento n.º 429/2018 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, nº 135, Série II de 2018-07-16.
<https://ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, nº 26, Série II de 2019-02-06. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, Série II de 2019-09-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.

Regulamento n.º 613/2022 Regulamento que define o ato do enfermeiro. (2022). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 131, Série II de 2022-07-08.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>.

Saad, E. J., Fernández, P., Azua, A. E. C., Ellena, V., Diz, C., Giordano, G., Borgogno, P., Nuñez, S., Sarmatano, D., Guzman, A., Schwarz, F., Naser, S., Flores, M. F., Alaye, M. L., Caeiro, J. P., & Fuente, J. (2020). Infections in the first year after renal transplant. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 80(6), 611-621.
<https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/33254105.pdf>.

- Schmidt, A., & Oberbauer, R. (199). Bacterial and fungal infections after kidney transplantation. *Current Opinon in Urology*, 9 (1), 45-49. [0.1097/00042307-199901000-00008](https://doi.org/10.1097/00042307-199901000-00008).
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J. & Baixinho, C. L. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafio*, 13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>.
- Silva, A., Martinho, A. M., Ferreira, G., Serralheiro, J. I., Paciência, J. (2006). Técnicas de Comunicação com o Doente Ventilado. *Revista Sinais Vitais*, 68.
- Silva, G. L., Lemos, K. C. R., Barbosa, A. O., & Santos, G. M. R. (2020). Percepção de indivíduos renais crônicos em hemodiálise sobre transplante renal. *Revista de Enfermagem*, 14. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.2444988>.
- Silva, J., Santos, L. C., Menezes, A., Neto, A., Simões de Melo, L., Pinto da Silva, F. (2021). Utilização da Prática Baseada em Evidências por Enfermeiros no Serviço Hospiptalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>.
- Sousa, L.B & Barroso, M. G. T. (2009) Reflexão sobre os cuidados como essência da liderança em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13 (1), 181-187. <https://www.scielo.br/j/ean/a/JP8GHBrGdc7bcRCqnxv8hQR/?format=pdf&lang=pt>.
- Teixeira, L. O., Barroso Pinto, C., Carvalho, A. L., Carvalho Teixeira, A. I., & Bompastor Augusto, M. C. (2021). Supervisão no indicador de prática clínica: a prática baseada na evidência no contexto do paciente cirúrgico. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 3(2). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v3i2.49>.
- World Health Organization (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: safe surgery safe lives*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143243/pdf/Bookshelf_NBK143243.pdf.
- World Health Organization (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf?sequence=1>.

VII. BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Emergency Nurse Practitioners (2018). *Practice Standards for the Emergency Nurse Practitioner Speciality*.
- American Heart Association [AHA] (2018). Ischemic Stroke. America: American Stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bond M & Holland S. (1998). Skills of Clinical Supervision for nurses. Buckingham: Open University Press.
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLOGOS*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>.
- Castilho, V. & Gonçalves, V. L. M. (2014). Gerenciamento de Recursos Materiais. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.155-167
- Chaves, M. S., Leonardelli, F., Franco, D. M., Ríos, P. G., Colli, G. M., Gutiérrez, A. R., Ferri, M., Elgadban, M. C., Basaldúa, M. L., Boleas, M., Feltes-Silva, P., Bantar, C., Gamarra, S., & García-Effrón, G. (2020). Control of an outbreak of post-transplant cutaneous mucormycosis by removing the vehicle: An intervention study of contiguous cohorts. *American Journal of Infection Control*, 48, 791-794. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.10.024>
- Decreto-Lei n.º 104/98. (1998). Ministério da Saúde. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>.
- Despacho n.º 10901/2022. (2022). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º 174, Série II de 2022-09-08. <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>.

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto* (norma 015/2017). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Gibbs. G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brooks University
- Gil, A.I.C., (2023). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com AVC Isquémico Submetida a Trombólise na UCI*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45648/1/Relatorio%20Final.pdf>
- Grupo Português de Triagem. (2021). *História do Protocolo da Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>.
- Hetland, B., Heusinkvelt, J., Krabbenhoft, L., & Grotts, E. (2018). Mechanical ventilation weaning: An evidence-based review. *Nursing Critical Care*, 13(6), 5-16. doi: 10.1097/01.CCN.0000544397.74806.9a
- Ho, D., Lynch, R. J., Ranney, D. N., Magar, A., Kubus, J., & Englesbe, M. (2010). Financial Impact of Surgical Site Infection after Kidney Transplantation: Implications for Quality Improvement Initiative Design. *Journal of the American College of Surgeons*, 211 (1), 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.055>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida Versão 2.0* (1ª Ed). INEM.
- Kreit, J. W. (2017). *Mechanical Ventilation: Physiology and Practice* (2ª ed.). Oxford University Press
- Long, B., Koyfman, A. (2016). The emergency medicine approach to transplant complications. *The American Journal of Emergency Medicine*, 34 (11), 2200-2208. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.08.049>.
- Moreira, C., Moleiro, M. & Tomás, M. (2000). Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 32, 19-23.
- Núñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J. P., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P., Araújo, R. (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de*

Referenciação – Medicina Intensiva. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf.

- Pham, T., Brochard, L. J., & Slutsky, A. S. (2017). Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Clinic proceedings*, 92(9), 1382–1400. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.05.004>
- Seidelman, J. L., Mantyh, C. R., & Anderson, D. J. (2023). Surgical Site Infection Prevention: A Review. *JAMA*, 329(3), 244-252. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.24075>
- Universidade Católica Portuguesa. (2021). Guia da Unidade Curricular – “Estágio Final e Relatório” - no âmbito de Mestrado em Enfermagem.
- Universidade Católica Portuguesa. (2017). Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). *Critical Care Nursing - Diagnosis and Management* (9ª ed.). Elsevier

ANEXO A
(Declaração UL-PPCIRA)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SÃO JOSÉ

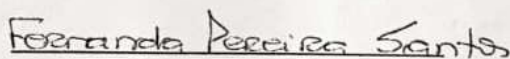
UL-PPCIRA

DECLARAÇÃO

Declara-se que a Senhora Enfermeira Beatriz da Silva Miguel, com o nº mecanográfico 74329, é membro dinamizador da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos, coordenando a dinamização da prevenção e controlo de infeção, na Unidade de Transplantes do Hospital Curry Cabral, desde fevereiro de 2021 até à presente data, conjuntamente com a equipa multidisciplinar e, em articulação contínua com a UL-PPCIRA.

Lisboa, 15 de fevereiro de 2024

Enfermeira Gestora do UL-PPCIRA



Enfª Fernanda Pereira Santos

Enfermeira Diretora Adjunta



Enfª Manuela Santos

APÊNDICE I

(Tabela resumo dos artigos finais)

Autor(es)	Ano	País	Tipo de artigo	População	Contexto	Resultados relevantes
Orlando et al.	2015	Itália	Estudo aleatório e controlado	Recetores Adultos para Transplante Renal	Período pós-operatório (primeiros 30 dias)	- Os resultados do estudo evidenciam que a profilaxia antibiótica pré-operatória de dose única é igualmente eficaz comparada com a dose múltipla na prevenção da infecção do local cirúrgico em doentes adultos, não obesos e não diabéticos submetidos a transplante renal unilateral. - Os autores defendem a redução do uso indiscriminado de antibióticos. - São necessárias estratégias para otimizar a utilização da terapêutica antibiótica para prevenir a infecção do local cirúrgico, evitar o aparecimento de estirpes resistentes e diminuir custos associados.
Frenette et al.	2016	Canadá	Estudo quasi-experimental retrospectivo	Recetores adultos e idosos submetidos a cirurgia hepatobiliar eletiva/urgente ou transplante hepático, renal ou renopancreático	Período pré e pós-operatório	- Banho pré-operatório dos doentes na noite anterior na manhã da cirurgia com toalhetes impregnados de clorexidina a 2% - Prolongar a administração prolongada de antibioterapia caso exame cultural do fluido de <i>Belzer</i> seja positivo para agentes patogénicos significativos - Necessidade de aumentar a notificação de infecção do local cirúrgico, pela equipa de enfermagem.
Chaves et al.	2020	Argentina	Estudo de coorte	Recetores de Transplante Renal	Período pré e pós-operatório	- Estudo comparou a utilização de ligaduras elásticas não esterilizáveis para proteção do penso cirúrgico com a utilização de ligaduras esterilizáveis, autoclavadas. - Autores concluíram que a mucormicose cutânea é uma doença evitável pois o meio de transmissão do fungo pode ser interrompido ou até mesmo eliminado através da adoção de uma técnica esterilizada.
Almaghra bi et al.	2021	Arábia Saudita	Estudo de coorte	Recetores de Transplante Renal e Hepático	Período pré e pós-operatório	- Um dos métodos recomendados é o tratamento de qualquer infecção antes do procedimento cirúrgico, tricotomia do local da incisão cirúrgica, a profilaxia antimicrobiana pré-operatória (60 minutos antes da cirurgia). - O controlo glicémico perioperatório e a oxigenação também demonstraram diminuir a taxa de infecção do local cirúrgico. - A máscara cirúrgica e a higiene rigorosa das mãos, bem como a limitação do número de visitas implementadas durante a pandemia da COVID-19, ajudaram a diminuir a taxa de infecção do local cirúrgico.

APÊNDICE II

(Jornal de Aprendizagem)

Nota Introdutória

No âmbito da Unidade Curricular Estágio final e Relatório e como ferramenta auxiliar e enriquecedora do trabalho desenvolvido ao longo do estágio em curso, irei apresentar este Jornal de Aprendizagem.

Um Jornal de Aprendizagem visa que o estudante reflita acerca da sua experiência, tendo por base o seu autoconhecimento e as situações com as quais se depara em contexto real, promovendo assim o desenvolvimento pessoal e profissional (Bond & Holland, 1998), pelo que escolhi esta modalidade de trabalho por pretender, precisamente, fazer uma análise reflexiva acerca de uma situação concreta da prática de cuidados que experienciei.

Estruturarei o meu Jornal de Aprendizagem de acordo com o Ciclo de Gibbs, incluindo todas as etapas que o compõem.

Iniciarei com a descrição da situação escolhida para análise e quais os pensamentos e sentimentos que despoletou em mim. Fazendo a reflexão acerca da situação serão identificados alguns aspetos positivos e negativos e analisarei qual o sentido que esta experiência teve para mim e o que foi ou poderia ter sido feito no momento. Irei concluir com uma projeção futura da postura a adotar em situações semelhantes, bem como os seus contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A situação em questão, acerca da qual irei fazer a reflexão ocorreu na decorrência do presente estágio em curso na Unidade de Cuidados Intensivos. Este estágio está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

Para este trabalho reflexivo, irei abordar uma situação em concreto, mas esta é uma reflexão que aborda um tema várias vezes experienciado na prática de cuidados ao doente em situação crítica e sua família e que considero relevante.

Jornal de Aprendizagem – Exercício Reflexivo:

A situação em reflexão surgiu no seguimento da prática de prestação de cuidados ao senhor J de 67 anos, tendo ocorrido em novembro durante o turno da manhã na Unidade de Cuidados Intensivos.

Contextualizando a situação, o senhor J, tratou-se de um doente já previamente internado no hospital, no Serviço de Observação da Urgência Geral. Recorreu à urgência por um episódio de hematúria, sendo admitido com o diagnóstico de cistite rádica hemorrágica.

A Cistite Rádica Hemorrágica (CRH) é uma sequela crónica da radioterapia pélvica, que resulta da toxicidade inerente à radioterapia e manifesta-se a nível da bexiga por endarterite obliterante progressiva a nível do urotélio, provocando hipoperfusão e isquemia crónica dos tecidos vascularizados pelos vasos afetados. Esta inflamação crónica pode manifestar-se desde meses a anos após radioterapia pélvica e desencadeia sintomas do trato urinário inferior e hematúria, que pode ser microscópica ou macroscópica com coágulos, e pode ainda variar entre ligeira e pontual a persistente ou recorrente e é muitas vezes refratária à terapêutica instituída (Browne et al., 2015).

Ainda no serviço de urgência, no contexto da hematúria com 6 dias de evolução, foi colocada uma drenagem vesical que se apresentou sempre pouco funcionante com saída de hematúria com coágulos, onde foi iniciada e mantida lavagem contínua.

Devido ao agravamento analítico, nomeadamente com agravamento das provas de função renal, foi colocado cateter de hemodialise de curta duração a nível da jugular interna esquerda. E o doente realizou sessão de hemodialise, no dia 16 de novembro, durante a sessão com quadro de hipotensão grave, alteração do estado de consciência e confusão. Foi possível reverter o quadro do doente, que regressou ao serviço de urgência e manteve-se em vigilância. Na madrugada do dia 17 de novembro foi encontrado no leito, com alteração de estado de consciência em peri paragem cardiorrespiratória. Foi nessa altura acionada a equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI) e o doente foi submetido a entubação oro traqueal, com colocação em ventilação mecânica invasiva (VMI), a volume controlado, e foi iniciado suporte aminérgico. Foi realizar TAC corpo e transferido para a unidade de cuidados intensivos, onde pelas 8h eu e o enfermeiro orientador iniciamos o nosso turno da manhã e a prestação de cuidados de enfermagem ao doente em questão.

Tendo em conta o quadro do doente, é possível afirmar que este apresenta uma tipologia adequada à definição de pessoa em situação crítica, segundo o Regulamento dos

padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica:

“Entende -se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”

É possível inferir que a prestação de cuidados a este doente se demonstrou de elevada complexidade, sendo de extrema importância a presença de competências clínicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pois “Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

No decorrer do turno vários procedimentos foram realizados, entre eles a colocação de um cateter venoso central a nível da jugular interna à direita e de uma linha arterial no membro superior direito. Posteriormente, o doente foi observado pela urologia que verificou a presença de coágulos a nível da bexiga e foi realizada uma vigorosa lavagem manual a nível da drenagem vesical, com saída de uma grande quantidade de sangue e coágulos. Foram realizadas 3 unidades de concentrado eritrocitário, 3 unidades de plasma e 5 gramas de fibrinogénio.

O doente manteve-se sempre instável hemodinamicamente, com tendência para a hipotensão com pressões arteriais médias (PAM) na ordem dos 50-55mmHg, apesar do aporte de volume com cristaloides e hemoderivados e do suporte aminérgico com noradrenalina em altas doses com associação de adrenalina. Mantinha ainda bastantes alterações gasimétricas, com acidose metabólica e hipercaliémia acentuada, pelo que foi dada indicação para início de técnica de substituição de função renal, Hemofiltração venovenosa contínua com anticoagulação com citrato. Decorrida cerca de 1 hora da técnica em curso, foi dada indicação para suspensão da anticoagulação, devido à manutenção de perdas hemáticas. Cerca de 2 horas após o início do tratamento, foi dada indicação médica

para alteração da técnica de substituição da função renal, sendo pretendido que o doente iniciasse Hemodiafiltração venovenosa contínua, para tal foi necessária a substituição de todo o circuito de sangue por um adequado à nova técnica.

Foi ainda colocada sonda nasogástrica, sendo que se optou por esta abordagem após várias tentativas de entubação orogástrica sem sucesso. Quando entubado o doente verificou-se a presença de conteúdo gástrico hemático, verificando-se a saída de cerca de 300cc de conteúdo com a sonda em drenagem. Verificado este quadro foi realizado exame de imagem com ecógrafo à cabeceira.

O doente manteve-se sempre hemodinamicamente instável, com pouca resposta a todas as medidas invasivas realizadas. Foi ainda ponderada a colocação de cateter PICCO, porém tendo em conta o mau prognóstico do doente, essa medida foi colocada de parte.

A equipa médica decidiu pela comunicação à família da situação do doente e do seu mau prognóstico, para que compreendessem a situação atual e que não existiam mais medidas viáveis para a sua recuperação. As técnicas em curso foram mantidas, permitindo que a família tivesse tempo para que pudesse despedir-se do doente e aguardar a chegada de um filho que se encontrava fora do país.

A equipa de enfermagem acompanhou a família e manteve-se presente enquanto solicitado, mostrando-se disponível e exercendo a competência especializada de comunicação com a família da pessoa em situação crítica, conforme descrito no Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica: “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.”

Esta capacidade é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, bem como a adequação dos recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos a que o doente seja sujeito, sendo o enfermeiro um elemento com um papel importante na gestão de recursos materiais e humanos do seu serviço.

Fazendo uma análise reflexiva desta situação numa perspetiva diferente, é possível compreender que existe muitas vezes um grande gasto de recursos materiais e humanos dedicados a um único doente, sendo importante uma adequada gestão dos recursos materiais em saúde, que é realizado pelo enfermeiro. Pode-se definir a gestão de recursos materiais em saúde como “o conjunto de práticas que assegurem materiais em quantidade e qualidade

de modo que os profissionais possam desenvolver seu trabalho sem correr riscos e sem colocar em risco os usuários dos serviços. Tendo em vista a garantia da continuidade da assistência com qualidade e a um menor custo.” (Castilho & Gonçalves, 2014)

A análise desta situação foi realizada com o enfermeiro orientador após a comunicação da decisão médica de não investir em mais medidas de recuperação do doente. Sendo que, a decisão de não colocação de cateter PICCO foi uma decisão multidisciplinar tomada conjuntamente com o enfermeiro, que alertou a equipa médica para a ponderação da necessidade e benefícios obtidos nesta situação em concreto, tendo aqui o enfermeiro um papel central na boa decisão de gestão de recursos.

Pensando num aspeto mais negativo, e que quando refletido com o enfermeiro orientador foi referido, aponto o facto da decisão da equipa médica de alteração da técnica de substituição da função renal de hemofiltração para hemodiafiltração e, consequentemente, de todo o circuito de sangue. Analisando a situação *à posteriori* e tendo em conta o prognóstico do doente, considero que esta decisão foi algo precipitada uma vez que acarretou custos materiais e de recursos humanos que não resultaram em nenhum benefício para o estado geral do doente, pois apenas cerca de 40 minutos após a alteração da técnica, foi tomada a decisão clínica de parar medidas de recuperação do doente.

Considero que estas são situações bastante complicadas de gerir e complexas, que acarretam uma grande responsabilidade da equipa multidisciplinar e implicam ponderações éticas e deontológicas. Em geral, penso que toda a equipa teve uma boa capacidade emocional e profissional de dar resposta à situação, apresentando uma boa comunicação e respeito pela opinião de todos os profissionais envolvidos, bem como na comunicação com a família do doente.

Concluo esta reflexão com os ganhos que esta situação e análise reflexiva me trouxeram a nível pessoal e profissional e com uma projeção da minha atuação futura em situações semelhantes. Relativamente aos contributos pessoais e profissionais, a experiência que me foi possível desenvolver ao longo deste turno com este doente, permitindo a realização e observação de diferentes técnicas e a observação da atuação de uma equipa especializada num doente crítico acompanhando todo o processo e decisões, foi bastante enriquecedor, uma vez que a minha prática de cuidados do dia a dia ocorre numa realidade diferente que não apresenta este tipo de oportunidades, e considero que terá um grande contributo para situações de crise que surjam capacitando-me para dar resposta de uma forma mais adequada e ponderada.

Outro contributo que levo para o meu futuro enquanto profissional é o facto de estar mais sensível à questão da gestão de recursos materiais e humanos, sendo que nunca tinha feito uma reflexão tão exaustiva acerca deste tema e que sem dúvida considero que terá impacto na minha prática do dia-a-dia.

Como conclusão, espero que a continuidade do estágio traga mais oportunidades de aquisição de conhecimentos e competências e mais momentos enriquecedores que permitam uma análise reflexiva tão completa como a que aqui foi conseguida, incidindo em diferentes aspetos da prática de cuidados. Continuando a contribuir ativamente na minha capacitação para a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Referências Bibliográficas

1. Bond M & Holland S. (1998). Skills of Clinical Supervision for nurses. Buckingham: Open University Press.
2. Browne C, Davis NF, Mac Craith E, et al. (2015). A Narrative Review on the Pathophysiology and Management for Radiation Cystitis. *Adv Urol.* 2015. doi:10.1155/2015/346812
3. Castilho, V. & Gonçalves, V. L. M. (2014). Gerenciamento de Recursos Materiais. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.155-167
4. Gibbs. G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching & learning methods.* Oxford: Oxford Brooks University
5. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 25 de novembro de 2017. Leiria
6. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, N.º 26, 06 de fevereiro de 2019, 4744–4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
7. Regulamento n.º 429/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República*, 2ª Série, N.º 135, 16 de julho de 2018, 19359-19370. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE III

(Ficha de Leitura - Alteplase)

Ficha de Leitura

Tema de estudo: Administração de Alteplase no AVC isquémico

Bibliografia:

- American Heart Association [AHA] (2018). Ischemic Stroke. America: American Stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto* (norma 015/2017). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Gil, A.I.C., (2023). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com AVC Isquémico Submetida a Trombólise na UCI*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45648/1/Relatorio%20Final.pdf>
- Infarmed (2021). Folheto Informativo: Informação para o utilizador – Actilyse Disponível em: <https://diluir.me/files/Alteplase.pdf>

Principais ideias/ intervenções de enfermagem:

- O AVC Isquémico ocorre devido à interrupção da circulação sanguínea cerebral provocada por um trombo (coágulo da artéria) ou êmbolo (de origem cardíaca ou nas artérias do pescoço), que provoca isquemia e, por sua vez enfarte (AHA, 2018b).
- De entre os vários tipos de AVC, o Isquémico assume uma maior prevalência ocorrendo em 87% dos casos (AHA, 2018b).
- No caso de um AVC Isquémico existem várias intervenções terapêuticas eficazes e comprovadas cientificamente. As orientações americanas e europeias, mais recentes, preconizam que, nos casos indicados, seja administrada o mais precocemente possível a terapêutica fibrinolítica (trombólise), dentro de uma janela temporal de 4 horas e 30 minutos e/ou a realização de trombectomia até um período máximo de 24 horas desde o início dos sintomas. Estes procedimentos aumentam significativamente a probabilidade de restabelecimento da circulação arterial cerebral e a regressão dos défices neurológicos instalados
- A trombólise consiste num tratamento iniciado na fase aguda do AVC Isquémico com a capacidade de restaurar o fluxo sanguíneo devido à administração do ativador plasminogénio tecidual recombinante [rt-PA], também designado de alteplase. A função principal da trombólise é a desobstrução da artéria antes que exista uma lesão tecidual irreversível
- O uso do agente trombolítico Alteplase, ou ativador do plasminogénio tecidual recombinante (rt-PA), foi aprovado pelo *Food and Drugs Administration* (FDA), nos Estados Unidos, em julho de 1996.
- O Alteplase tem eficácia comprovada há mais de 10 anos, ainda assim, existem algumas dificuldades na sua implementação na prática clínica rotineira, sendo somente uma pequena proporção de doentes, aproximadamente de 2 a 4%, tratada com rt-PA. Entre os principais entraves encontrados na literatura para o uso desta medicação estão: a estreita janela de tempo terapêutico; as complicações decorrentes do uso, como hemorragia intracraniana e angioedema orolingual; o custo elevado do

tratamento; a ausência ou quantidade limitada de unidades especializadas no tratamento de doentes com AVC (*Stroke Unit*); a dependência de infraestrutura e tecnologia nos serviços de saúde para tratamento adequado; o despreparo dos profissionais de saúde na implementação da terapêutica; e desconhecimento da população dos sinais de reconhecimento de um AVC.

- Indicações da trombólise com base nas guidelines da AHA (2019) e nas orientações da DGS (2017b):
 - ▶ Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico;
 - ▶ Tempo de evolução até 4 horas e 30 minutos;
 - ▶ Idade > a 18 anos;
 - ▶ TC-CE sem hemorragia;
 - ▶ TA $\leq$ 185 / 110 mm Hg (sem medidas agressivas);
 - ▶ Defeitos neurológicos incapacitantes para o doente (independente do NIHSS);
 - ▶ NIHSS inicial > 4, (exceto afasia);
 - ▶ INR $\leq$ 1,7 - APTT normal com administração de heparina < 48 h
 - ▶ Plaquetas $\geq$ 100.000/ mm³
 - ▶ Glicemia > 50 mg/dl < 400 mg/dl.
- Critérios de Exclusão Absolutos de administração de Alteplase com base nas guidelines da AHA (2019) e nas orientações da DGS (2017b):
 - ▶ Início dos sintomas > 4 horas e 30 minutos;
 - ▶ Desconhecimento do horário do início dos sintomas ou despertar com a sintomatologia;
 - ▶ TC-CE com hipoatenuação franca sugerindo lesão irreversível ou hipoatenuação extensa;
 - ▶ Pressão Arterial Sistólica > 185 mm/Hg ou diastólica > 110 mm/Hg, não corrigível;
 - ▶ Diátese hemorrágica conhecida;
 - ▶ Glicémia capilar inicial < 50 mg/dl ou > 400 mg/dl que não sejam corrigíveis;
 - ▶ História de hemorragia intracraniana prévia;
 - ▶ Sintomas sugestivos de Hemorragia Subaracnoídea;
 - ▶ História de hematoma intracerebral;
 - ▶ AVC Isquêmico ou EAM < 3 meses;
 - ▶ Neoplasia intracraniana maligna;
 - ▶ Suspeita de disseção da aorta;
 - ▶ Cirurgia major nos últimos 14 dias;
 - ▶ Punção de LCR < 7 dias;
 - ▶ Punção recente em vaso sanguíneo não compressível;
 - ▶ Hemorragia ativa;
 - ▶ Tumor ou hemorragia gastrointestinal ou génito-urinária nos últimos 21 dias;
 - ▶ Úlcera gastrointestinal < 3 meses, varizes esofágicas e aneurismas;
 - ▶ Coagulopatias: plaquetas < 100.000/mm, uso de heparina nas últimas 48h com aPTT > 40 segundos; administração de dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 12 horas;
 - ▶ Uso de anticoagulantes com INR $\geq$ 1,7, ou TP >15 segundos;
 - ▶ TCE fechado e/ou trauma face < 3 meses;
 - ▶ Retinopatia hemorrágica;

- ▶ Pancreatite aguda;
- ▶ Doença hepática grave;
- ▶ Suspeita de endocardite bacteriana ou pericardite;
- ▶ Convulsão no início do AVC.
- Critérios de Exclusão Relativos de administração de Alteplase
 - ▶ Pontuação NIHSS > 25;
 - ▶ TC-CE com edema cerebral ou efeito de massa;
 - ▶ TC-CE com sinais precoces de enfarte > 33% de território da ACM;
 - ▶ Hipertensão Arterial Sistêmica grave e não controlada (não iniciar rt-PA se TAs > 185 mmHg ou TAd > 110 mmHg);
 - ▶ RCP traumática ou > 10 minutos < 10 dias;
 - ▶ Demência ou outras patologias intratáveis;
 - ▶ Cirurgia major < 3 semanas;
 - ▶ Gravidez ou puerpério;
 - ▶ Úlcera péptica ativa;
 - ▶ Consumo de cocaína.
- A trombólise pode ser realizada em unidades descentralizadas, as designadas unidades de “Nível B”, como preconizado na Norma N.º 015/2017 (DGS, 2017b).
- A dose recomendada, em caso de AVC isquémico, é 0,9 mg substância/Kg de peso corporal (máximo de 90 mg) em perfusão intravenosa durante 60 minutos, sendo 10% da dose total administrada como bólus intravenoso inicial e o tratamento deve ser iniciado nas 3 horas subsequentes ao início da sintomatologia
- A substância ativa do Actilyse é o alteplase, uma glicoproteína que ativa o plasminogénio diretamente em plasmina. Quando administrado intravenosamente, o alteplase permanece relativamente inativo no sistema circulatório, porém, uma vez ligado à fibrina, é ativado, induzindo a conversão do plasminogénio em plasmina e conduzindo à dissolução de coágulos de fibrina, sendo este o seu mecanismo de ação.
- O tratamento trombolítico/fibrinolítico exige uma monitorização adequada, e só deve ser usado por médicos experientes e treinados no uso de tratamentos com trombolíticos e com meios disponíveis para monitorizar o mesmo.
- O risco de hemorragia intracraniana é aumentado em doentes idosos, pelo que nestes doentes a avaliação benefício-risco deve ser cuidadosamente efetuada.
Em comparação com as outras indicações, os doentes com acidente vascular cerebral isquémico agudo tratados com Actilyse têm um risco marcadamente aumentado de hemorragia intracraniana, na medida em que a hemorragia ocorre predominantemente na área enfartada.
- Não se deverá administrar mais de 0.9 mg de alteplase/kg de peso corporal (máx. de 90 mg) dado o risco aumentado de hemorragia cerebral, e tratamento não deve ser iniciado após as 3 horas subsequentes ao início dos sintomas, devido a uma relação benefício-risco desfavorável, pois os efeitos favoráveis do tratamento decrescem ao longo do tempo, as taxas de mortalidade aumentam, particularmente nos doentes que efetuaram um tratamento anterior com ácido acetilsalicílico e o risco aumenta no que respeita a hemorragias sintomáticas.
- Parece justificada a monitorização da pressão arterial (PA) durante a administração do tratamento e nas 24 h subsequentes; também é recomendada uma terapia anti-

hipertensiva intravenosa se a PA sistólica > 180 mm Hg ou a PA diastólica > 105 mm Hg.

- O benefício terapêutico é reduzido nos doentes que já tenham sofrido um acidente vascular cerebral anterior ou nos quais se conhece uma diabetes não controlada; logo, nestes doentes a relação benefício-risco é considerada menos favorável, mas ainda positiva.
- Nos doentes com um acidente vascular cerebral muito discreto, os riscos ultrapassam o benefício esperado.
- Os doentes com um acidente vascular cerebral muito grave apresentam um risco mais elevado de hemorragia intracerebral e morte e não devem ser sujeitos ao tratamento
- Os doentes com grandes enfartes apresentam um risco superior de obter uma evolução desfavorável, incluindo hemorragia grave e morte. Nestes doentes, a relação benefício-risco deve ser cuidadosamente considerada.
- A reperfusão da área de isquemia pode induzir um edema cerebral na zona enfartada, pelo que, não se deve iniciar o tratamento com inibidores da agregação plaquetária nas primeiras 24 horas após a trombólise com alteplase, devido a um aumento do risco hemorrágico.
- A reação adversa mais frequente associada a Actilyse é a hemorragia, resultando na descida dos valores de hematócrito e/ou hemoglobina. Os tipos de hemorragia associados à terapêutica trombolítica podem ser divididos em duas categorias distintas:
 - hemorragia superficial, normalmente por punções ou vasos sanguíneos danificados
 - hemorragias internas do trato gastrointestinal ou urogenital, retroperitoneal ou do sistema nervoso central ou hemorragia dos órgãos parenquimatosos.
- A hemorragia intracerebral sintomática é o principal efeito adverso do Actilyse no tratamento do acidente vascular cerebral isquémico agudo (até 10% dos doentes).
- Quanto à atuação da Enfermagem junto ao doente com AVC submetido a trombólise, percebe-se a necessidade da prestação de cuidados especializados, isto devido à especificidade do tratamento, sendo requerido do enfermeiro que detenha competências e habilidades para prestar assistência de forma individualizada e integral. Isto inclui a necessidade de possuir conhecimento e competências de manipulação do agente trombolítico Alteplase, principalmente no preparo e administração. Desde o conhecimento relacionado com farmacologia da terapêutica, como o seu mecanismo de ação, excreção e atuação nos sistemas orgânicos, incluindo conhecimentos de semiologia e técnica, bem como da avaliação clínica do estado de saúde do doente.
- Preparo da solução:
 - A solução reconstituída deve ser administrada intravenosamente e é de uso imediato.
 - Dissolver o conteúdo de um frasco de Alteplase liofilizado (10 mg ou 20 mg ou 50 mg) com água para injetáveis esterilizada (10 ml ou 20 ml ou 50 ml, respetivamente) em condições assépticas, para obter uma concentração final de 1 mg de alteplase por ml, utilizando a cânula de transferência que está incluída na embalagem de Alteplase 20 mg/20 ml e 50 mg/50 ml, ou uma seringa estéril para Alteplase 10 mg/10 ml.

- A solução reconstituída de 1 mg/ml pode ser posteriormente diluída com solução estéril de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) para injeção até uma concentração mínima de 0,2 mg/ml, já que a ocorrência de turbidez da solução reconstituída não pode ser evitada.
- Alteplase não deve ser administrado concomitantemente com outros medicamentos, nem no mesmo frasco de infusão, nem no mesmo acesso venoso (nem mesmo com heparina).

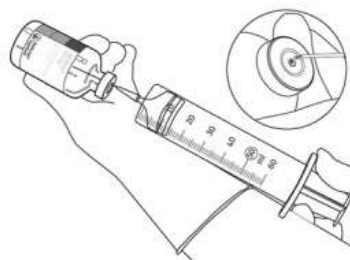
Tempo	Miligramagem	Procedimento
1-2 minutos	10% da dose total	Retirar 10% da dose total de Alteplase, utilizando seringa estéril. Iniciar a administração por via intravenosa durante 1 a 2 minutos
60 minutos	90% da dose total	Infundir por via intravenosa os 90% restantes da dose total durante 60 minutos

1	Reconstitua imediatamente antes da administração	
2	Retire as cápsulas de proteção nos dois frascos contendo a água estéril para injetáveis e a substância seca de Actilyse com o polegar num movimento para cima.	
3	Esfregue a parte de cima de borracha de ambos os frascos com um toalhete de álcool.	
4	Retire o sistema de transferência da embalagem*. Não desinfete ou esterilize o sistema de transferência; já está esterilizado. Remova uma das cápsulas.	

5	Coloque o frasco de água estéril para injetáveis numa superfície plana, na vertical. Utilize o sistema de transferência para perfurar verticalmente o centro da tampa de borracha pressionando de forma gentil, mas com firmeza e sem rodar.	
6	Segure o frasco de água estéril para injetáveis e o sistema de transferência com uma mão de forma firme através das duas abas laterais. Remova a cápsula restante da parte superior do sistema de transferência.	
7	Segure o frasco de água estéril para injetáveis e o sistema de transferência com uma mão de forma firme através das duas abas laterais. Segure o frasco da substância seca de Actilyse acima do sistema de transferência e posicione a ponta do sistema de transferência mesmo no centro da tampa. Pressione verticalmente, para baixo, o frasco com a substância seca sobre o sistema de transferência de modo a perfurar a tampa de forma gentil mas com firmeza e sem rodar.	

		
8	Inverta a posição dos dois frascos de modo a que a água passe na totalidade para o frasco com a substância seca.	 
9	Retire o frasco de água vazio conjuntamente com o sistema de transferência. Estes podem ser rejeitados.	

10	Pegue no frasco com Actilyse reconstituído e gire circularmente de modo suave a fim de dissolver o pó na totalidade, mas não agite pois isso produzirá espuma.	
	Caso se tenham formado bolhas, deixe a solução repousar por uns minutos para que estas desapareçam.	
11	A solução consiste em 1 mg/ml de Actilyse. Deverá ser clara e incolor a amarela pálida e não deverá conter quaisquer partículas.	

12	Retire a quantidade pretendida usando uma agulha e uma seringa. Não use o furo já existente no sistema de transferência de modo a evitar fugas.	
13	Use imediatamente. Rejeite a solução não utilizada.	

APÊNDICE IV

(Ficha de Leitura - VMI)

Ficha de Leitura

Tema de estudo: Ventilação mecânica invasiva: Algumas ideias chave

Bibliografia:

- ↗ DGS (021/2015). “Feixe de Intervenções” de prevenção da pneumonia associada à intubação” 17 de novembro de 2022. Consultado em 1 de dezembro de 2023. Disponível em: Norma 2 (novo design) _SPMS_ V2 (dgs.pt);
- ↗ Guimarães, H. P., Falcão, L. F., & Orlando, J. M. (2008). Guia prático de UTI. São Paulo, Brasil: Atheneu;
- ↗ Hetland, B., Heusinkvelt, J., Krabbenhoft, L., & Grotts, E. (2018). Mechanical ventilation weaning: An evidence-based review. *Nursing Critical Care*, 13(6), 5-16. doi: 10.1097/01.CCN.0000544397.74806.9a
- ↗ Kreit, J. W. (2017). *Mechanical Ventilation: Physiology and Practice* (2ª ed.). Oxford University Press
- ↗ D., Medeiros, E., Alegretti, L., Bandalotto, D. & Maraschin, O. (2012). Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. *Journal of Biothechnology and Biodiversity*, 3(1), 18-24. Disponível em <file:///C:/Documents%20and%20Settings/alertchs/Os%20meus%20documentos/Downloads/117.pdf>
- ↗ Menezes, G., Carvalho, M. & Gois, A. (2013). Cuidados de Enfermagem no desmame da ventilação mecânica invasiva. *Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde*. 1(17), 93-102. Disponível em <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/viewFile/1005/539>;
- ↗ Pham, T., Brochard, L. J., & Slutsky, A. S. (2017). Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Clinic proceedings*, 92(9), 1382–1400. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.05.004>
- ↗ Sousa, L., Duque, H. & Ferreira, A. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva. Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência;
- ↗ Vaz, I.M., Maia, M., Castro e Melo, A.M., & Rocha, A. (2011). DESMAME VENTILATÓRIO DIFÍCIL O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Medica Portuguesa*, 24, 299-308
- ↗ Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). *Critical Care Nursing - Diagnosis and Management* (9ª ed.). Elsevier

- ✉ Vetrugno, L., Guadagnin, G. M., Brussa, A., Bruni, A., Longhini, F., & Bove, T. (2020). Mechanical ventilation weaning issues can be counted on the fingers of just one hand. *The Ultrasound Journal*, 12(11), 1 - 10. doi: 10.1186/s13089-020-00160-z

Principais ideias/ intervenções de enfermagem:

- A necessidade de método de suporte ventilatório invasivo por falência da capacidade autónoma de ventilação é um dos principais critérios para admissão na Unidade de Cuidados intensivos.
- A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é um método de suporte e não curativo. Tem indicações específicas, complicações e tem possíveis repercussões associadas, quer a nível hemodinâmico, quer a nível funcional.
- O seu objetivo major é melhorar as trocas gasosas diminuindo o esforço respiratório. Atua substituindo o trabalho respiratório enquanto se processa a reversão total ou parcial dos processos patológicos que desencadearam a sua necessidade e permite a recuperação da função pulmonar e tem por fundamento melhorar as trocas gasosas, evitar lesões pulmonares e diminuir o trabalho respiratório.
- A interface que é mais comumente utilizada é o tubo orotraqueal (TOT), existindo também a possibilidade de conexão ao ventilador via traqueostomia. A técnica de entubação nasotraqueal caiu em desuso pelas sequelas e intercorrências para os doentes, apesar de ser mais fácil a entubação.
- Como complicações associadas à ventilação mecânica invasiva são apresentadas por Sousa et al (2012):
 - Disfunção dos mecanismos da higiene traqueobrônquica - aumento e alteração das características das secreções, disfunção mucociliar e tosse ineficaz);
 - Compromisso cardiovascular – diminuição do retorno venoso devido ao aumento da pressão intratorácica;
 - Diminuição da expansibilidade torácica;
 - Alteração da relação ventilação/perfusão - aumento da desproporção ventilação/perfusão e do espaço morto;
 - Assincronia doente/ventilador - pode diminuir a eficácia da ventilação e provocar sofrimento psicológico;
 - Lesão mecânica das vias aéreas de contacto com o tubo endotraqueal, e barométricas pela pressão positiva;
 - Aumento do risco de infeção;
 - Descondicionamento dos músculos respiratórios;

- Diminuição da performance ou mesmo a paresia muscular dos músculos respiratórios (principalmente o diafragma);
- Distúrbios gastrointestinais;
- Pneumonia associada à intubação;
- Extubação acidental - Os fatores de risco associados à auto extubação incluem o aumento do nível de consciência do doente, sedação inadequada, agitação, confusão e desconforto;
- Oclusão do tubo endotraqueal.
- As complicações decorrentes do uso da ventilação mecânica variam em intensidade de acordo com a doença de base, o tempo de permanência em prótese respiratória, o modo e a técnica ventilatória.
- O desmame ventilatório inicia-se quando a causa que levou à necessidade de suporte ventilatório estiver resolvida ou exista evidência de uma melhoria do estado clínico do doente.
- O desmame ventilatório compreende todo o processo até que ocorra a extubação, sendo constituído por quatro fases consecutivas.
 1. Avalia-se o estado clínico do doente relativamente à doença subjacente que levou à intubação, se o distúrbio inicial está resolvido, ou melhorou significativamente poderá iniciar o processo de desmame ventilatório.
 2. Verifica-se os critérios preditores de sucesso do desmame
 3. Realiza-se os testes de respiração espontânea (TRE), que avaliam a capacidade do doente para respirar de forma autónoma e se não tiver sinais de intolerância poderá se proceder à quarta fase
 4. Extubação
- Relativamente às intervenções do enfermeiro nos cuidados ao doente em ventilação invasiva, o seu objetivo para além de garantir a segurança do doente e a qualidade os cuidados, é que estes promovam um processo de desmame ventilatório e extubação precoce. Aqui incluem-se:
 - Avaliação do nível de consciência, padrão respiratório e cardiovascular;
 - Nível de mobilidade do doente e posicionamentos;
 - Elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45 graus (salvo contraindicações médicas) e evitar a posição supina - reduz a incidência de refluxo gastroesofágico, subsequentemente diminui a aspiração de secreções orofaríngeas;
 - Aspiração de secreções orofaríngeas quando necessária;
 - Controlo da pressão do cuff do tubo endotraqueal ou traqueostomia;

- Realizar higiene oral com gluconato de clorexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico;
- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou não funcionantes;
- Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;
- Avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação;
- Avaliação periódica de parâmetros de gasimetria arterial;
- Garantia do estado nutricional;
- Compreensão do doente e da família relativa ao processo de desmame;
- Vigiar sinais de paragem cardiorrespiratória.

APÊNDICE V

**(Póster – Cuidados de Enfermagem
ao Doente Transplantado de órgãos
sólidos em contexto de urgência)**



Cuidados de Enfermagem ao Doente Transplantado de órgãos sólidos em contexto de Urgência



Os doentes transplantados apresentam uma vulnerabilidade acrescida, e muitas vezes a gestão das complicações que surgem são um desafio para as equipas de profissionais de saúde.

A INFEÇÃO É A COMPLICAÇÃO MAIS COMUM

- ✚ O sinal mais comum é a febre.
- ✚ Os Transplantados são mais vulneráveis a infeções devido:
 - Ao uso de imunossuppressores
 - Às imunodeficiências secundárias
 - À cirurgia
- ✚ Raramente o órgão transplantado é a fonte da infeção, e o risco de infeção varia de acordo com o enxerto recebido → Menor: recetores de rim → Maior: recetores de fígado e pulmão
- ✚ No 1º mês após transplante são mais comuns as infeções associadas ao local cirúrgico ou de ex-local de dispositivos médicos, bem como as infeções nosocomiais.
- ✚ Entre 1º e o 6º mês após transplante são as infeções oportunistas (Cotomegalovírus p.e) que têm maior incidência.
- ✚ A partir dos 6 meses após o transplante as mais comuns são infeções adquiridas.

IMUNOSSUPRESSÃO

Efeitos adversos comuns:

- ☐ Disfunção renal
- ☐ Anemia
- ☐ Síndrome metabólica
- ☐ Efeitos gastrointestinais.
- A sua toma diária deve ser garantida, pois a não administração mesmo a curto prazo trará disfunção do enxerto.
- Se sintomas gastrointestinais:
 - ➔ imunossupressão em formulações endovenosas em dose ajustada.
- Os imunossuppressores mais usados em Portugal são a associação: Prednisolona + Micofenolato de Mofetilo ou Sirolimus + Ciclosporina ou Tacrolimus.
- **IMPORTANTE:** O Tacrolimus existe em formulação ADVAGRAF (formulação de libertação prolongada é feita 1 toma/dia) e PROGRAF (2 tomas/dia)
- A dosagem de imunossupressão é variável de doente para doente e depende dos níveis analíticos apresentados (análise em tubo de hemograma – nível de imunossupressão)

DISFUNÇÃO DO ENXERTO:

RENAL

- Complicações vasculares, hematoma, obstrução e linfocèle

HEPÁTICO

- Defeitos vasculares, mau funcionamento das vias biliares e coleções de fluidos

CARDÍACO

- Vasculopatia e disritmia.

PULMONAR

- Disfunção das vias respiratórias, do nervo frénico e coleções de líquido pleural

REJEIÇÃO

- Hiperaguda (ocorre minutos ou dias após transplante)
- Aguda (surge frequentemente nos primeiros 6 meses após transplante, é a mais comum e provoca a destruição do enxerto)
- Crónica (ocorre a longo prazo e é a lenta e progressiva perda de função do enxerto).

Independentemente do tipo de rejeição, os sinais de perigo incluem febre e/ou sintomas febris, hipertensão, edemas ou aumento súbito de peso, alterações no ritmo cardíaco, dispneia, dor e sensibilidade no local do transplante e alterações a nível da função do enxerto (pode ser avaliada através de provas de função em análises ao sangue).



Sempre que um transplantado dá entrada na urgência deve ser contactado o Centro de Transplantação onde é seguido.



Enfª Beatriz Miguel – Estudante de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa
Orientação - Profª Dr.ª Lurdes Martins
Supervisão clínica - Enfª Especialista Rita Palmeiro
Lisboa, outubro de 2023

Referências Bibliográficas:

Long, B., Koyfman, A. (2016). The emergency medicine approach to transplant complications. The American Journal of Emergency Medicine, 34(11), 2200-2208. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.08.049>
Costa, H., Vale, P., Aguiar, R. (2008). Transplantes e Rejeição – A doença Graft vs Host. [trabalho não publicado]. Universidade de Évora
Instituto Português do Sangue e Transplantação (2020). Doação e Transplantação. Acedido a 10/10/2023 e disponível em <https://www.institutoportugues.org.pt/transplantes>
Schroder, C., Hillebrand, U., Vobis, L.J. et al. Organtransplantierte Patienten in der Notaufnahme. Notfall Rettungsmedizin (2023). <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01169-2>

APÊNDICE VI

**(Póster – Cuidados de Enfermagem na
prevenção da infecção ao local cirúrgico
em doentes transplantados renais nos
períodos pré e pós-operatório: protocolo
de uma *scoping review*)**

Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção ao local cirúrgico em doentes transplantados renais nos períodos pré e pós-operatório: protocolo de uma *scoping review*

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre a prática de cuidados de enfermagem na prevenção de infecção do local cirúrgico nos doentes transplantados renais nos períodos pré e pós-operatório.

Infecção

- Pós primeiro transplante renal: cerca de 18,5%;
- Aumenta em 7 a 11 os dias de internamento;
- Aumenta 2 a 11 vezes o risco de morte.

**Infeção de local
Cirúrgico**

- Divide-se em incisional (superficial ou profunda) e de espaço/órgão;
- Taxa de infecção do local cirúrgico pós-transplante: 5-40%.

Transplante

Transferência de células, tecidos ou órgãos do dador para o recetor, com a finalidade de repor uma função perdida.

Transplante Renal

- Objetivo: repor as funções renais perdidas ou ineficazes;
- Melhor qualidade de vida e longevidade e relação eficácia/custo;
- As complicações infecciosas continuam a ser a causa mais frequente de morte após o transplante renal.



METODOLOGIA

Questão de revisão:

Quais os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção do local cirúrgico no doente transplantado renal no pré e pós-operatório?

População: adultos e idosos submetidos a transplante renal;

Conceito: cuidados de enfermagem e prevenção da infecção do local cirúrgico;

Contexto: período pré-operatório e pós-operatório (imediato, mediato e tardio).

Resultados:

- ❖ Instrumento de extração de dados: PRISMA-ScR
- ❖ Extração dos dados por um revisor e verificada por outro.
- ❖ Espera-se promover a redução de complicações associadas ao transplante, a execução de práticas que aumentem a segurança e a excelência do cuidado, bem como a sensibilização para o tema.

Discussão:

- ❖ Necessário reajuste dos descritores nas bases de dados para obter resultados de pesquisa viáveis e conclusões baseadas na evidência científica.
- ❖ Existência de poucos estudos que relacionem a infecção do local cirúrgico com o transplante e ainda menos incluindo transplante renal e cuidados de enfermagem preventivos.
- ❖ Demonstrar a importância do tema e alertar para a necessidade de produção científica neste âmbito.

Bases de dados utilizadas:
CINAHL via plataforma
EBSCOhost; MEDLINE via
Pubmed; *Cochrane Database of
Systematic Reviews*; Scopus.

Estudos: qualitativos,
quantitativos ou mistos, revisões
da literatura e literatura cinzenta;
Português, inglês ou espanhol

[illegible]

Autoria(s): Beatriz Miguel¹, Joana Sampaio², Lurdes Martins³, Sérgio Deodato⁴
¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa; ² Professora Auxiliar - ICS - UCP; PhD - Enfermagem - UCP; ³ Professor Associado - UCP; PhD - Enfermagem