



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

---

LISBOA · PORTO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO INTEGRADO À  
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em  
Situação Crítica

Por  
Andreia Filipa Ribeiro Baptista Oliveira

Porto – abril 2023





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

---

LISBOA · PORTO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO INTEGRADO À  
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**THE NURSE ROLE IN INTEGRATED CARE FOR PEOPLE IN  
CRITICAL SITUATION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em  
Situação Crítica

Por

Andreia Filipa Ribeiro Baptista Oliveira

Sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto – abril 2023



## RESUMO

O presente relatório é o culminar do percurso académico inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Tem como objetivo retratar e descrever as experiências vividas durante o período de estágio, sob a forma de reflexão crítica e enquadrá-las no processo de aprendizagem. Este, deve ser analisado com base nas competências reconhecidas ao Mestre e Enfermeiro Especialista, durante a prestação de cuidados de enfermagem integrados à pessoa e família.

Estruturalmente encontra-se dividido em dois capítulos distintos, mas complementares, dado o carácter contínuo e sequencial do período de estágio. Tem como temas centrais o papel do Enfermeiro na Prevenção e Controlo de Infecção e no Processo de Doação de Órgãos. O Capítulo I, reflete o percurso realizado até ao momento, onde é feita uma breve menção à experiência profissional anterior e ao período de estágio decorrido no 1º ano do Curso de Mestrado, pela sua importância na definição de objetivos e expectativas para o percurso que agora finda. Em simultâneo, serve de base sustentadora, a partir da qual se evoluiu na reformulação e aprofundamento do conhecimento e pensamento. Por fim, são também exaltadas as competências e habilidades, que estas vivências conferiram ao exercício da profissão. Realça-se aqui, as competências inerentes à gestão de prioridades, resposta atempada e melhoria contínua da qualidade em articulação com a atuação na prevenção e controlo de infeção, através da apresentação de uma proposta de otimização da abordagem a doentes portadores de Carbapenemases resistentes aos Carbapenemos.

O Capítulo II, explora o período de estágio, mediante os Domínios de Competência Comuns do Enfermeiro Especialista. Neste ponto, são explanados os objetivos mais pertinentes desenvolvidos durante o contato, associados a uma análise crítico-reflexiva sustentada em fundamentações teóricas, acerca das atividades realizadas. Estas, são em determinadas situações descritas e examinadas sob a forma de casos clínicos e/ exemplos práticos, de forma a facilitar a análise e compreensão. Dentro das principais aprendizagens, destaca-se o desenvolvimento da assertividade da ação e resposta, alicerçadas em competências de juízo crítico no desenvolvimento de soluções diferenciadas, no cuidado à pessoa e família. A par, e como principais contributos referem-se os trabalhos realizados nas áreas de Prevenção e Controlo de Infecção e Aprendizagem Profissional, através do desenvolvimento de um instrumento de auditoria para monitorização e caracterização das práticas e da realização de uma Revisão da Literatura, sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para melhorar a comunicação com os familiares dos dadores de órgãos, respetivamente.

A abordagem aos objetivos e atividades, sob a forma de relatório escrito, permite uma reflexão profunda sobre as competências e habilidades adquiridas durante este percurso, capazes de capacitar e fundamentar a tomada de decisão e consequentemente otimizar e aperfeiçoar a prestação de cuidados, em segurança e qualidade, nas intervenções profissionais futuras. Por fim, fruto da reflexão realizada, sessão levantadas hipóteses relativamente aos próximos objetivos profissionais, numa procura contínua pela diferenciação e perícia profissional.

**Palavras-Chave:** Cuidado Integrado; Pessoa em Situação Crítica; Controlo de Infecção; Doação de Órgãos



## ABSTRACT

This report is the culmination of the academic journey within the master's degree in nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing, in the area of the Person in Critical Situation, of the Institute of Health Sciences at the Universidade Católica Portuguesa. It aims portraying and describing the experiences lived during the internship period, in the form of critical reflection and framing them in the learning process. This should be analyzed based on the competencies recognized to the Master and Nurse Specialist, during the provision of integrated nursing care to the person and family.

It is structurally divided into two distinct but complementary chapters, given the continuous and sequential nature of the internship period. Its main themes are the role of the Nurse in Infection Prevention and Control and the Organ Donation Process. Chapter I reflects the path taken so far, where a brief mention is made of the previous professional experience and the internship period in the 1st year of the master's course, due to its importance in defining the objectives and expectations for the course that is now ending. Simultaneously, it serves as a sustaining basis, from which we evolved in the reformulation and deepening of knowledge and thinking. Finally, the competencies and skills that these experiences conferred on the exercise of the profession are also highlighted. We highlight here the skills inherent to the management of priorities, timely response, and continuous quality improvement in articulation with the performance in infection prevention and control, through the presentation of a proposal for optimizing the approach to patients with *Carbapenem-resistant Enterobacterales*.

Chapter II explores the internship period through the Domains of Common Competence of the Nurse Specialist. Here, the most relevant objectives developed during the contact are explained, associated with a critical-reflective analysis supported by theoretical foundations about the activities performed. These, in certain situations, are described and examined in the form of clinical cases and/or practical examples, to facilitate analysis and understanding. Among the main learning outcomes, the development of assertiveness of action and response stands out, based on critical judgment skills in the development of differentiated solutions in caring for the person and the family. In addition, and as main contributions, the work carried out in the areas of Infection Prevention and Control and Professional Learning should be mentioned, through the development of an audit tool for monitoring and characterization of practices and the performance of a Literature Review on the strategies used by nurses to improve communication with the relatives of organ donors, respectively.

The approach to the objectives and activities, in the form of a written report, allows for a deep reflection on the skills and abilities acquired during this journey, which are capable of empowering and supporting decision-making and, consequently, optimizing and improving the provision of safe and quality care in future professional interventions. Finally, because of the reflections made, hypotheses were raised regarding the next professional goals, in a continuous search for professional differentiation and expertise.

**Keywords:** Integrated Care; Critically Ill Patient; Infection Control; Organ Donation



*Segue o teu destino*

*Segue o teu destino,  
Rega as tuas plantas,  
Ama as tuas rosas.  
O resto é a sombra  
De árvores alheias.*

*A realidade  
Sempre é mais ou menos  
Do que nós queremos.  
Só nós somos sempre  
Iguais a nós-próprios.*

*Suave é viver só.  
Grande e nobre é sempre  
Viver simplesmente.  
Deixa a dor nas aras  
Como ex-voto aos deuses.*

*Vê de longe a vida.  
Nunca a interrogues.  
Ela nada pode  
Dizer-te. A resposta  
Está além dos deuses.*

*Mas serenamente  
Imita o Olimpo  
No teu coração.  
Os deuses são deuses  
Porque não se pensam.*

Ricardo Reis



## **AGRADECIMENTOS**

Este percurso revelou-se exigente, longo e por vezes difícil. A motivação, consistência e vontade, foram muitas vezes fracas e avaladas... Mas todos os momentos se tornaram leves e breves, com a ajuda de todos os que ajudaram a que fosse menos solitário e possível.

À Professora Patrícia Coelho, pela orientação, conhecimento e partilha, mas acima de tudo por acreditar que era possível. Pelo exemplo de trabalho e disponibilidade infindável, pela motivação e por ser apoio, nos momentos difíceis.

Às enfermeiras tutoras, pela disponibilidade, sabedoria e parcerias criadas ao longo deste período, enriquecendo as aprendizagens e experiências.

Aos meus amigos, que foram preteridos durante este período, mas que se mantiveram presentes em todos os momentos, em especial: Á F. pelos desabaços intermináveis, pelos momentos de alegria partilhada, mas acima de tudo pela compreensão quando tudo ficava difícil; Ao P., pela ajuda e disponibilidade permanente.

Por fim, às duas pessoas sem as quais este percurso teria sido impossível e que negligenciei por tempo demais, em detrimento das aulas, estudo, trabalho e turnos.... Á minha mãe, que sempre quis mais do que eu, que nunca duvidou que seria possível, que percebeu as ausências sem questionar, que me deu todas as oportunidades do mundo e sempre cuidou de mim e ao R., que foi a minha casa, pela dedicação infinita e compreensão inabalável, pela motivação e inspiração. Pelo cuidado, pela assertividade nas palavras e ações, por se preocupar mais comigo do que eu, e por garantir que existe vida além disto... Por ser o exemplo de pessoa e enfermeira que quero ser!

A todos e a cada um individualmente, o meu mais sincero OBRIGADA!



## **LISTA DE SIGLAS**

**CRE** – Carbapenemase Resistentes aos Carbapenemos;

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica;

**GCL-PPCIRA** – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção;

**IACS** – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;

**MC** – Morte Cerebral;

**PBCI** – Precauções Básicas Controlo Infecção;

**PIC** – Pressão Intracraniana;

**PPC** – Pressão Perfusão Cerebral;

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica;

**PBVT** – Precauções Básicas Associadas às Vias de Transmissão;

**REENDA** – Registo Nacional de Não Dadores;

**SMI** – Serviço de Medicina Intensiva;

**SU** – Serviço de Urgência;

**TCE** – Traumatismo Crânio Encefálico;

**TOT** – Tubo Oro-traqueal;

**TSR** – Técnicas de Substituição Renal.



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2. CAPÍTULO I: SER ENFERMEIRO – PERCURSO PELA PROCURA DO CONHECIMENTO E APERFEIÇOAMENTO</b> .....	23
<b>3. CAPÍTULO II: DOMÍNIOS DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTO: OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</b> .....	27
<b>3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b> .....	28
<b>3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b> .....	36
<b>3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados</b> .....	42
<b>3.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais</b> .....	51
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	67
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71
<b>6. APÊNDICES</b> .....	77

**APÊNDICE 1 – PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: OTIMIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO NA ABORDAGEM AOS DOENTES PORTADORES DE ENTEROBACTERIAES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**

**APÊNDICE 2 –AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO COMUNICACIONAL COM OS FAMILIARES DE PESSOAS EM PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (Revisão da Literatura)**



## **1. INTRODUÇÃO**

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, enquadrado no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, com o intuito de documentar o percurso e trabalho desenvolvido durante o período de estágio.

O estágio refere-se ao período compreendido entre os dias 5 de setembro e 17 de dezembro de 2022. Contemplou dois contextos distintos, nomeadamente um Grupo de Coordenação Local do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e um Serviço de Medicina Intensiva (SMI), de um Hospital Central da Região Norte. Foi realizado sob tutoria de duas Enfermeiras Especialistas em EMC, em funções em cada um dos contextos de estágio, designados pelos respetivos enfermeiros gestores, e orientado pela Professora Doutora Patrícia Coelho.

A prestação de cuidados de enfermagem tem como finalidade, a melhoria da qualidade de vida das pessoas, exigindo assim aos enfermeiros um investimento constante no seu aperfeiçoamento pessoal e profissional e a aquisição de novas competências, na tentativa de acompanhar o avanço e diferenciação dos cuidados.

A formação do Enfermeiro Especialista em EMC, é pautada por um percurso académico específico e diferenciado, mas abrangente, orientado para a procura pela melhor evidência científica e sua adequação prática. A frequência no Curso de Mestrado visa assim, a promoção de experiências, que permitam a aquisição de competências específicas da área em estudo e consequentemente, a capacitação da tomada de decisão em saúde.

De forma detalhada, pretende-se o desenvolvimento de uma maturidade e compreensão profissional capazes de aprofundar os conhecimentos pré-existentes, desconstruindo-os, possibilitando novas formulações de pensamento. Em simultâneo, é ainda desejável, o

desenvolvimento de autonomia na tomada de decisão face a problemas complexos decorrentes da prática, auxiliada por capacidades e habilidades de juízo crítico-reflexo. Este aperfeiçoamento técnico-científico, deve culminar no desenvolvimento da profissão e da disciplina, por meio do investimento na investigação.

A necessidade de formação, surge naturalmente no decorrer do exercício da profissão, com experiência efetiva numa Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos, porém a decisão pelo caminho do aperfeiçoamento, está diretamente relacionada com a motivação, o sentido de compromisso e a promoção de uma prestação de cuidados dotada de ferramentas capazes de a tornar cada vez mais segura, equitativa e sustentável, garantindo assim, a manutenção da sua qualidade.

A excelência dos cuidados é proporcional à aquisição de perícia profissional (Benner, 2005). Porém, e com a crença neste pressuposto, a obtenção do título de Especialista e Mestre, esperada no final deste ciclo de estudos, pressupõe o desenvolvimento profissional até à perícia, acarretando uma correlação de crescimento proporcional, entre a aquisição de competências diferenciadas e a responsabilidade profissional na prestação de cuidados.

O contexto de estágio, **GCL-PPCIRA**, foi escolhido com base em três grandes premissas, tornando-o o contexto ideal para o desenvolvimento do trabalho pretendido.

Numa perspetiva pessoal, e dada a predisposição para a área da prevenção e controlo de infeção, vigorou como fonte de motivação, o compromisso com o percurso e base de sustentação para desafios futuros, a par da vontade de suportar todo o percurso académico, num fio condutor contínuo, que apesar de distinto é complementar. Relativamente à perspetiva académica, proporcionou contato com experiências numa das grandes áreas de atuação do enfermeiro especialista em EMC – A Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos, capazes de promover e potenciar a aquisição das competências esperadas para este período, cumprindo-se assim os objetivos delineados.

O período de estágio junto do grupo, permitiu a participação e colaboração efetiva, de forma transversal em cada uma das vertentes de atuação mencionadas, o que permitiu uma compreensão mais abrangente da intervenção, pela multiplicidade e diferenciação das vivências. No entanto, dada a agenda e plano de atividades do grupo no momento de estágio,

o trabalho desenrolou-se sobretudo nas atividades relacionadas com a vigilância epidemiológica, formação e informação aos profissionais de saúde, elaboração de orientações de boas práticas e consultoria técnica sobre prevenção e controlo de infeção.

A importância da investigação em saúde, face aos novos desafios relativos à prevenção e controlo de infeção, emergiu como uma necessidade atual, remetendo para os grupos como o GPL-PPCIRA, um trabalho preponderante na tomada de iniciativa, pesquisa e dinamização da informação, e conseqüentemente, na capacitação não só dos profissionais, mas também da população em geral.

Em síntese, o GPL-PPCIRA, funciona como fonte orientadora e dinamizadora da evidência científica e a sua adequação à praxis e ao funcionamento diário da unidade hospitalar. De realçar que o trabalho desenvolvido, está sujeito às políticas e estratégias em vigor a nível nacional e local.

Os **SMI**, são por definição os responsáveis pelo cuidado à PSC, atuando na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças agudas e/ crónicas, de falência orgânica, potencialmente reversíveis. Assim, e dada necessidade de se intervir de forma sistemática e integrada face à crescente diferenciação e separação das especialidades profissionais e conseqüente separação do conhecimento e atuação, os SMI assumem-se como a resposta de cuidado holístico à pessoa e família.

A escolha do SMI para contexto de estágio, residiu em duas premissas distintas, mas complementares. A primeira refere-se à abrangência de atuação do SMI, pois uma vez inserido num Hospital Central, é responsável pelo cuidado de uma fração considerável da população, possibilitando um leque mais alargado de experiências e diferenciação e a segunda está relacionada com a pretensão de realizar um percurso contínuo entre os contextos que elegidos para o percurso do Mestrado, pela possibilidade que se obter uma visão global dos cuidados à PSC e família.

Numa perspetiva académica, o estágio no SMI, permite a prestação de cuidados diretos à PSC e família, de uma forma integrada, num ambiente pautado pela exigência na diferenciação e assertividade da atuação e onde os cuidados prestados são sinónimo de eficácia, eficiência, segurança e qualidade. Estas características, coadunam-se com o

exercício profissional do enfermeiro especialista e mestre em EMC e permitiram que as experiências vivenciadas no contexto, se objetivassem na aquisição das competências e habilidades esperadas para este momento.

O título do relatório, pretende definir o trabalho desenvolvido durante o percurso de estágio, enquanto orienta a trajetória narrativa. Pressupõe-se que elucide o leitor acerca da principal temática explorada e guie as suas expectativas relativamente à reflexão das experiências vividas. A sua escolha está inteiramente alocada à pretensão pessoal de espelhar o trabalho realizado no cuidado à PSC e família, onde se procurou intervir de forma holística e integrada, na procura incessante pela valorização do papel do enfermeiro especializado na qualidade e segurança dos cuidados.

O presente relatório, tem como objetivo documentar e analisar de forma crítico-reflexiva o percurso realizado, sustentado no empenho e responsabilidade inerentes ao mesmo, na procura pela otimização do exercício da profissão, enquanto futura enfermeira mestre e especialista em EMC.

Estruturalmente o relatório encontra-se dividido em dois capítulos distintos, mas complementares. Inicia-se com a Introdução, onde feita a contextualização do percurso de estágio, com breves descrições dos contextos onde decorreu a intervenção e as motivações onde residiram a sua escolha. Incluí também, a justificação do título do relatório, assim como os objetivos que se esperam concretizar com a documentação do período sob a forma de relatório escrito.

No Capítulo I, é feita uma alusão à experiência profissional anterior e ao momento de estágio decorrido no 1ºano do Curso de Mestrado, elementos determinantes na definição de objetivos e expectativas e essenciais como elementos de sustentação e aprofundamento do conhecimento necessário ao percurso atual. São também exaltadas as competências e habilidades, que estas vivências conferem ao exercício individual da profissão.

O Capítulo II, encontra-se subdividido mediante os Domínios de Competência Comuns do Enfermeiro Especialista, onde são explanados os objetivos considerados mais pertinentes desenvolvidos durante o período de estágio, associados a uma análise crítico-reflexiva em articulação com fundamentações teóricas, acerca das principais atividades realizadas, de

forma a enquadrá-las no perfil de atuação do Enfermeiro Especialista e Mestre em EMC. A abordagem aos objetivos e atividades, pressupõe ainda uma reflexão profunda sobre as competências e habilidades adquiridas durante este percurso, mencionando a importância futuras das mesmas no exercício da profissão.

A Conclusão, pretende sintetizar e analisar de forma transversal e integrada todo o percurso, evidenciando os *outcomes* resultantes do mesmo. O balanço final deve permitir o reconhecimento do valor criado e adquirido, assim como das limitações encontradas, passíveis de melhor gestão e melhoria, pois só assim é possível a reformulação das ações e intervenções realizadas e a sua otimização futura.

Por fim, serão incluídas, as referências bibliográficas que suportaram a atuação no contexto e o trabalho desenvolvido, assim como os apêndices correspondentes à proposta de diagnóstico, desenvolvida no contexto.

A reflexão e monitorização do trabalho desenvolvido, é feita segundo uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, de forma a melhor espelhar o percurso realizado.

A norma da *American Psychology Association*, na sua sétima edição, foi o sistema de referenciação escolhido para o relatório.



## **2. CAPÍTULO I: SER ENFERMEIRO – PERCURSO PELA PROCURA DO CONHECIMENTO E APERFEIÇOAMENTO**

A Enfermagem como profissão surgiu de uma vontade inconsciente de ajudar o Outro, de o capacitar para as transições do seu ciclo de vida. O percurso académico, que se iniciou com a Licenciatura em Enfermagem, revelou desde cedo o seu carácter infundável e cíclico.

A constante necessidade de formação, surge naturalmente no decorrer do exercício da profissão, porém a decisão pelo caminho do aperfeiçoamento, está diretamente relacionada com a motivação e o sentido de compromisso com a promoção de uma prestação de cuidados mais segura, equitativa e sustentável, garantindo assim, a manutenção da sua qualidade.

Tendo em consideração as experiências profissionais prévias, nomeadamente uma Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos, onde os cuidados diários se revelam progressivamente mais complexos, exigindo níveis de elevada diferenciação e perícia científica, técnica e humana, revela-se preponderante investir na formação avançada, na tentativa de acompanhar as novas exigências do Cuidar.

Fruto desta experiência, as competências relacionadas com a antecipação de potenciais focos de instabilidade, prevenção de complicações e atuação em conformidade, inerentes ao cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, demonstraram ser uma mais-valia nos momentos de estágio, uma vez que facilitaram a atuação e capacitaram a tomada de decisão, em contexto. A par, o estabelecimento de uma relação terapêutica pautada pela empatia e respeito mútuo, não só com o doente, mas também com a família, já trabalhada e em desenvolvimento constante no decorrer do exercício da profissão, serviu também como suporte durante a prestação de cuidados especializados.

Em simultâneo, e tendo em conta os desafios recentes, relacionados com o aparecimento de novas formas de doença e com aumento crescente das resistências aos antimicrobianos, capazes de inviabilizar os sistemas de saúde modernos, o papel dos profissionais de saúde,

torna-se significativo não só na prestação de cuidados diretos, mas também na tomada de decisão sustentada, na orientação e gestão dos cuidados e das equipas, na disponibilização de soluções criativas e realisticamente aplicáveis e na difusão do conhecimento. Assim, a presença de enfermeiros especialistas, no seio das equipas de cuidados emerge como uma necessidade e uma mais-valia, pelos seus contributos na atualização constante das práticas e intervenção assertiva.

A frequência no Curso de Mestrado visa assim, a promoção de experiências, que permitam a aquisição de competências específicas da área em estudo e consequentemente, a capacitação da tomada de decisão em saúde.

O primeiro momento de estágio, decorreu num Serviço de Urgência (SU) Polivalente de um Hospital Central, servindo de ponto de partida para o caminho a percorrer durante o Curso de Mestrado e para a construção e definição dos objetivos académicos e pessoais do mesmo. A volatilidade e imprevisibilidade do ambiente, a par da multiplicidade, complexidade e diferenciação dos cuidados prestados, tornou o período de contato com o SU, uma verdadeira prova à capacidade de adaptação e atuação em cenários desconhecidos, condicionada por um sentimento de responsabilidade acrescida na tomada de decisão enquanto estudante, mas acima de tudo enquanto profissional. Associado, a descoberta do papel do Enfermeiro Especialista em EMC, através da transversalidade e assertividade da sua atuação, bem como a sua importância na garantia da qualidade dos cuidados, serviram como base e motivação para as etapas seguintes.

As características específicas do contexto de estágio, permitiram desenvolver capacidades e aperfeiçoar habilidades e adquirir competências de resposta atempada, diferenciada e assertiva, por meio da mobilização de diferentes fontes de conhecimento, especialmente em momentos de elevada pressão, decorrentes dos picos de afluência ao SU e consequente do acréscimo do volume de trabalho.

Em simultâneo, foi possível ainda adquirir competências inerentes à gestão de prioridades clínicas, muitas vezes condicionadas por elementos externos e subjetivos, e desenvolver pensamento crítico-reflexivo, capaz de objetivar e identificar as situações urgentes e/ou emergentes.

Outro grande foco de trabalho do período de estágio, residiu na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção e resistência aos Antimicrobianos. A fase inicial deste percurso permitiu, não só, a formulação de projetos específicos, como é exemplo a proposta de intervenção desenvolvida relativa à Otimização da Abordagem aos Doentes CRE Positivos no SU, nesta grande área de intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC, como o desenvolvimento de competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente capacidade de diagnóstico de situação, intervenção direcionada e disseminação de medidas corretivas, num ambiente desafiante dadas as suas características específicas, como são exemplo, a estrutura física e a organização dos cuidados.

A permanência no SU pode ser motivo de elevado stress e ansiedade, não só para os recetores dos cuidados, mas também para os profissionais, muitas vezes sujeitos a momentos de elevada tensão e agressividade externa, colocando-os numa posição de extrema vulnerabilidade. As experiências vivenciadas neste campo, potenciaram assim o aperfeiçoamento de competências de gestão de conflitos e comunicação. Por fim, exalta-se ainda o desenvolvimento de competências de assertividade do comportamento, nomeadamente na adequação da postura e linguagem face aos diferentes recetores.



### **3. CAPÍTULO II: DOMÍNIOS DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTO: OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

O ciclo de estudos que originou este relatório, possui objetivos gerais que se pretendem orientadores do percurso e do trabalho esperado. Para possibilitar a sua operacionalização de forma organizada e sequencial, optou-se por basear a estrutura deste capítulo nos Domínios de Competência Comuns do Enfermeiro Especialista, pela possibilidade de aprofundar o enquadramento de competências do Enfermeiro Generalista e ao mesmo tempo, servir de sustentação para melhor compreender e refletir sobre o percurso de aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área da PSC.

Em cada Domínio de ação, serão apresentadas as principais atividades que adequam e definem o trabalho esperado para este percurso e que possibilitaram o desenvolvimento e aquisição das competências que melhor respondem às necessidades de saúde das pessoas e conferem perícia aos cuidados prestados. É ainda importante referir que foram definidos objetivos específicos, tendo como referência as competências específicas reconhecidas ao Enfermeiro Especialista em EMC (Ordem dos Enfermeiros, 2018), na área de enfermagem da PSC com inclusão da família, a par de objetivos de cariz pessoal orientados para as competências do Mestre em Enfermagem. Estes, apesar de não se encontrarem expostos de forma escrita, serão abordados através da referência às competências desenvolvidas nesse sentido, e pretendem enriquecer o processo de aprendizagem.

A descrição e reflexão crítica dos objetivos e desempenho ao longo do período de estágio é feita de forma cronológica, iniciando-se com o trabalho desenvolvido no primeiro momento de estágio, no GCL-PPCIRA, e posteriormente abordando o segundo momento, no SMI, com o intuito de organizar o pensamento e conferir continuidade às experiências vivenciadas.

Ao longo da análise, os contextos serão destacados na sua primeira abordagem para facilitar o seu enquadramento e serão também mencionados exemplos e descritos casos clínicos de forma sucinta, para ilustrar as vivências diárias e facilitar a descrição da intervenção realizada.

O GCL-PPCIRA, surgiu como um contexto natural a incluir no percurso académico do Curso de Mestrado em EMC, vigorando como o local de referência para o estudo e desenvolvimento do conhecimento relativo à Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos. A intervenção decorrente do contacto com o contexto, revela-se transversal e complementar ao funcionamento da unidade hospitalar.

O SMI, unidade reconhecida pelo cuidado à PSC e família, caracterizada pela complexidade e diferenciação da atuação, vigora como contexto de referência para a aquisição de conhecimentos, competências técnicas e capacidades de tomada de decisão, necessárias à prestação de cuidados enquanto profissional.

Os contextos referidos e o trabalho decorrente do período de estágio, espelha desta forma a abrangência da atuação do mestre e Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC, e naturalmente demonstra a multiplicidade e a especificidade de experiências vivenciadas, promotoras do grau de aperfeiçoamento necessário a este nível de estudos.

Assim, seguidamente serão apresentados os objetivos específicos considerados mais pertinentes, associados a uma reflexão sobre as aprendizagens preconizadas e concludentemente, das competências adquiridas e integrados nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista. Em simultâneo, serão mencionadas as dificuldades vividas e os aspetos facilitadores e potenciadores da aprendizagem, identificados durante o período de estágio.

### **3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

#### **Objetivos Específicos:**

*“Desenvolver capacidade de juízo crítico perante questões complexas, articulando diferentes fontes de conhecimento, refletindo sobre a prática.”;*

*“Garantir uma prática profissional, baseada nos princípios éticos, científicos e culturais, suscitando a reflexão crítica e tomada de decisão individual e em equipa.”.*

A atual e constante diferenciação dos cuidados de saúde, resultante do crescimento e modernização tecnológica, associadas à dinamização de uma cultura de procura por mais e melhor conhecimento, exige aos profissionais de saúde o desenvolvimento e a aquisição de ferramentas eficazes, capazes de os capacitar na tomada de decisão em saúde.

Enquanto enfermeiros especialistas, uma das competências necessárias ao exercício assertivo e seguro da profissão, é o uso de um pensamento e juízo crítico-reflexivo, que aprofunda e relaciona o conhecimento e procura solucionar inquietações que emergem da prática diária. Inerente à intervenção, este deve ser desenvolvido até que se torne intencional ao exercício da profissão, pois é através dele que o enfermeiro se capacita para a tomada de decisão autónoma.

Durante o período de estágio, e dada a atuação do **GCL-PPCIRA**, tornou-se evidente a necessidade de olhar para a prestação de cuidados de uma forma crítica, desprovida de juízos de valor, por meio de uma monitorização e avaliação contínuas, de forma a ser possível o reconhecimento das práticas passíveis de intervenção e melhoria, cultivando uma cultura de abertura à partilha e feedback positivo.

A aplicação prática desta intervenção, é feita através da realização de auditorias, análise de dados e comportamentos e reflexão sobre os resultados, com proposta de medidas corretivas, pelo grupo. A realização de auditorias permite mensurar a qualidade dos cuidados (Vieira et al., 2020), têm um impacto multidimensional e promovem práticas de excelência que consequentemente melhoram a segurança das intervenções.

A caracterização dos cuidados prestados, é possível, no entanto exige mais do que a perceção dos mesmos. É necessário, que haja uma constante produção e tratamento dos dados resultantes da prática diária, com o objetivo de conhecer a realidade e adequar a intervenção.

A enfermagem enquanto disciplina teórico-prática, necessita de um corpo de conhecimentos próprio, que só é possível através da investigação.

A investigação em enfermagem, não deve ser só orientada para os resultados das intervenções, mas também para as ferramentas e mecanismos disponíveis à pessoa, que a possam tornar capaz de manter a sua saúde e/ou minimizar os possíveis efeitos da doença (ICN, 2007). Este olhar holístico, coaduna-se com as competências inerentes à tomada de decisão sustentada em conhecimento atual, válido e pertinente, reconhecidas ao enfermeiro especialista, no decorrer da sua intervenção como agente dinamizador da investigação, da e para a disciplina.

Algumas das atividades realizadas, durante o período de estágio no contexto, decorreram da participação num estudo epidemiológico, desenvolvido em parceria com entidades públicas reguladoras. O acompanhamento da tutora na realização de auditorias, durante a análise de dados recolhidos sob forma de inquérito e por anamnese das situações problema, são alguns dos exemplos da participação realizada.

Estas atividades, exigiram um investimento em diferentes áreas de intervenção, até então apenas concretizadas em termos teóricos no percurso académico. Assim, vigoraram em simultâneo como um desafio motivador de novas aprendizagens e competências, mas também como fonte de alguma insegurança, apesar de todo o trabalho ser realizado sob supervisão da enfermeira tutora. A falta de experiência e habilidades relacionadas com tarefas específicas, como são exemplo a o uso de protocolos e programas estatísticos de tratamento de dados como o SPSS, foram das dificuldades encontradas, mas superadas.

A intervenção, focou-se sobretudo no desenvolvimento, em parceria com a enfermeira tutora, de uma base de dados que documentasse a expressividade e comportamento das CRE, desde o momento da admissão hospitalar, com o intuito de produzir informação objetiva e representativa da realidade dos cuidados.

O objetivo do trabalho desenvolvido, era identificar os fatores de risco promotores de um maior risco de colonização por CRE e, mediante os resultados encontrados, adequar os procedimentos de rastreio de admissão para internamento hospitalar.

As tarefas revelaram-se exaustivas e de carácter minucioso, pela sensibilidade da informação e pela preocupação em garantir o cumprimento de todas as premissas relativas ao tratamento da informação em saúde, nomeadamente a necessidade de anonimato e confidencialidade,

associado ao dever de sigilo e princípios deontológicos inerentes ao exercício da profissão, como consta na alínea 1) e 4) do artigo 4º da Lei nº 12/2005, de 26 de janeiro, relativa à Informação genética pessoal e Informação de saúde.

No decorrer destas atividades, foi possível acompanhar a construção de um questionário de Avaliação do Risco Epidemiológico, a ser aplicado aquando da admissão a internamento. Este questionário, teve como base de sustentação os resultados obtidos após o tratamento dos dados constituintes da base desenvolvida com a enfermeira tutora, e a evidência conhecida sobre a temática. O seu objetivo era identificar as pessoas com elevado risco de colonização por CRE, e elegê-las para realização de rastreio com zaragatoa retal.

O trabalho desenvolvido, sob acompanhamento da enfermeira tutora enquanto futura enfermeira especialista em EMC, possibilitou a tomada de decisão informada das entidades decisoras e a conseqüente, reformulação de um procedimento interno, adequando-o às características da população e às necessidades de vigilância epidemiológica hospitalar. A evidente relação simbiótica, entre a investigação em enfermagem e a prática clínica, torna-se assim evidente, pois através da monitorização das práticas hospitalares, foi possível caracterizar a realidade dos cuidados e introduzir medidas corretivas, com o objetivo de aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Decorrente destas atividades, foi também possível verificar que alguns elementos da equipa do GCL-PPCIRA, pelas suas características pessoais ou formação anterior, possuíam algumas dificuldades na utilização das bases de dados, para pesquisa de conhecimento científico atual e sustentado, recorrendo apenas à literatura disponibilizada pelas entidades nacionais de saúde e manuais disponíveis. Esta prática vigorou como uma oportunidade de melhoria para este período, pela importância que se verifica na correta e frequente utilização de bases de dados reconhecidas, fontes de conhecimento científico atual e pertinente, na otimização dos cuidados prestados e na formação contínua dos profissionais de saúde.

Posto isto, após reflexão com a enfermeira tutora sobre o assunto, foi possível criar momentos informais no decorrer dos turnos de trabalho e dinamizar sessões de partilha de conhecimento e treino de pesquisa, o que proporcionou oportunidades de aprendizagem para os elementos da equipa e suscitou interesse e adesão ao uso de novas ferramentas, otimizando assim a sua atuação.

A realização de atividades de forma autónoma, como as referidas anteriormente, numa vertente da profissão até então não desenvolvida, permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências científicas alicerçadas na investigação e a sua articulação com as restantes fontes de conhecimento, com o intuito de cuidar melhor e de forma mais assertiva, o que se revela concordante com os objetivos do Curso de Mestrado e as competências esperadas para este ciclo académico. Em simultâneo, enquanto futura enfermeira especialista em EMC, foi possível, maximizar a intervenção junto da PSC e família, otimizando o ambiente dos cuidados, pelo seu carácter transversal, numa perspetiva holística e integrada.

O cuidar à pessoa e família, **no SMI**, remete-nos para a ideia da pessoa em risco de vida, consequência de um processo de falência orgânica, mas potencialmente reversível. A par, a disponibilidade de cuidados diferenciados e complexos, aliados a uma panóplia de elementos tecnológicos, disponíveis nestas unidades, apontam para uma intervenção mais eficaz e inovadora. Dada esta premissa, o cuidar em fim de vida numa unidade de medicina intensiva, emerge como um desafio extremamente exigente no dia-a-dia dos profissionais.

Os enfermeiros, pela proximidade e continuidade da sua intervenção são na sua maioria os profissionais de referência no acompanhamento da pessoa e família, a vivenciar processos de transição, possuindo desta forma um papel crucial na capacitação face a tais experiências (Meleis, A., et al, 2000).

A transferência do cuidado com intuito curativo, orientado para a recuperação e cura, para o cuidado de conforto, orientado para o bem-estar, minimização do sofrimento, qualidade de vida e dignidade não só da pessoa, mas também da sua família, deve assumir-se como uma preocupação das equipas de medicina intensiva, dado o carater natural e evolutivo da morte no ciclo de vida (Coelho, P., *et al*, 2014).

Um dos momentos de maior aprendizagem, no SMI, neste campo de atuação, foi vivenciado aquando do acompanhamento do senhor W, adulto, vítima de doença prolongada e terminal conhecida, sem resposta ao tratamento curativo direcionado. O senhor X, foi admitido no SMI, em contexto de Paragem Respiratória e diagnóstico de Pneumonia de Aspiração associado, sendo submetido a VMI para resgate da via área e estabilização hemodinâmica. No decorrer do internamento, a situação clínica do senhor W foi sofrendo uma degradação constante e acentuada, refratária às medidas de tratamento introduzidas, nomeadamente para

reversão da infecção instalada. Apesar disso, e dada a impossibilidade de desmame ventilatório, o senhor W foi submetido a uma traqueostomia, na tentativa de dar continuidade imediata ao processo de tratamento, ainda que sem indicadores de melhoria ou possibilidades terapêuticas a médio-longo prazo.

Dada a pouca reserva fisiológica e antecedentes patológicos associados, o senhor W acabou por falecer pouco tempo depois. Durante a permanência no SMI e perante a situação clínica irreversível, o fim de vida, a hipótese de suspensão de medidas invasivas não foi abordada e a abordagem multidisciplinar não incluiu a equipa de cuidados paliativos, para otimização do conforto nos momentos finais e consequente acompanhamento da família.

O episódio descrito, serviu de motor de reflexão pessoal e discussão com a enfermeira tutora e professora orientadora, acerca da orientação dos cuidados prestados e adequação dos mesmos às necessidades do senhor W, remetendo-nos para a dificuldade que ainda se verifica, nos SMI, relativa ao reconhecimento de situações de fim de vida e morte iminente e à tomada de decisão assertiva perante tais situações.

As questões éticas inerentes ao tema, foram também elas trazidas à discussão. Assim e como disposto no artigo 4º da Lei n.º 31/2018 de 18 de julho, relativa aos Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, mais especificamente, no que à obstinação terapêutica diz respeito, as pessoas têm direito a que no decorrer do seu tratamento, não sejam introduzidas medidas que prolonguem a vida, de forma irrealista, ou prolongue e/ou aumentem o seu sofrimento.

Face ao episódio descrito, pode assumir-se que a decisão de realizar uma traqueostomia ao senhor W, foi o momento terapêutico decisivo do seu plano de tratamento, a escolha pela continuidade do cuidado curativo, sinónimo de continuidade das medidas invasivas, prolongadoras de vida.

Esta opção e na impossibilidade de tomada de decisão do senhor W, careceu de consentimento da família, no caso a esposa, que foi dado de forma livre e esclarecida. Porém, pensa-se que aqui se torna relevante que haja discernimento, clareza e objetividade de pensamento por parte da equipa de cuidados, perante os momentos de decisão e abordagem

à família, que se encontra vulnerável e em sofrimento, e por isso, com necessidade de aconselhamento e acompanhamento especializado.

A decisão de suspensão de medidas invasivas de prolongamento da vida, face à vulnerabilidade do senhor W e família, e a otimização do cuidado, focado no bem-estar e minimização do sofrimento, com são exemplo as medidas de sedoanalgesia, pareciam ser as medidas de resposta e conciliação terapêutica adequadas ao episódio.

O investimento contínuo em medidas terapêuticas excessivas, decorrentes de uma perspetiva curativa, pode dificultar em determinadas situações o acesso ao conceito de “boa morte” à pessoa e sua família, conceito subjetivo, mas de extrema importância para o entendimento da vulnerabilidade da PSC e família face ao processo de transição vivenciado.

A abordagem paliativa, centrada na pessoa e orientada para a prevenção e alívio do sofrimento, em todas as suas dimensões – física, psicossocial e espiritual, parece ser a resposta e deve estar disponível em todos os níveis de cuidados, nomeadamente nos SMI.

Os cuidados curativos e paliativos, não se excluem mutuamente, a sua proporção deve ser ajustada ao longo do tempo, numa intervenção concertada de complementaridade e parceria, conforme as respostas humanas da pessoa. Fernandes & Coelho (2014), na sua revisão, apontam os cuidados paliativos como alternativa válida a ter em consideração quando o fim de vida se materializa, pela possibilidade que confere à pessoa de morrer em dignidade, de forma natural e confortável, evitando o aumento do sofrimento relacionado com a práticas fúteis.

Assim, a solução parece residir numa abordagem cooperativa entre as equipas de medicina intensiva e de cuidados paliativos, ou na constituição de equipas multidisciplinares com formação específica em cuidados em fim de vida, no SMI, de forma a otimizar a abordagem à PSC e família, referem Pegoraro & Paganini (2019), no seu estudo, remetendo para uma abordagem holística e humanista dos cuidados, centrada na pessoa e família.

Os enfermeiros especialistas em EMC, enquanto elementos da equipa multidisciplinar do SMI, e responsáveis pelo cuidado à PSC, devem saber reconhecer as dificuldades e limites da sua atuação e orientar em articulação com outra equipas, o cuidado para o profissional

mais capacitado para a tarefa permitindo um planeamento adequado e individualizado. Pretende-se com isto dizer, que nas situações de fim de vida, estes devem ser agentes dinamizadores da parceria e cooperação com os restantes elementos integrantes do cuidado à pessoa, nomeadamente os enfermeiros especialistas na área dos cuidados paliativos.

A inclusão de enfermeiros especialistas na área da pessoa em situação paliativa na equipa multidisciplinar, permitia otimizar a abordagem à pessoa a vivenciar processos de doença terminal e incapacitante, atuando de forma assertiva e diferenciada na maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida, com vista à diminuição do seu sofrimento. Em simultâneo, pretende-se ainda, uma parceria terapêutica durante o processo de adaptação e capacitação da família, ao processo de doença, providenciando suporte na perda e acompanhamento especializado no processo de luto (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As unidades de medicina intensiva, são por si só ambientes ambíguos, causadores de stress e ansiedade, para a pessoa e família, mas também para as equipas de cuidados. A exigência técnico-científica, rivaliza com a necessidade de habilidades comunicação, partilha e suporte ao outro, criando um ambiente seguro, de confiança, respeito e conforto, pois complexidade do cuidado à PSC exige uma visão abrangente e global, através de uma atuação sistemática e sistematizada. Estas premissas, são abraçadas também pelos cuidados em fim de vida, onde os privilégios tecnológicos, se assumem como aliados do tratamento, não encerrando a intervenção.

A abordagem deve privilegiar o respeito pela vida e dignidade da pessoa, orientando os cuidados para a seu bem-estar, conforto e qualidade de vida nos momentos finais. Cuidar é também ajudar a morrer.

As atividades realizadas possibilitaram a concretização dos objetivos e o desenvolvimento de competências congruentes com o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, relativas à tomada de decisão no respeito pelos princípios éticos e deontológicos reguladores da profissão e consequente monitorização e avaliação. A par, promover de forma individual e em equipa, práticas seguras, atuando de forma preventiva.

No que se refere, ao papel do Enfermeiro Especialista na área da PSC, as atividades desenvolvidas permitiram otimizar o ambiente dos cuidados, gerindo o risco, através da

adequação da resposta face aos problemas identificados. Em simultâneo, foram ainda desenvolvidas competências relacionadas com a maximização da intervenção perante problemas complexos resultantes de processos de transição saúde-doença, orientadas para as necessidades da pessoa.

### **3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

#### **Objetivos Específicos:**

*“Investir na formação continua, com vista ao aperfeiçoamento e atualização profissional constante, otimizando a atuação individual e da equipa.”;*

*“Identificar oportunidades de melhoria na prestação de cuidados de enfermagem e participação no desenvolvimento de medidas corretivas.”.*

O conceito de qualidade em saúde, remete-nos para cuidados eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, equitativos, oportunos, integrados e seguros e coloca o indivíduo e as populações no centro da sua atenção (OMS, 2020). Na prática, isto reflete-se na capacidade de os serviços de saúde alcançarem os resultados desejados, sustentado na melhor evidência, o que por si só serve de indicador da organização dos cuidados prestados (Capelas., M. Simões., A. *et al.* 2018).

É de realçar, a importância que a segurança dos cuidados assume neste conceito, emergindo como o indicador máximo e basilar da qualidade dos mesmos. Este ponto encontra-se relacionado com as características específicas da PSC, como são exemplo a vulnerabilidade e a complexidade dos processos de doença e conseqüente dependência de cuidados.

Na prática, a qualidade dos cuidados encerra-se numa assistência acreditada e diferenciada, baseada na melhor evidência científica e técnica e orientada pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão (Nunes, 2018). Estes pressupostos, devem direcionar a intervenção dos enfermeiros e incitá-los a uma procura contínua da qualidade dos cuidados, através do investimento na investigação em saúde, identificando oportunidades de melhoria e conseqüente introdução de medidas corretivas, suportadas em documentos e protocolos orientadores de boas práticas, a par de um proporcional investimento na formação e aperfeiçoamento profissional.

O reconhecimento da necessidade de garantir uma atuação segura e orientada para a qualidade dos cuidados, objetivou para o período de estágio o desenvolvimento de competências que espelhassem uma procura e exercício efetivo das boas práticas, o investimento na otimização realista dos procedimentos e normas e pela proatividade na participação em projetos inovadores, confiáveis e reconhecidos como promotores de uma cultura de melhoria contínua.

A operacionalização dos objetivos pretendidos foi possível através da realização de atividades sequenciais, adequadas às características específicas de cada contexto, e simultaneamente complementares.

O contexto de estágio, **GCL-PPCIRA**, responsabiliza-se pela promoção e supervisão das práticas locais de prevenção e controlo de infeção, pela garantia do cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT), assim como pela promoção das práticas de isolamento e contenção de agentes multirresistentes, através da produção e dinamização de informação sustentadora das práticas, de processos de auditoria e inquéritos e programas de vigilância epidemiológica da instituição hospitalar (Ministério da Saúde, 2022).

A partilha com a enfermeira tutora e a análise das necessidades de intervenção específica do GCL-PPIRA, associado ao facto do 2º momento de estágio se realizar no SMI, justificaram o foco da intervenção no contexto, com o intuito de uniformizar a atuação da equipa multidisciplinar, capacitando-a face aos doentes portadores de CRE.

A pertinência do tema decorre da abrangência da problemática na atualidade, uma vez que o rápido crescimento de colonizações e consequentes infeções por CRE, emerge como uma das principais causas para as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), sendo desta forma uma ameaça significativa para a saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2019). O padrão de disseminação na entidade hospitalar, seguia a mesma tendência de crescimento e transmissão, e por isso vigorava como uma prioridade, pela necessidade existente de travar a sua disseminação entre a comunidade hospitalar.

A escolha do SMI como contexto de intervenção, residiu em dois postulados distintos: as características específicas e diferenciadas enquanto unidade de cuidados - tipologia de

doentes admitidos, características dos cuidados prestados, existência de equipas multidisciplinares e estrutura física -, associada ao registo consistente de colonizações.

As PBCI associadas às PBVT, parecem ser as estratégias mais eficazes, emergindo como a base de uma atuação segura e preventiva. Simultaneamente, a identificação e vigilância das populações de risco, assume-se como preponderante na caracterização da problemática a nível local, o que por sua vez auxilia a tomada de decisão informada relativa às estratégias a adotar (ECDC, 2019).

Nesse sentido, foi desenvolvida uma proposta de diagnóstico de situação, que se encontra no Apêndice 1, intitulada Proposta de Diagnóstico de Situação - Otimização das Práticas de Prevenção e Controlo de Infeção na Abordagem aos Doentes Portadores de Enterobacterales Resistentes aos Carbapenemos (CRE) no Serviço de Medicina Intensiva, de forma a conhecer a realidade diária do serviço, caracterizando as práticas de cuidados e as dinâmicas de limpeza e desinfeção do SMI. A operacionalização prática da proposta, assentou na reformulação e adequação de dois formulários em uso pelo grupo, distintos, mas complementares, focados no cumprimento das Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infeção, associadas à Prestação de Cuidados e às Condições Estruturais necessárias a uma Higiene Ambiental Adequada, para aplicação sob a forma de auditoria.

Os formulários foram desenvolvidos com base nas *checklists* de aplicação geral do GCL-PPCIRA relativas à problemática CRE e nas orientações da OMS para a implementação das Guidelines de Prevenção e Controlo de *Enterobacterales* resistente aos *Carbapenemes*, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* em estabelecimentos de saúde (OMS, 2017), em adequação com as características do SMI em estudo. Paralelamente, foi também construído um Guia de Auditoria, onde constam as recomendações essenciais a cumprir no momento da sua aplicação e das ações a desenvolver posteriormente.

O formulário A, tem como objetivo monitorizar a adesão às boas práticas de prevenção e controlo de infeção, na prestação de cuidados diretos à pessoa, com o intuito de documentar a atuação dos profissionais de saúde, sejam eles enfermeiros, médicos ou assistentes operacionais. Por seu lado, o formulário B, tem como objetivo monitorizar a adesão às práticas relacionadas com a estratégia de atuação da equipa multidisciplinar, nomeadamente protocolos e circuitos, higienização ambiental e manutenção de estruturas.

O trabalho foi desenvolvido com o intuito de facilitar a identificação das práticas passíveis de otimização, através da sensibilização da equipa, suscitando a sua discussão em serviço e refletindo sobre os resultados encontrados, na tentativa de se encontrarem soluções adequadas à realidade do serviço. Em simultâneo, a intervenção deve aumentar a adesão às PBCI e às PBVT, culminando se possível, na minimização da transmissão de infeção cruzada através da equipa multidisciplinar.

O trabalho desenvolvido encontra-se em análise pelo GCL-PPCIRA, com o objetivo de ser colocado em prática, após a sua aprovação pelos elementos responsáveis por ambos os serviços.

No **SMI**, as atividades desenvolvidas, coadunam-se com o trabalho desenvolvido no contexto anterior, o que emergiu como um fator facilitador pelo conhecimento e compreensão previamente adquiridos, do contexto e suas características.

A participação ativa em formações específicas, dirigidas aos dinamizadores locais do GCL-PPCIRA, focadas na partilha de experiências resultantes dos cuidados, divulgação de informação atualizada e reformulação de procedimentos e medidas, favoreceram o processo de aprendizagem e orientaram as intervenções posteriores no contexto e no exercício da profissão.

A possibilidade de intervenção e contribuição com relatos e dúvidas decorrentes da experiência prévia e atual, potenciaram o desenvolvimento e aquisição de ferramentas de pensamento reflexivo intencional e direcionado para as inquietações da prática diária, a par do aperfeiçoamento da sensibilidade face a focos passíveis de intervenção e melhoria.

Segundo Rabiais. I., & Amendoeira. J., (2013), a partilha de experiências, permite a desconstrução e redefinição do conhecimento, estimulando o pensamento crítico-reflexivo e uma melhor compreensão da pessoa, do seu ambiente e dos cuidados prestados, promovendo a articulação entre a teoria e a prática, e conseqüentemente a aquisição de competências na tomada de decisão fundamentada. Em última instância, promove a aprendizagem da enfermagem pela experiência.

Estes aspetos encontram-se intimamente interligados ao papel do Enfermeiro Especialista em EMC, pela capacidade e competência de pensar e agir para além óbvio, reestruturando continuamente o pensamento e a ação na busca da melhor solução para os problemas encontrados.

No SMI, a cultura de melhoria continua da qualidade encontra-se fortemente enraizada, o que se revelou um indicador positivo e facilitador de experiências neste campo de forma natural durante a realização dos turnos de estágio. A valorização do conhecimento científico e da investigação em saúde é um dos motes dos projetos anuais do SMI, que envolvem toda a equipa multidisciplinar, na realização de atividades orientadas para a melhoria da qualidade e segura dos cuidados diários.

Para que tal seja possível, a equipa encontra-se dividida em grupos de trabalho, responsáveis por diferentes áreas de intervenção, com o intuito de monitorizar as práticas diárias, enquadrá-las segundo as normas e protocolos em vigor e em caso de necessidade, introduzir medidas corretivas ou reformulações. A divulgação e feedback sobre os trabalhos realizados é partilhada em momentos mensais de formação obrigatória e informais durante o turno de trabalho, momentos esses onde foi possível colaborar através da divulgação de *guidelines* específicas sobre Prevenção e Controlo de Infeção, como é exemplo Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação e através da partilha de conhecimentos específicos, como é exemplo, o momento de patilha de conceitos gerais de monitorização eletrocardiográfica e eletrofisiologia.

Outra das atividades em vigor no SMI, onde foi possível colaborar foi na produção de indicadores de qualidade dos cuidados. Podemos definir estes indicadores como os resultados em saúde, decorrentes do exercício dos enfermeiros, ou seja, remete-nos para o processo de enfermagem e servem de indicadores das necessidades de cuidados e em simultâneo para a capacidade dos enfermeiros em percecionarem essas mesmas necessidades (Petronilho, 2009). Emergem como uma ferramenta eficaz e significativa da monitorização e mensuração das práticas, possibilitando a criação de evidência (Donabedian, 1992).

A monitorização da higiene das mãos, através da participação em auditorias realizadas pela enfermeira tutora, a intervenção e otimização direcionada a potenciais focos de úlcera, como é exemplo a úlcera da córnea e das úlceras por pressão, através da documentação da evolução

dos focos de atenção, diagnósticos e intervenções corretivas associadas e a participação no cumprimento de tarefas diárias relacionadas com o funcionamento e segurança dos equipamentos presentes na unidade, como são exemplo a verificação do carro de emergência e do carro de apoio à Via Aérea Difícil, foram algumas das áreas onde foi possível colaborar no decorrer dos turnos de trabalho.

Durante o período de contacto com o SMI, foi possível observar a prestação de cuidados da equipa de cuidados e potenciar momentos de reflexão. Esta atividade permitiu identificar duas práticas diárias, executadas por alguns elementos da equipa, passíveis de intervenção e melhoria, nomeadamente, o uso de duas pares de luvas durante os cuidados de higiene, com o intuito de remover o par sujo após a lavagem da região genital em alternativa à desinfeção das mãos e colocação de novo par de luvas limpo e preparação da medicação para o dia inteiro logo início do turno da manhã, na tentativa de antecipar tarefas para momentos de menor volume de trabalho, rentabilizando assim o tempo.

Após discussão e reflexão com a enfermeira tutora acerca dos exemplos mencionados, foi possível proporcionar momentos de reflexão em equipa, por meio de exemplos práticos e partilha de experiências. Estes momentos contribuíram para o aumento da perceção e tomada de consciência relativamente às boas práticas, culminando na alteração do comportamento da equipa.

O trabalho desenvolvido, em ambos os contextos, permitiu a concretização de atividades que respondem à intervenção nos Domínios da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, inerentes à atuação do Enfermeiro Especialista.

Relativamente à intervenção do enfermeiro e mestre em EMC, na área de enfermagem à PSC, foi possível adquirir de forma direcionada e concreta as competências relacionadas com a Maximização da Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos. Aqui realça-se a aquisição e consolidação de competências de resolução de problemas abrangentes e multidisciplinares, com base na mobilização de conhecimentos prévios e decorrentes da investigação, de forma assertiva e criativa, resultantes de uma compreensão alargada da sua área de intervenção, aumentando a qualidade e segura dos cuidados.

No que se refere, ao papel do Enfermeiro Especialista na área da PSC, as atividades desenvolvidas contribuíram para a promoção de um ambiente terapêutico seguro, através de uma atuação holística e preventiva, face a práticas passíveis de melhoria, minimizando a exposição a potenciais focos de risco. Em simultâneo, foram ainda desenvolvidas competências de observação, colheita e análise de dados, como meio de monitorização e caracterização das intervenções de enfermagem, de forma a torná-las eficientes, precisas e assertivas, contribuindo assim para uma cultura de melhoria contínua.

### **3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados**

#### **Objetivos Específicos:**

*“Otimizar o ambiente e processo terapêutico, de acordo com as respostas humanas da pessoa e família, face ao processo saúde-doença.”;*

*“Maximizar a resposta na prevenção, controle da infeção e resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.”;*

*“Colaborar na vigilância epidemiologia da instituição, em termos de processos, estruturas e resultados.”;*

*“Cuidar da pessoa e família, no decorrer de processos de doença crítica e/ou falência orgânica, atuando de forma assertiva, diferenciada e holística.”.*

O mestre em Enfermagem deve ser capaz de dinamizar, nos contextos onde se encontra inserido, novas e inovadoras estratégias de resolução de problemas complexos e transformá-los em fontes de aprendizagem, na procura pelo melhor desempenho individual e da equipa. Considera-se ainda da sua responsabilidade, o desenvolvimento da disciplina e da profissão, através do investimento da investigação em saúde como motor da qualidade dos cuidados prestados.

A promoção da segurança da pessoa, assume-se como uma das maiores preocupações em saúde do mundo. Requer um esforço coordenado e uma abordagem sistémica.

Em 2013, o ECDC emanou um documento técnico – *Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union* -, que definiu as competências mínimas para o exercício profissional em prevenção e controlo de infeção. Neste ponto, realça-se as características atribuídas ao enfermeiro especialista, na área de intervenção à

PSC, nomeadamente, confiança e experiência, raciocínio e pensamento crítico, análise e reflexão sustentadoras da tomada de decisão e capacidade de introduzir medidas corretivas para os problemas identificados.

As Unidades Locais – PPCIRA, como disposto na alínea b), e) e h) do ponto 11, do Despacho nº 10901/2022, de 8 de setembro, devem garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde, através da vigilância e notificação de microrganismos e da implementação de inquéritos e auditorias. É ainda responsável, pelo fluxo de informação sobre vigilância epidemiológica e pela promoção da investigação de possíveis surtos.

A vigilância epidemiológica da instituição está a cargo do **GCL-PPCIRA**, contexto onde foi realizado o estágio, tornando assim possível a colaboração ativa em atividades inerentes a este campo de intervenção. A problemática CRE, como anteriormente mencionado, vigorava como um dos assuntos prioritários para o grupo, no momento do estágio, sendo por isso a área onde foi possível ter maior número de experiências.

A participação ativa na globalidade da intervenção em vigor para o combate à disseminação das CRE, possibilitou o contato com a vertente mais política e estratégica do exercício do enfermeiro especialista. Concomitantemente, o trabalho de campo concretizado através da colaboração em auditorias e inquéritos e realização de avaliações microbiológicas ao ambiente dos serviços hospitalares em colaboração com o serviço de Microbiologia do Laboratório hospitalar, possibilitou o despertar para todo o trabalho necessário à produção e desenvolvimento do conhecimento que sustenta as diretrizes, protocolos e documentos orientadores da prática.

A transferência da evidência científica para a prática clínica, revela-se crucial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos cuidados prestados, que só é possível através da divulgação e dinamização do conhecimento.

Neste ponto, a participação como formanda, em ações de formação sobre Prevenção e Controlo de Infeção, com foco na atualização do conhecimento e práticas e reforço das PBCI e PBVT, realizadas pela enfermeira tutora e sua equipa, como são exemplo, as formações de acolhimento a novos colaboradores, de renovação obrigatória no decorrer do plano de

formação geral ou específicas para determinadas áreas ou serviços, revelaram-se enriquecedoras não só do ponto de vista da transmissão da informação, mas do feedback proporcionado pelos profissionais, pela partilha de experiências, preocupações, dúvidas e reflexões, emergindo assim novas inquietações, fontes promotoras de trabalhos futuros e consequentemente, do avanço do conhecimento.

Uma dessas ações formativas, teve como público-alvo os Assistentes Operacionais, aquando do seu ingresso na unidade hospitalar. Aqui foi notório os diferentes níveis de conhecimento, a par da pouca sensibilização para os aspetos e implicações práticas das medidas de prevenção e controlo de infeção. Os conhecimentos e intervenções mencionadas, oscilavam entre práticas excessivas, motivadas por sentimentos injustificados de medo e insegurança e práticas incompletas, enraizadas no pensamento do senso comum e justificadas no volume acentuado de trabalho.

O principal foco de intervenção aqui, foi promover o ensino e capacitação da tomada de decisão informada dos colaboradores, pela partilha de conhecimento atual e suportado na evidência, análise de casos-exemplo e esclarecimento de dúvidas e inquietações. Estas ações coadunam-se como os objetivos expressos no ponto 30 do Despacho nº 10901/2022, de 8 de setembro, relativas à realização de momentos educacionais que melhorem a literacia e o conhecimento em prevenção e controlo de infeção. Foi possível progredir para uma assistência interventiva, nos momentos de discussão de casos-exemplo e fornecimento de explicações. Estes momentos, exigiram a mobilização não só do conhecimento, mas a colocação em prática de estratégias de comunicação orientadas ao público-alvo, de forma que a sua compreensão e entendimento fossem congruentes com a mensagem a transmitir.

As atividades realizadas, relativas à governação clínica e tática, consistiram essencialmente no acompanhamento da enfermeira tutora, em reuniões focadas no planeamento da intervenção local e gestão de recursos materiais e estruturas. São exemplos as reuniões com entidades como a Unidade de Saúde Pública, para discussão e orientação de estudos epidemiológicos, com fornecedores de materiais e equipamentos clínicos, para escolha dos produtos mais sustentáveis e adequados à natureza dos cuidados prestados, com os responsáveis pela manutenção das estruturas e edifício da instituição, para melhoria dos sistemas de limpeza e higiene ambiental, a par das reuniões estratégicas com as entidades

responsáveis pela gestão hospitalar, para decisão de circuitos e procedimentos de encaminhamento de doentes.

A governação clínica e hospitalar traduz-se na qualidade da resposta e do serviço prestado, tentado simultaneamente o retorno dos recursos investidos (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013). É esperado um equilíbrio responsável entre os papéis institucionais, financeiros e decisores. Esta componente do exercício profissional do enfermeiro especialista revelou-se a mais desafiante relativa a este período, dada a falta de contacto prévio com esta vertente mais estratégica. A necessidade de pensar e planear para além do imediato, a dificuldade e importância da tomada de decisão e a exigência de imparcialidade e assertividade inerentes à procura pelo bem comum, foram os aspetos mais trabalhosos, mas também os mais gratificantes.

No segundo momento deste percurso, o foco foi a prestação de **cuidados diretos** à PSC e sua família.

Os **SMI** são os responsáveis pelos cuidados à PSC, atuando na prevenção, diagnóstico e tratamento de processos complexos de doença e/ou falência orgânica, potencialmente reversíveis (Paiva., *et al*, 2016). Remetem para cuidados altamente qualificados, suportados numa monitorização sistemática e sistematizada.

A diferenciação e especificidade dos cuidados prestados nos SMI, coadunam-se com as competências reconhecidas aos EEEMC, pelo seu grau de destreza e perícia técnico-científica, raciocínio clínico intencional e reflexivo e atuação assertiva na antecipação e deteção de potenciais focos de instabilidade e gravidade. Este reconhecimento está expresso, no Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro da OE, relativo ao cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, onde é recomendado que cerca de 50% dos enfermeiros que constituem as equipas de cuidados das unidades de cuidados intensivos, sejam Enfermeiros Especialistas em ECM na área de intervenção à PSC.

O desenvolvimento de competências e autonomia no cuidado à PSC e família no SMI, foi um percurso contínuo, pautado pelo aumento gradual do grau de exigência e complexidade, com o intuito de facilitar a adaptação ao desconhecido e cimentar a base do conhecimento adquirido até então. A parceria criada com a Enfermeira Tutora e a restante equipa de

cuidados foram fatores positivos e facilitadores no decorrer de todo o processo de aprendizagem.

A operacionalização deste objetivo pressupõe a prestação autónoma, interdependente e colaborativa nos cuidados à PSC, sujeita a medidas de suporte orgânico vital. Assim, as áreas de interesse e intervenção neste campo, traduziram-se na prestação de cuidados à pessoa com ventilação e monitorização hemodinâmica invasiva, sujeita a vigilância e técnicas de neurointensivismo e substituição renal, sedoanalgesia e cuidados em fim de vida.

A ventilação invasiva constituiu desde cedo um desafio, pela falta de consolidação teórico-prática do conhecimento aprendido e pela pouca destreza técnica associada à falta de experiência anterior. De forma a minimizar estes aspetos, além da procura por uma compreensão pormenorizada da pessoa ventilada, através da pesquisa e estudo, procurou-se intervir em todas as etapas dos cuidados: monitorização e manipulação do Tubo Oro-traqueal (TOT), programação e adequação dos módulos e características ventilatórias às necessidades de ventilação, percurso até à extubação e colaboração em técnicas de auxílio ventilatório e treino específico, como a tosse assistida.

Neste ponto, houve uma intervenção que mereceu maior atenção, a aspiração de secreções pelo TOT -, pelo grau de insegurança inerente à sua execução, pelo interesse pessoal em adquirir elevado grau de autonomia e destreza técnica e pela importância da intervenção, na manutenção de uma correta ventilação e oxigenação da pessoa submetida a VMI. A concretização deste objetivo foi possível, através da prática intensiva da técnica, associada à orientação e feedback da tutora e respeito pelas recomendações presentes no Feixe de Intervenções em vigor para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação.

A monitorização hemodinâmica invasiva é um dos meios tecnológicos que possibilita uma monitorização e vigilância contínua da pessoa, fornecendo dados valiosos, que orientam o diagnóstico, tratamento e cuidados adjacentes. A par, é necessária, por parte dos enfermeiros, uma compreensão intrínseca destes dados, que possibilite a identificação correta dos focos de atenção em Enfermagem. Esta avaliação revela-se de extrema importância, pois fornece informações sobre as necessidades da pessoa, otimizando assim a resposta (Cruz, Gomes, & Parreira, 2017).

Destaca-se aqui, as atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa sujeita a medidas de neurointensivismo, pelo elevado envolvimento e concentração necessários durante o período de estágio, e em simultâneo pelo grau de perícia técnico-científica exigida nos momentos de maior instabilidade. As dificuldades sentidas, remetem assim para as recomendações feitas por Cook., M, Morgan Jones., G. *et al.* (2020), que objetivam a necessidade de uma intervenção holística na abordagem à pessoa com lesão neurológica, dada a multiplicidade de fatores fisiológicos que contribuem para a sua evolução.

As oportunidades de aprendizagem, resultaram maioritariamente do contacto com a pessoa vítima de traumatismo crânio-encefálico (TCE), sob monitorização com sensor de Pressão Intracraniana (PIC). A conhecimento teórico adquirido e a compreensão da pessoa como um todo, onde alterações num dos sistemas orgânicos se reflete num desvio da homeostasia, permitiu o reconhecer precocemente potenciais focos de instabilidade e intervir em conformidade.

Um desses exemplos, foi o contato com o senhor Y, vítima de TCE. Numa fase inicial, o foco foi a estabilização dos sistemas orgânicos, através da correção de desregulações hemodinâmicas, como são exemplo a hipotensão, hipertermia, responsáveis por oscilações nos valores da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) e da PIC, respetivamente.

A normalização da pressão arterial, pela introdução de suporte aminérgico com Noradrenalina, possibilitou a normalização dos valores de Pressão Arterial. Em simultâneo, foi possível atingir a normotermia pelo uso de antipiréticos como o Paracetamol e o Metamizol. Apesar dos esforços, os valores da PIC, mantiveram-se em crescendo e refratários às medidas introduzidas, no caso do uso de terapêutica osmorreguladora - Manitol e do Cloreto de Sódio Hipertónico. Pela progressão do agravamento da situação clínica, houve necessidade de colocar o senhor Y em coma barbitúrico, através do uso de Tiopental, na tentativa de bloquear estimulação cerebral, e posteriormente encaminhou-se o senhor Y ao bloco operatório para colocação de uma Drenagem Ventricular Externa.

Durante este episódio foi ainda otimizada a ventilação do senhor Y, tentando uma resposta positiva com recurso à hiperventilação, sob orientação da enfermeira tutora, pela mobilização do conhecimento e técnicas aprendidas anteriormente.

Este é apenas um dos exemplos que pretende espelhar a atuação face à pessoa sujeita a medidas de neurointensivismo. Através dele, torna-se evidente a complexidade e instabilidade das situações clínicas e a necessidade de abordar a pessoa de forma global, antecipando potenciais danos, na procura pela manutenção da funcionalidade e autonomia. Realça-se ainda, a necessidade de conhecer, compreender e interpretar os dados fornecidos pelos sistemas de monitorização hemodinâmica, de forma a torná-los aliados no cuidado à pessoa.

A intervenção, foi organizada e sequencial. Realça-se a atuação diferenciada, antecipatória e atempada que apenas foi possível, pela parceria conseguida entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar, exaltando o papel da equipa de enfermagem, na mobilização dos conhecimentos técnico-científicos e assertividade da atuação, a par da excelente dinâmica conseguida com a equipa médica.

O aumento da segurança e autonomia na gestão das intervenções mencionadas, foi gradual e possível pela confiança e feedback transmitidos pela enfermeira tutora, resultando numa experiência única e enriquecedora pelo carácter holístico e diferenciado na atuação.

Outro dos objetivos específicos do período de estágio, estava orientado para o cuidado à pessoa sujeita a técnicas de substituição renal. Apesar de existirem algumas noções prévias resultantes da componente teórica e da pesquisa individual inerente ao exercício profissional, o contato com a aplicação teórico-prática, era praticamente inexistente.

No SMI, existem sessões teóricas, enquadradas na formação dos estudantes de medicina intensiva, mas abertos a toda a equipa, nomeadamente à equipa de enfermagem. Durante o período de estágio, houve possibilidade de participar numa dessas sessões, com o tema - Técnicas de Substituição Renal (TSR) no SMI. A sessão foi bastante interativa e foi possível contribuir com relatos de experiências anteriores e adquirir conhecimento útil não só para o contexto de estágio, mas também para a atuação enquanto profissional.

A oportunidade de mobilizar e aplicar o conhecimento adquirido, surgiu momentos após a sessão, no decorrer da prestação de cuidados à senhora Z, que se encontrava atribuída à enfermeira tutora, durante o turno de trabalho. A senhora Z encontrava-se internada por uma Pancreatite Aguda de Etiologia desconhecida. Durante o período de internamento,

desenvolveu oligoanúria, não responsiva ao reforço da hidratação e otimização de volume e à introdução de suporte aminérgico, o que a tornou elegível para realização de TSR. A escolha recaiu sobre uma técnica contínua, a Hemodiafiltração Veno-venosa. Esta técnica consiste na difusão, convecção e ultrafiltração de moléculas e água (European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association, 2012).

Este episódio permitiu, o contato com todas as etapas do processo de submissão da PSC à TSR, o que permitiu uma melhor compreensão da tomada de decisão e em simultâneo do papel e dos cuidados de enfermagem inerentes. Dada a participação na sessão teórica que antecedeu o início da técnica, foi possível intervir de forma autónoma em todo o processo, ainda que sempre acompanhada pela enfermeira tutora para orientação.

A vivência deste e de outros casos clínicos semelhantes, foram cruciais para a tomada de consciência da pessoa no seu todo, e não como a soma das suas partes. A abordagem e o cuidado devem ser centrados na pessoa e ser planeado de forma holística e integrada, de forma a antecipar e evitar potenciais complicações, ou seja, exige uma atuação preventiva, com o objetivo de otimizar a funcionalidade e autonomia. O cuidado orientado para a resolução de problemas isolados e instalados, é frágil, desequilibrado e pouco assertivo e tende a incorrer em perdas mais significativas.

As atividades que operacionalizaram esta e as intervenções seguintes neste campo de atuação, focaram-se nas seguintes etapas: preparação da PSC para o procedimento, onde foi privilegiado o posicionamento e a gestão do protocolo de sedoanalgesia, na procura pelo conforto e minimização da dor; intervenções técnicas, relativas à montagem e manutenção do circuito de e à manipulação e cuidados ao acesso venoso; e vigilância e cuidados específicos decorrentes do tratamento, ou seja, monitorização e gestão de fluídos, prevenção de infeção associada ao cateter central e manutenção da normotermia, pelo uso fluídos aquecidos e mantas de aquecimento.

A atuação dos enfermeiros, além de suportada num vasto leque de conhecimentos específicos, base de uma compreensão alargada da TSR e das respostas da PSC ao tratamento, deve contemplar competências tecnológicas capazes não só de providenciar cuidados mais eficazes e eficientes, mas de compreender as informações decorrentes desses instrumentos, de forma a potencializar as suas intervenções.

O período de estágio no SMI, permitiu acima de tudo, compreender o papel do enfermeiro e mestre em EMC, na prestação de cuidados diários e a sua importância na garantia da segurança e qualidade do trabalho desenvolvido.

As capacidades e habilidades sustentadas pelo conhecimento abrangente e a destreza técnica são facilmente objetivadas e operacionalizadas. Porém, definir e operacionalizar o papel e a importância do Enfermeiro e Mestre, na prestação de cuidados globais, revelou-se o maior desafio de todos.

Durante o contato com o SMI e através do acompanhamento da enfermeira tutora, tornou-se exequível perceber que ser Enfermeiro Especialista e Mestre significa compreender o a pessoa e família, ambiente e cuidados, de forma profunda, significa possuir uma percepção da realidade para além do óbvio, significa atuar de forma assertiva e diferenciada, significa orientar e servir de recurso à restante equipa de cuidados, ou seja, o Enfermeiro Especialista e Mestre confere Valor aos Cuidados Prestados.

A operacionalização deste objetivo, permitiu a aquisição de competências pertencentes ao desempenho e intervenção do mestre e EEEMC, sustentar e aprofundar conhecimentos prévios, relacionando-os, de forma a desenvolver competências de juízo crítico-reflexivo e tomada de decisão, perante situações complexas decorrentes do cuidado à PSC e família, pautadas pela responsabilidade face a potenciais implicações sociais e éticas. Exalta-se ainda o desenvolvimento de autonomia na formulação de soluções assertivas e adequação do comportamento face aos pares.

No que se refere ao papel do Enfermeiro Especialista na área da PSC, as atividades desenvolvidas, possibilitaram o cuidado efetivo à pessoa e família, através de um reconhecimento, identificação e resposta pronta e antecipada, perante potenciais focos de complicação, garantindo a integração do cuidado e a adequada gestão da equipa multidisciplinar.

### 3.4. Domínio das Aprendizagem profissionais

#### Objetivos Específicos:

*“Reconhecer a interferência das vivências e limitações pessoais e profissionais na práxis, desenvolvendo capacidade de autoconhecimento e assertividade, limitando potenciais constrangimentos na prestação de cuidados.”;*

*“Desenvolver capacidade de comunicar de forma clara e empática, transmitindo informação pertinente, perante diferentes recetores.”.*

A comunicação é uma das premissas essenciais à relação entre as pessoas, vigorando como um dos indicadores mais fiáveis da qualidade das interações. Emerge assim, como uma ferramenta de extrema importância, não só no processo terapêutico do cuidar, mas em toda a intervenção em saúde.

Na dicotomia entre o que é dito e o que é percebido, torna-se evidente a necessidade dos profissionais de saúde, comunicarem de forma clara e assertiva, devendo esta ser sustentada em técnicas e habilidades específicas, adequadas à prática diária. Pretende-se desta forma, estabelecer relações de confiança, potenciadoras de um ambiente seguro de partilha (Sequeira, 2016).

Na comunicação em saúde, a tendência é focar a atenção na relação profissional-pessoa e família, pela sua importância no estabelecimento de relações terapêuticas de qualidade. Porém, considera-se igualmente pertinente investir na comunicação no seio das equipas prestadoras de cuidados, no sentido de otimizar o ambiente de trabalho, tornando-o seguro e empático, o que conseqüentemente, irá melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Uma comunicação eficiente entre os membros da equipa multidisciplinar, contribui para a existência de relações positivas, o que se reflete numa maior humanização dos cuidados prestados (Broca., P, & Ferreira., M, 2012). Por seu lado, a manutenção da harmonia entre a equipa de cuidados, reside em parte no uso de ferramentas comunicacionais como a escuta ativa, o diálogo sincero e a empatia entre os seus membros (Carvalho., D. et al. 2015).

Durante o período de estágio no **GCL-PPCIRA**, foi possível investir de forma mais específica neste campo, o que permitiu aprofundar a reflexão sobre a importância do trabalho em equipa, realçando o papel da comunicação.

O trabalho em equipa, por definição, está intrinsecamente relacionado com processo de enfermagem, pela visão global e cooperativa que ambos requerem. Esta articulação, pressupõe comunicação efetiva, interação, disponibilidade e sensibilidade perante o outro, numa partilha de conhecimentos, saberes e interesses, que se traduzem em objetivos comuns.

A definição de objetivos comuns, cria sentido de compromisso na equipa e garante a motivação dos membros para o trabalho (Almeida, P. L., et al. (2021).

O GCL-PPCIRA, é constituído por uma equipa de pequenas dimensões, o que demonstrou ser um ponto facilitador no estabelecimento de ligações de qualidade, fomentadas sobretudo pela dinâmica estabelecida entre os diversos elementos. A compreensão profunda acerca dos diferentes papéis, características e expectativas dos diferentes membros, servia de motor à produtividade global da equipa, em detrimento do exercício individual.

A coesão, respeito e confiança existentes entre os diferentes elementos, conferia estabilidade à equipa, capacitando-a face a alterações externas, otimizando o seu desempenho global.

Durante o período de estágio e o acompanhamento da enfermeira tutora, tornou-se clara a sua importância enquanto líder da equipa, pelo seu contributo na agregação dos elementos e consequentemente na construção da sua identidade enquanto equipa. Este aspeto suscitou bastante interesse e reflexão, pela sua aplicabilidade ao exercício da profissão durante a prestação de cuidados diretos, pela importância da existência de um elemento de referência no seio da equipa multidisciplinar, que atue não só como gestor, mas também enquanto fonte orientadora e dinamizadora das inter-relações da equipa de cuidados.

Neste ponto, realça-se o uso do diálogo como estratégia de aproximação entre os intervenientes, elemento facilitador na partilha de vivências, estabelecimento de limites e definição de papéis.

Estas vivências consolidaram a percepção da importância do processo de comunicação no seio das equipas, pois este permite a criação de laços e a manutenção de boas relações (Sequeira, 2016), o que culmina não só na excelência do trabalho, como dos cuidados.

Estas experiências e constatações, suscitaram um maior interesse pelo tema e a naturalmente uma maior observação crítica das rotinas diárias do grupo. Após alguma reflexão, foi possível perceber que apesar do bom funcionamento laboral e interpessoal dos elementos, e como consequência do elevado volume de trabalho, estes começavam a perder alguns hábitos de convívio e partilha em grupo, o que podia ser encarado como situação de melhoria. Assim, e depois de um período de reflexão com a enfermeira tutora, foram sugeridas algumas estratégias, como pausas coletivas e momentos de feedback diário no final de cada turno, com o intuito de melhorar as interações, tornando-as mais agradáveis e produtivas.

As propostas sugeridas, foram recebidas de forma positiva por todos os elementos da equipa, que permitiu a sua aplicação prática ainda durante o período de estágio. A par, e como fruto das novas dinâmicas, foi ainda delineado um calendário de atividades trimestrais de *team building*, de forma a manter a equipa envolvida e motivada.

Por outro lado, o acompanhamento da enfermeira tutora na realização de ações de formação, sessões educativas à comunidade hospitalar, como são exemplo as formações de acolhimento aos novos colaboradores e renovação e atualização de conhecimentos sobre Prevenção e Controlo de Infecção, e reuniões constitucionais de decisão estratégica, onde me foi permitido participar com exposição de opiniões e ideias, tornaram-se momentos bastante produtivos e educativos, pela possibilidade de trabalhar e aperfeiçoar habilidades e ferramentas de comunicação face a múltiplos recetores, otimizando o processo de aprendizagem.

Além destas atividades, o trabalho diário desenvolvido com e para o grupo, nomeadamente a constante interação com os outros profissionais e entidades hospitalares, no esclarecimento de dúvidas e fornecimento de orientações, serviram de complemento informal às atividades de cariz mais protocolar, realizadas neste âmbito, pela possibilidade de transmitir e fornecer informações pertinentes, adequando-as às capacidades de entendimento dos diferentes recetores, de forma a garantir a sua total compreensão.

A maior dificuldade residiu, na adequação da comunicação perante grupos e entidades profissionais que não intervêm na prestação de cuidados diretos, pelos diferentes graus de compreensão face a temáticas decorrentes do exercício direto da profissão, sobre as quais possuem conhecimentos pouco aprofundados e de carácter geral, demonstrando a necessidade do cultivo da consciência de que a mensagem transmitida nem sempre é a percebida, e a noção do efeito que um erro de entendimento, pode provocar no curso das decisões em saúde.

Posto isto, considera-se pertinente ainda realçar que uma das maiores aprendizagens neste contexto, foi a tomada de consciência do valor do silêncio durante qualquer interação, quer o intuito seja terapêutico ou não, pela quantidade e qualidade de informação que é possível captar, decorrente sobretudo dos momentos de interação com pessoas em processo de doença, aquando do acompanhamento de enfermeira tutora na realização de entrevistas e inquéritos.

A reflexão acerca do silêncio na relação terapêutica, começou hesitante e cautelosa, pela dualidade do seu significado na prática diária, podendo alternar em silêncios de fuga, desconfortáveis e ansiosos e silêncios compreensivos e empáticos, de consolidação do entendimento. Inerente à comunicação com o outro, toma uma proporção maior quando estamos perante a pessoa e família em processo de doença, pela sensibilidade e fragilidade da situação.

Assim, torna-se evidente a necessidade de os enfermeiros serem eficazes no uso do silêncio como elemento de comunicação com o outro, devendo usá-lo de forma assertiva e pertinente, possibilitando o esclarecimento e a tranquilidade que as palavras não podem fornecer, o que confere confiança e sentido à relação de ajuda (Phaneuf, 2005).

As comunicações verbais e não verbais encontram-se intrinsecamente relacionadas, sendo que a última confere maior transparência e lucidez ao discurso, permitindo uma maior compreensão da mensagem transmitida e conseqüentemente a uma maior adequação da abordagem (Rulicki & Cherny, 2007).

Neste ponto, realça-se o valor da comunicação não verbal, que exige maior envolvimento e atenção na interação, mas potencia o conhecimento profundo da mensagem e serve de ferramenta de avaliação da congruência entre o interlocutor e o que é transmitido.

Note-se que todo este processo deve ser gerido de forma equilibrada, uma vez que a comunicação não-verbal conotada frequentemente como inconsciente e não intencional, reflete de forma mais sincera e natural as emoções e sentimentos, podendo causar desconforto e embaraço, bloqueando a comunicação (Fachada, 2000).

Considera-se assim, o processo de comunicação como elemento essencial ao cuidado, devendo ser usado como âncora na construção e desenvolvimento de relações terapêuticas e interpessoais de qualidade.

Durante o período de estágio no **SMI**, foi possível desenvolver e aprofundar a temática da comunicação como ferramenta de cuidados à PSC, sendo os momentos de contacto com o potencial dador e sua família os mais desafiantes e enriquecedores.

A evolução e diferenciação científica e tecnológica da atualidade, dotou a área a saúde de ferramentas e alternativas inovadoras, capazes de otimizar a resposta face aos novos desafios do cuidar. O processo de transplantação de órgãos é um dos exemplos de sucesso, dado o aumento do número de transplantes registado nos últimos anos. Em Portugal no ano de 2021, a taxa de utilização de órgãos colhidos é 14,2% superior à taxa registada em 2020 (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2021), o que demonstra uma melhoria das técnicas de colheita, preservação e transplantação, mas também do conhecimento e sensibilidade na identificação precoce de potenciais dadores por parte das equipas de cuidados.

Um dador de órgãos, enquadra-se por definição no conceito de PSC, pois apresenta na sua maioria uma ou mais disfunções de órgão que exigem um plano de cuidados complexo e diferenciado, com o objetivo de proteger a qualidade e viabilidade dos órgãos, isto é, evitar potenciais perdas de função ou danos. Remete-nos assim, para a importância da presença de enfermeiros especialistas na equipa de cuidados ao potencial dador, pela sua diferenciação científica e técnica, a par da sua assertividade na deteção e antecipação de potenciais complicações.

É assim crucial que haja, uma transição entre os cuidados terapêuticos, orientados para o tratamento da doença, para um cuidado orientado para a otimização e homeostasia do potencial dador.

A doação de órgãos é um processo complexo, que exige ponderação na ação e uma forte consciência ética, não só em relação aos dadores, mas também à sua família e /ou pessoas significativas. O respeito pelos quatro princípios bioéticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, as orientações presentes na Convenção de Oviedo sobre Direitos Humanos e Biomedicina (1997) e o Protocolo Adicional sobre a Transplantação de Órgãos e Tecidos de Origem Humana (2017) devem residir como guias orientadores deste processo.

As necessidades identificadas de órgãos, são exponencialmente maiores do que a disponibilidade e taxa de utilização registada. Dada esta discrepância, à semelhança de outros países da Europa, em Portugal através da Lei nº12/93, 22 de abril e do Decreto-Lei nº244/94, de 26 de setembro, todos os cidadãos residentes são potenciais dadores *post mortem*, salvo os cidadãos registados no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA).

Durante o contacto com o SMI, existiram múltiplas experiências relacionadas com o processo de doação de órgãos, com dador falecido, no caso com declaração de morte cerebral (MC).

Na globalidade das experiências, o foco de aprendizagem recaiu essencialmente sobre 4 vertentes – a identificação precoce dos potenciais dadores, o cuidado ao potencial dador com vista à manutenção da qualidade dos órgãos, acompanhamento e participação nas provas de certificação de MC e cuidado à família – comunicação e acompanhamento.

A principal dificuldade residiu no cuidado à família, pela dificuldade em comunicar de forma assertiva e empática durante a transmissão da informação, prestando o suporte e apoio necessário durante este processo traumático. Segundo Cavalcante *et al.* (2014), a prestação de cuidados à família dos potenciais dadores é crucial e um ponto a favor na obtenção do consentimento da família para a doação.

Moraes EL, Silva LB., *et al* (2009), na sua pesquisa, abordam a falta de sensibilidade dos profissionais face ao processo de doação de órgãos. A falta de ferramentas de comunicação,

o medo da confrontação e o dilema constante entre a compreensão da incerteza, dúvida e sofrimento da família e a ânsia pela aceitação e avanço do processo, foram os motivos identificados para os obstáculos encontrados durante o período de contacto.

O período de estágio possibilitou a participação em três provas de certificação de MC, executadas por médicos especialistas, requerendo a presença e participação dos enfermeiros durante a realização das mesmas, no cuidado ao posicionamento do corpo, preparação e auxílio com o material e vigilância de possíveis alterações fisiopatológicas.

Uma das PSC com a qual contactei, elegível para potencial dadora, foi a senhora X. Meia-idade, saudável, apesar de algumas comorbilidades e vítima de doença súbita. Iniciei o contato com a senhora X, após a realização das primeiras provas de MC, que se revelaram positivas. A sua família próxima era composta pela marido e três filhos adultos.

O momento de contacto aconteceu aquando da chamada da família, para comunicação do diagnóstico de MC e resultado positivo das provas. A comunicação à família foi realizada junto da senhora X, na unidade de cuidados intensivos. A confrontação provocou na família reações e comportamentos distintos entre os familiares, mas a negação do diagnóstico foi transversal. O marido da senhora X optou por abandonar a unidade, enquanto as duas filhas recusaram veementemente a doação, demonstrando comportamentos de descontrolo emocional, oscilando entre a agressividade para com os profissionais e o desespero. Face a tais demonstrações, a equipa de cuidados mostrou-se insegura, limitando o contato com a família a interações formais, focadas na necessidade de um parecer célere da família, pela necessidade de colheita breve e atitudes de fuga.

Aquando da realização das segundas provas, momento em que foi possível a participação no auxílio à equipa médica, pude colocar em prática algumas competências aprendidas anteriormente, como o conhecimento dos protocolos de certificação, participação nas técnicas executadas e monitorização e vigilância contínua. Uma vez mais, obteve-se positividade nas provas e foi confirmado o diagnóstico de morte cerebral. Foi realizada uma reunião entre a família e a equipa de cuidados, onde estavam presentes o marido da senhora X e dois dos seus filhos, dois elementos da equipa médica e um elemento da equipa de enfermagem, que me foi possível acompanhar, em espaço físico próprio e resguardado,

dando oportunidade à família de manifestar os seus sentimentos e perceções de todo o processo, porém mantendo a sua postura de recusa da doação.

Face a tal posição da família e dado o seu processo de luto e sofrimento, foi decidido pela equipa de cuidados não avançar com o a doação, apesar de em Portugal, a legislação tornar elegível todos os cidadãos como doadores, salvo registo no RENNDA.

O dilema que permaneceu após este contato, oscilava entre o respeito pela vontade da família e a possibilidade de salvar outras vidas, vidas que se encontravam em espera. Os elementos de equipa multidisciplinar na sua generalidade, apesar de respeitarem o posicionamento da família, demonstraram-se inconformados e algo frustrados com a decisão final, dada a impossibilidade de usarem os órgãos de senhora X, em pessoas vítimas de doença crónica incurável, em lista de espera.

Inicialmente, o comportamento de equipa, pareceu pouco empático face ao sofrimento da família, porém após um longo período de reflexão e decorridas mais experiências relacionadas, considera-se que a decisão apesar de atender e respeitar a família, é algo questionável tendo em conta a hipótese de proporcionar cura e/ou qualidade de vida a alguém em detrimento de motivações emocionais, muitas vezes mal fundamentadas. Considera-se ainda, que esta questão carecia de maior discussão e reflexão em equipa, suscitando a partilha de emoções e opiniões inerentes à tomada de decisão, de forma a evitar sentimentos reprimidos de frustração e desacordo, limitando potenciais conflitos.

A vivência descrita levantou algumas questões e suscitou uma reflexão pessoal mais aprofundada acerca do tema do ponto de vista ético, que foi partilhada com a enfermeira tutora e alguns dos elementos da equipa presentes. A prática do consentimento presumido, em vigor na atualidade nacional, pode motivar conflitos quando o registo não existe por desconhecimento ou falta de entendimento. Além disso, a inexistência de registo no RENNDA, pode entrar em confronto com os desejos da pessoa em vida, no que à recusa da doação diz respeito.

Pode então considerar-se os desejos da pessoa, quando conhecidos, e família de recusa e ignorar a elegibilidade conferida pela lei em vigor? Ou será eticamente correto avançar com o processo de doação, ignorando os desejos da pessoa ou a decisão familiar de recusa? A

tomada de decisão perante tais questões deve ser extremamente ponderada, discutida e refletida no seio das equipas multidisciplinares envolvidas no processo de doação de órgãos. Este processo deve ser suportado na legislação em vigor, em consideração pelo melhor cuidado à família. Associado, deve tentar-se a concordância dos elementos da equipa de cuidados, evitando sentimentos de desconforto e frustração.

Esta experiência serviu de guia e reflexão para as experiências seguintes, onde me foi possível adequar a atuação junto da família dos potenciais dadores, através do uso de estratégias e protocolos de comunicação terapêutica, facilitadoras da transmissão da informação, com o intuito de melhorar a comunicação de más notícias. Foi ainda, possibilitado às famílias o espaço e o tempo necessários para se expressarem, otimizando a maturidade e a assertividade das intervenções. Realça-se as palavras de Cármen Segóvia “fala somente quando as tuas palavras forem mais fortes que o teu silêncio”.

O processo de comunicação de más notícias, é complexo, desgastante e muitas vezes causador de sofrimento não só à pessoa e família, mas também aos profissionais, pois está normalmente relacionado com a finitude das opções terapêuticas e o mau prognóstico da situação clínica, podendo gerar sentimentos de impotência e confrontação com a própria morte (Cardoso, 2019).

A transmissão de más notícias, deve ser planeada e estruturada pelos profissionais, a fim de minimizar a carga negativa associada e diminuir a discrepância entre a realidade da situação clínica e as expectativas da pessoa e família, na tentativa de facilitar o processo de readaptação e aceitação familiar.

O SMI, pelas características das pessoas admitidas e pelo elevado grau de complexidade e instabilidade das situações clínicas, é um dos contextos onde a transmissão de más notícias assume particular relevância no acompanhamento e suporte à família. Assim, torna-se evidente a necessidade de adequar a forma como é feita a sua transmissão, pois irá afetar a organização familiar e conseqüente redefinição de papéis, o seu bem-estar e a forma como encaram os cuidados.

Não existe uma forma perfeita nem infalível que oriente o processo de transmissão de más notícias e o torne uma intervenção menos exigente. No entanto, pela sua importância na

prestação de cuidados, foram desenvolvidos alguns protocolos, com o objetivo de orientarem a comunicação de más notícias e minimizarem o desconforto e potencial impacto negativo na pessoa, família e profissionais envolvidos.

O protocolo a que se recorreu durante o período de estágio no SMI, para melhorar a comunicação de más notícias e que possibilitou uma atuação mais empática e assertiva, foi o Protocolo *SPIKES*, desenvolvido por Buckman (1994). Este visa a abordagem sequencial na transmissão da informação e pretende orientar a intervenção dos profissionais. A par disso, espera-se assim, a cooperação da pessoa e família no desenvolver do processo. A sua utilização permitiu uma abordagem mais segura, direcionada e estruturada, o que minimizou sentimentos de desconforto e ansiedade inerentes à entrevista.

É composto por 6 etapas: *S-Setting Up*, que pressupõe uma preparação da entrevista, antecipando potenciais fatores stressores, garantindo a privacidade num local e ambiente calmo e seguro de partilha; *P- Perception*, neste ponto pretende avaliar-se a perceção que a pessoa e família têm acerca da situação, quais as suas expectativas e adequação à realidade; *I- Invitation*, refere-se ao momento em que o profissional compreende e questiona a necessidade de informação da pessoa e família, ou seja, abre a porta para o diálogo e para o esclarecimento, *K – Knowledge*, remete para partilha de informação com a pessoa e família, que deve ser dada de forma clara e direta, podendo usar-se a técnica “Tiro de Aviso”, de forma a prepará-los para as más notícias, *E – Emotions*, consiste em reconhecer e compreender as emoções e reações da pessoa e família, proporcionando um feedback positivo e empático e *S – Strategy and Summary*, aqui, pretende-se resumir a informação partilhada, através de uma discussão das perspetivas futura e definir um plano de ação adequando e ajustados às necessidades da pessoas e família.

A transmissão de más notícias, pela sua complexidade e sensibilidade, deve ser realizada em equipa e em local próprio, facilitando a intervenção, melhorando a capacidade de resposta face às reações dos recetores e minimizando focos de stress.

Uma dessas experiências, que posso apelidar de marcante pelo grau de desconforto e frustração associados à situação, mas acima de tudo, motivadora de crescimento pessoal e profissional, foi a interação com os familiares de outra potencial dadora, a senhora Y. Os familiares eram dois jovens, um deles ainda adolescente. Entre a sensação de injustiça, a

negação e o sofrimento profundo, face à situação da sua mãe, estes jovens demonstraram desde o início disponibilidade e receptividade aos cuidados e interações, o que facilitou a ligação com os mesmos.

Aqui, foi possível desenvolver uma relação terapêutica, suportada na confiança e na empatia, através de ferramentas de observação e escuta ativa, com o intuito de proporcionar um ambiente de partilha seguro. O foco foi tranquilizar e capacitar os jovens e promover a inclusão do pai – ausente em trabalho fora do país -, no processo de aceitação e luto. Pois, segundo Bertone *et al.*, (2007), só através de uma comunicação terapêutica é possível promover a tranquilidade, o respeito, a confiança e a compreensão da ética na prestação de cuidados.

A comunicação é um processo complexo e subjetivo, influenciado por múltiplos fatores, como são exemplos as vivências pessoais, a história familiar e crenças culturais. Assim, na prestação de cuidados, o objetivo passa não só por conhecer a perceção da pessoa, objeto dos cuidados, como a compreensão da pessoa face ao que foi transmitido.

As competências de comunicação revelam-se assim cruciais ao exercício da profissão de enfermagem, pois otimizam o processo de comunicação, tornando-o efetivo. Consequentemente, promovem uma melhor compreensão da mensagem evitando mal-entendidos, reduzindo a dúvida e a ansiedade inerente a temas difíceis, o que facilita a capacitação da pessoa e família a tomar decisões informadas, numa parceria colaborativa com os profissionais (EDTNA/ERCA, 2017).

O desconforto causado por estas vivências, despertaram a procura por respostas que possam auxiliar e otimizar a prestação de cuidados futura, junto dos familiares da pessoa em processo de doença complexa. Assim, de forma a responder a esta inquietação e à luz das competências reconhecidas ao mestre e enfermeiro especialista alicerçadas na investigação, foi realizada uma Revisão da Literatura, apresentada no Apêndice 2, intitulada: As Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no Processo Comunicacional com os Familiares de Pessoas em Processo de Doação de Órgãos.

A questão de investigação que serviu de base orientadora ao trabalho desenvolvido foi: *“Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, na comunicação com os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos?”*

A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados *Scopus, a Web of Science, PubMed* e *B-ON*, partindo da questão de investigação. A pesquisa e a documentação foram realizadas de acordo com a metodologia PRISMA.

O processo de pesquisa e elegibilidade, culminou com a análise de um total de 7 artigos, que na sua generalidade abordam as estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante a comunicação com os familiares dos doadores, realçando ainda a importância da comunicação eficaz e efetiva na intervenção dos enfermeiros, pelo impacto positivo que têm no decorrer de todo o processo e acompanhamento dos familiares.

Entre os resultados obtidos, pode verificar-se que as Estratégias Comunicacionais, são mencionadas na totalidade dos estudos analisados, e passíveis de identificação. A sua operacionalização passa por uma comunicação empática, constante e contínua com as famílias, onde a escuta ativa surge como elemento-chave, remetendo para uma partilha honesta, sincera e transparente, que exige calma e envolvimento dos profissionais. A par, é referida a importância da linguagem verbal, com adequação do tom de voz, assim como da linguagem corporal, mantendo um olhar atento e assertivo nos momentos de contato com as famílias.

Em simultâneo, é ainda apontada, a necessidade de aplicação de técnicas de desenvolvimento de atenção e discussão de forma a estabelecer uma relação de confiança.

O cuidado à família parece ser o maior desafio com que os enfermeiros se deparam durante o processo de doação de órgãos, pela existência de sentimentos, crenças e valores pessoais inerentes, que se refletem na tomada de decisão diária (Figueiredo., C. et al, 2020). Face ao mencionado, é perceptível a necessidade dos enfermeiros desenvolverem habilidades e capacidades de comunicação terapêutica, que os tornem capazes e autónomos no suporte aos familiares em sofrimento, por meio de gestos, ações e silêncios empáticos e compreensivos.

O papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos e cuidado ao potencial dador é complexo e diferenciado. Exige uma intervenção global e integrada, onde o foco é o binómio pessoa-família, pois a prestação de cuidados não se encerra com os cuidados diretos ao potencial doador e sua homeostasia, devendo estender-se aos familiares em sofrimento.

A relação entre os familiares do potencial dador e os enfermeiros parece ser um fator facilitador do processo de doação, quando esta é terapêutica e acompanhada por sentimentos de confiança e transparência, ou seja, quando existe humanização dos cuidados (Moraes., E. et al, 2015), o que nos remete para um ambiente seguro, promotor de conforto e esclarecimento.

Em 2015, Tolfo et al., apontam uma comunicação eficaz, como fator facilitador da relação com a família, capaz de mobilizar os elementos envolvidos, promover a ligação e confiança entre eles e conseqüentemente originar relações saudáveis. Estas são normalmente facilitadas pela sensibilidade, empatia e assertividade dos enfermeiros perante face às necessidades dos familiares.

Cuidar do outro, pressupõe comunicar com o outro. Pretende-se que esta comunicação seja assertiva, clara e sincera, facilitando o envolvimento dos familiares no processo de cuidado (Andrade., J. et al. 2018).

A comunicação é um processo complexo, que na maioria das vezes é aperfeiçoado pela experiência, como referem Karaman., A. &, Akyolcu., N. (2019), que lhe confere eficácia e assertividade. No entanto, reforçam que para que a comunicação seja efetiva, é necessário investir em formação e treino específico em contexto, de forma a otimizar a abordagem.

Milross., L. et al. (2022), apontam também o contato contínuo e seriado com os familiares como uma estratégia importante, valorizando a partilha entre ambos e o cultivo da relação terapêutica.

As estratégias identificadas, na sua generalidade, revelam-se cruciais na abordagem aos familiares de forma transversal, possuindo uma importância extrema perante situações de saúde-doença e fim de vida.

Como resultados são destacadas as estratégias comunicacionais, como as únicas que foram mencionadas na totalidade dos artigos analisados, sendo as mais valorizadas no estabelecimento de uma relação terapêutica, segura e de confiança entre os enfermeiros e as famílias.

Assim, foi possível identificar os elementos através dos quais se desenvolvem, possibilitando a sua aplicação prática. Resumidamente, os enfermeiros devem privilegiar a continuidade e periodicidade no contato com as famílias. A partilha deve ser empática, honesta, sincera e transparente, conferindo segurança e confiança à relação terapêutica, e possibilitando um maior envolvimento dos intervenientes.

Ao mesmo tempo, os enfermeiros devem consciencializar-se da multidimensionalidade da comunicação, procurando um equilíbrio e adequação de todos os seus elementos, como são exemplo a linguagem verbal e corporal, uniformizando a mensagem e minimizando o envio de sinais dissonantes.

Por fim, é ainda apontada a utilização de técnicas específicas, de atenção e discussão, de forma a aprofundar e desenvolver as ferramentas disponíveis.

Em suma, todos os artigos selecionados para a Revisão da Literatura, abordam a temática em estudo e permitem a identificação de estratégias auxiliares de uma comunicação efetiva e positiva, entre os enfermeiros e os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos, permitindo a otimização da intervenção em momentos de transição, pautados por uma maior fragilidade e sofrimento. Estas, apesar de distintas, revelam-se complementares e igualmente necessárias a uma abordagem holística do cuidado.

O processo de doação de órgãos é na sua essência complexo e exige uma abordagem integrada, orientada para a humanização e globalidade dos cuidados, com foco no binómio pessoa-família. Esta abordagem pressupõe uma intervenção assertiva, empática e diferenciada por parte dos enfermeiros, nas diferentes dimensões do cuidado.

Os enfermeiros pelas características da sua intervenção, são os profissionais com maior proximidade ao potencial dador e seus familiares, o que lhes confere um maior grau de compreensão acerca das suas necessidades.

O suporte aos familiares dos potenciais dadores, durante todo o processo de doação exige aos enfermeiros habilidades e ferramentas específicas, capazes de os capacitar a intervir nos momentos de crise, proporcionando apoio e conforto, num ambiente de partilha seguro e de confiança.

As competências de comunicação, quando desenvolvidas e potenciadas, permitem aos enfermeiros desenvolver relações terapêuticas e parcerias de qualidade com os familiares, incluindo-os no processo de doação, minimizando potenciais conflitos e promovendo uma melhor aceitação face à transição inerente. Estas, materializam-se na prática, através do uso de estratégias de comunicação específicas.

O desenvolvimento de competências comunicacionais, pensa-se apenas possível através de formação especializada e treino direcionado. A sua aquisição, possibilita não só uma otimização da abordagem aos familiares, mas também o desenvolvimento de maturidade e crescimento emocional. Este, por sua vez, melhora as interações através da melhoria da compreensão face à vulnerabilidade do outro. Considera-se assim que a comunicação e consequente suporte aos familiares do potencial dador de órgãos, deve ser orientado por profissionais especializados, com formação e treino adquirido de forma contínua, garantindo um acompanhamento de qualidade.

As atividades realizadas possibilitaram a concretização e o desenvolvimento dos objetivos congruentes com o Domínio de Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, mais concretamente, a consciencialização do que é ser pessoa e enfermeiro, pelo reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais na prática diária.

No que se refere, ao papel do Enfermeiro Especialista na área da PSC, as atividades desenvolvidas permitiram a gestão adequada e equilibrada das relações terapêuticas e interpessoais, através da otimização do processo comunicacional. O reconhecimento das barreiras de comunicação e das transações que emergem do cuidado e contato com o outro, permitiram o desenvolvimento de habilidades e competências de comunicação específicas, perante processos e situações complexas, conferindo confiança e qualidade às interações. Paralelamente, possibilitaram a fundamentação da prática diária na evidência científica, através da utilização do conhecimento como recurso na construção de intervenções especializadas e consequentemente de ganhos em saúde para a pessoa e família.



#### 4. CONCLUSÃO

A prestação de cuidados de enfermagem especializados, resulta de uma interação constante e recíproca entre a componente teórico-prática e as experiências *in loco*, potenciando o saber-fazer e conseqüentemente o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências profissionais diferenciadas. Estas experiências, conferem ao enfermeiro a capacidade de identificar os focos de atenção relevantes à sua intervenção, a relacioná-los de forma a formalizar os seus significados tanto para a pessoa como para os cuidados prestados. Assim, a excelência dos cuidados é proporcional à aquisição de perícia profissional (Benner, 2005).

O Enfermeiro Especialista e Mestre em EMC, é aquele a quem além das competências definidas para um Enfermeiro de Cuidados Gerais, adquire ao longo do seu desenvolvimento profissional, conhecimento diferenciado na sua área de especialização. Este, permite-lhe reconhecer e identificar as necessidades e as respostas humanas da pessoa e família, face a processos complexos de saúde-doença, sendo capaz de desenvolver soluções adequadas e inovadoras, pautando a sua tomada de decisão pela constante análise e reflexão crítica.

Em simultâneo, espera-se que este profissional seja referência no desenvolvimento da profissão e disciplina, através de contributos oriundos da investigação em saúde, que desenvolve de forma autónoma, na procura continua pela qualidade e segurança dos cuidados.

Nesse sentido, sendo o processo de cuidar, um processo dinâmico e em constante redefinição, dado a mutabilidade e emergência de novos desafios em saúde, remete os profissionais para a necessidade constante de aperfeiçoamento profissional e pessoal. A frequência no Curso de Mestrado, revelou-se a decisão acertada na construção do percurso profissional especializado, pela adequação das aprendizagens às necessidades de formação existentes, num eixo interativo entre as componentes teóricas e práticas do exercício da profissão.

O relatório aqui apresentado, pretende espelhar o trabalho desenvolvido durante o período de estágio, através da descrição e análise crítico-reflexiva das experiências vividas nos diferentes contextos, que descrevem o processo de aprendizagem, à luz das competências e habilidades esperadas e inerentes ao Enfermeiro Especialista e Mestre em EMC. A par, contempla ainda, para melhor contextualização, as atividades levadas a cabo para operacionalizar os objetivos delineados para este percurso.

A experiência profissional prévia aliada as competências adquiridas no 1º momento de contacto com a realidade dos cuidados no âmbito do Curso de Mestrado, decorrido no SU, serviram de base de sustentação ao trabalho a desenvolver, revelando-se cruciais para a perceção das necessidades formativas existentes e em simultâneo para a tomada de consciência acerca dos resultados a alcançar no final deste percurso, o que garantiu a motivação necessária para o seu desenvolvimento.

No primeiro contexto de estágio, o GCL-PPCIRA, pelas características da sua atuação, foi possível trabalhar áreas de intervenção transversais a toda a prestação de cuidados. Estas áreas, apesar de não se desenvolverem na prestação de cuidados direta, suportam e orientam a atuação dos profissionais, na melhor evidência científica, o que confere segurança e qualidade aos seus cuidados.

As atividades desenvolvidas decorreram de necessidades de carácter organizacional e estratégico, orientadas sobretudo para a Prevenção e Controlo da Infeção em contexto hospitalar, o que possibilitou o desenvolvimento de competências específicas relacionadas com a Maximização da atuação na Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, com especial atenção à temática CRE. Em associação, foram ainda trabalhadas habilidades e ferramentas relacionadas com a dinamização da informação e desenvolvimento de orientações e protocolos de atuação.

No segundo contexto de estágio, o SMI, que vigora como local de referência no cuidado integrado à PSC e família, caracterizado pela complexidade globalidade da intervenção, revelou-se o contexto ideal para o desenvolvimento das competências inerentes ao cuidado à pessoa em processo de doença crítica e/ou falência orgânica, através de uma intervenção assertiva, diferenciada e atempada, com vista à manutenção da vida e recuperação de

autonomia, minimizando potenciais perdas de função. Os campos de intervenção mais desenvolvidos, foram a VMI, as medidas de neurointensivismo e as TSR.

Ao mesmo tempo, atuou-se ainda, na vulnerabilidade da PSC face a intervenções diagnósticas e tratamentos invasivos, na prevenção e controlo de infeção das IACS. Por outro lado, mas ainda remetendo para a fragilidade da pessoa face a processos de doença avançada e não reversível, refletiu-se, ainda que de forma abrangente na temática da obstinação terapêutica.

O acompanhamento da família da PSC, foi outro dos campos sujeitos a intervenção no SMI, pela sua importância na abordagem holística do cuidado. Aqui, o foco de trabalho foi a otimização do processo de comunicação e consequente suporte aos familiares.

A investigação em saúde foi um campo de intervenção transversal aos dois contextos de estágio, dado que se verifica essencial ao exercício atualizado e seguro da profissão.

As dificuldades encontradas durante este percurso, residem essencialmente em dois pontos: rápida transição entre contextos, que suprime momentos de reflexão alargada e cimentação de ideias, conhecimentos e aprendizagens complexas e remete para novas inquietações e motivações. O outro ponto, remete para a brevidade do contacto com os contextos, que no caso, apesar de complementares, em termos de intervenção exigem competências e habilidades extremamente específicas e diferenciadas, acrescentando maior capacidade de adaptação e rapidez na adequação da ação face a novos desafios. Apesar disso, pensa-se que as dificuldades foram colmatadas e superadas, pela dedicação e empenho demonstrados.

A reflexão crítica constante sobre a prática de enfermagem, de forma informal durante o período de estágio em parceria com as enfermeiras tutora e a professora orientadora, e sob o formato de documentação em relatório, permitiu monitorizar e avaliar o trabalho desenvolvido de forma construtiva. Considera-se dessa forma, e reconhecendo que o grau de concretização foi uniforme, que os objetivos preconizados para este período foram atingidos com sucesso.

A aquisição de competências e habilidades relativas aos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente, Responsabilidade profissional, ética e

legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais em associação com a aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, nomeadamente o cuidados à PSC e família, foram desenvolvidas e aperfeiçoadas e permitem assim o início da prestação de cuidados de enfermagem especializada, atendendo ao que é esperado ao Mestre em Enfermagem.

O percurso que agora finda, deve possibilitar a construção de um novo caminho profissional, que se pretende mais consciente e maduro. Espera-se desta forma que, tendo em mente uma filosofia de melhoria contínua, seja possível contribuir para o avanço da profissão e disciplina, através da investigação em saúde e conseqüentemente na renovação e dinamização do conhecimento científico, com especial atenção aos cuidados ao doente do foro cardíaco.

Em simultâneo, pretende-se uma atuação de referência na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, relativa ao cuidado à pessoa em situação crítica, no ambiente profissional onde decorre o exercício da profissão, com integração em equipas de cuidados diferenciados.

Por fim, pretende-se ser agente dinamizador do cuidado integrado à pessoa e família, através do estabelecimento de parcerias multidisciplinares e da articulação entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente a transferência dos cuidados hospitalares para a comunidade.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, P. L., Pimentel, D., & Marques-Quinteiro, P. (2021). Equipas de Alto Desempenho. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Lisboa;

Benner, P., 2005. De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora;

Bertone., T, Ribeiro., P & Guimarães., J (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. Revista Fafibe On Line, nº3. Disponível em <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>;

Broca., P. Ferreira., M (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>;

Capelas, M. L., Simões, A. S., Teves, C., Durão, S., Coelho, S., da Silva, S. C., Silva, A., & Afonso, T. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. Cadernos De Saúde, 10(2), 11-24. Disponível em <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>;

Cardoso., R (2019). Competências Clínicas de Comunicação. Unidade de Psicologia Médica Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

Carvalho., D. Santos., N. Silva., A. Carvalho., G. (2015) Perceção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. Revista interdisciplinar. 8(3): 61 – 74;

Cavalcante, L., Ramos, I., Araújo, M., Alves, M. & Braga, V. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial dador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27 (6), 567-572. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>;

Coelho., P. Silva., M. Costa., T. Capelas., M (2014) Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. Disponível em t: <https://www.researchgate.net/publication/279191644>;

Cook, A. M., Morgan Jones, G., Hawryluk, G. W. J., Mailloux, P., McLaughlin, D., Papangelou, A., Samuel, S., Tokumaru, S., Venkatasubramanian, C., Zacko, C., Zimmermann, L. L., Hirsch, K., & Shutter, L. (2020). *Guidelines for the Acute Treatment of Cerebral Edema in Neurocritical Care Patients*. *Neurocritical care*, 32(3), 647–666. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s12028-020-00959-7>;

Cruz, A., Gomes, A., Parreira, P. (2017). Focos de atenção prioritários e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, nº15, pp. 73-82.

Decreto Lei nº 244/1994, de 26 de Setembro. Diário da República nº 233/1994, Série I-A de 26-9-1994. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/244-1994-606526>;

Despacho nº10901/2022 do Ministério da Saúde, 2022. Diário da República: série II, nº174, disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>;

Donabedian A. (1992). Quality assurance. Structure, process and outcome. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain):1987)*, 7(11 Suppl QA), 4–5.

European Center of Control Disease Prevention and Control, 2019. *Carbapenem – resistant Enterobacteriaceae-second update*. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/carbapenem-resistant-enterobacteriaceae-risk-assessment-rev-2.pdf>;

European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union*. Disponível em Doi 10.2900/7778;

European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (2012). *Acute Kidney Injury: A Guide to Clinical Practice*. ISBN: 978-84-615-9445-0;

European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (2017). *The Art of Communication - A Nurses Guide to Implementing Best Practice in Communication*. ISBN / 978-84-697-4071-2 ;

European Observatory on Health Systems and Policies (2013). *Eurohealth*. ISSN 1356-1030;

Fachada., M. (2000). *Psicologia das Relações Interpessoais* (3ªed., Vol. 1). Lisboa: Rumo;

Fernandes., A & Coelho., P (2014). Distanásia em Unidades de Cuidados Intensivos e a Visão de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Cuidarte*, 5(2), 813-819. Disponível em <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.122>;

Fernández-Alonso, V., Palacios-Ceña, D., Silva-Martín, C., & García-Pozo, A. (2020). *Facilitators and Barriers in the Organ Donation Process: A Qualitative Study among Nurse Transplant Coordinators*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7996. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217996>;

Figueiredo, C., Pergola-Marconato, A., & Saidel, M. (2020). Equipe de Enfermagem na Doação de Órgãos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Bioética*, vol.28. Disponível em Doi: 10.1590/1983-80422020281369;

Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2022). *Doação e Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células: Atividade Nacional Anual, 2021*. Disponível em [https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados\\_Anuais\\_Atividade\\_Doacao\\_Transplantacao2021\\_versao\\_integral\\_para\\_publicacao.pdf](https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados_Anuais_Atividade_Doacao_Transplantacao2021_versao_integral_para_publicacao.pdf);

Internacional Council of Nurses, 2007. Position Statement on Nursing Research.

Lei nº12/1993, de 22 de Abril. Diário da República nº 94/1993, Série I-A de 22-4-1993.  
Disponível

[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=236&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=236&tabela=leis&so_miolo=)

Lei nº 12/2005, de 26 de janeiro. Diário da República nº 18/2005, Série I-A de 2005-01-26,  
disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2005-106603593>;

Lei nº31/2018 de 18 de julho. Diário da República N.º 137, 1º Série - 18 de julho de 2018.  
Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2018-115712240> ;

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000).  
Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing  
science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006> ;

Moraes EL, Silva LB, Moraes TC, Paixão NC, Izumi NM, Guarino AJ. [The profile of  
potential organ and tissue donors]. *Rev Latinoam Enferm*. 2009; 17(5):716-20. Portuguese;

Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem (2.<sup>a</sup> edição). Lusodidacta;

Organização Mundial de Saúde (2017). *Guidelines for the prevention and control of  
carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii and Pseudomonas  
aeruginosa in health care facilities*. ISBN 9789241550178;

Organização Mundial da Saúde, (2019) *Implementation manual to prevent and control the  
spread of carbapenem-resistant organisms at the national and health care facility level*.  
Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019-6> ;

Oo, W. L., Ong, J. S., Foong, J. W., Hossain, M. M., Baskaran, N. D., Haron, H., &  
Varadarajan, R. (2020). *Knowledge and attitudes of healthcare professionals and the impact  
on willingness to donate organs: a tertiary hospital survey*. *Singapore Medical  
Journal*, 61(3), 154–161. Disponível em: <https://doi.org/10.11622/smedj.2019080>;

Ordem dos Enfermeiros, 2018. Regulamento n° 429/2018 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros, 2019. Regulamento n°743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040> ;

Organização Mundial de Saúde, 2020. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf> ;

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J. Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva. Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto2017.pdf> ;

Pegoraro., M & Paganini., M (2019) Cuidados Paliativos e Limitação de Suporte de Vida em Terapia Intensiva. Rev. bioét. (Impr.). 2019; 27 (4): 699-710. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353> ;

Petronilho., F. (2009) Produção de Indicadores de Qualidade – A Enfermagem que queremos evidenciar. Regista Sinais Vitais, p 36-44. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32323> ;

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência;

Rabiais., I. Amendoeira., J. (2013). Educar em Enfermagem: um processo de reflexividade na interação. Cadernos de Saúde, Volume 6., p55-68.

Resolução da Assembleia da República nº1/2001. Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. Diário da República I, série A, nº2 de 3 de janeiro de 2001. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/235068> ;

Resolução da Assembleia da República nº24/2017. Protocolo Adicional sobre a Transplantação de Órgãos e Tecidos de Origem Humana. Diário da República, 1ª série, nº34 de 16 fevereiro de 2017. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/106471882> ;

Rulicki., S. & Cherney., M. (2007). *Comunicación No Verbal: Como la inteligéncia emocional se expresa a través de los gestos*. Buenos Aires: Ediciones Granica, S.A;

Sequeira, 2016. Comunicação Terapêutica e Relação de Ajuda. 1ª ed. Lisboa: Editora Lidel;

Vieira., M, De Alencar., T, Pinto., S, Teotónio., R, Conceição., S. (2020). Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura. Saúde Coletiva. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3186-3197> ;

## **6. APÊNDICES**



## **APÊNDICE 1**

### **PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

OTIMIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO NA  
ABORDAGEM AOS DOENTES PORTADORES DE ENTEROBACTERIAES RESISTENTES  
AOS CARBAPENEMES (CRE) NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)





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

---

LISBOA·PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

#### **Estágio Final e Relatório**

### **PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

OTIMIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO  
NA ABORDAGEM AOS DOENTES PORTADORES DE ENTEROBACTERIAES  
RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) NO SERVIÇO DE MEDICINA  
INTENSIVA

**Estudante:** Andreia Oliveira nº 396421023

**Sob orientação de:** Professora Doutora Patrícia Coelho

**Porto, outubro de 2022**

## **LISTA DE SIGLAS**

ECDPC - Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças;

CRE - *Enterobacteriales* resistente aos Carbapenemes;

CVC – Cateter Venoso Central;

EEEMC - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

EPI– Equipamento de Proteção Individual;

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção de Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos;

IACS – Infecções associadas aos Cuidados de Saúde;

KPC - *Klebsiella pneumoniae* carbapenemese;

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção;

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão;

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos;

SMI – Serviço de Medicina Intensiva.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>2. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO</b> .....	7
<b>3. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE</b> .....	8
<b>4. CRE – DEFINIÇÕES E MECANISMOS DE AÇÃO</b> .....	9
<b>4.1. CRE – Colonização e Infecção</b> .....	10
<b>4.2. Fatores de Risco para a Colonização</b> .....	11
<b>4.3. Estratégia de Prevenção e Controlo de Infecção</b> .....	12
<b>5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO LOCAL</b> .....	14
<b>5.1. O Contexto – SMI</b> .....	14
<b>5.2. Operacionalização</b> .....	15
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	18
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	19
<b>8. APÊNDICES</b> .....	23
<b>Apêndice A – GUIA DE AUDITORIA – BOAS PRATICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO POR ENTEROBACTERIALES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) – NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)</b>	
<b>Apêndice B – FORMULÁRIO A – CHECKLIST DE PRÁTICAS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO POR ENTEROBACTERIALES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)</b>	
<b>Apêndice C – FORMULÁRIO B – CHECKLIST CONDIÇÕES ESTRUTURAIS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÕES POR ENTEROBACTERIALES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

O presente documento pretende expor a proposta de diagnóstico de situação realizada no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho e tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

O período de estágio decorreu entre o dia 5 de setembro e o dia 26 de outubro de 2022, num Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), em funções num Hospital Central, situado na região Norte do País.

O trabalho foi desenvolvido tendo em consideração os objetivos gerais e pessoais definidos para o período de estágio, remetendo especificamente para os que se encontram relacionados com as competências do enfermeiro especialista relativas à prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica e ao desenvolvimento contínuo de uma cultura de cuidados baseada na melhor evidência clínica.

A **proposta de diagnóstico** pretende otimizar e uniformizar a abordagem da equipa multidisciplinar, dos quais enfermeiros/as, médicos/as e assistentes operacionais, de um Serviço de Medicina Intensiva, ao doente portador de CRE, aumentar a adesão às Precauções Básicas de Controlo de Infecção e às Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão e minimizar os Fatores de Risco para a colonização por CRE, por meio da Transmissão Cruzada.

A pertinência do tema decorre da abrangência da problemática na atualidade, uma vez que o rápido crescimento de colonizações e consequentes infeções por CRE, emerge como uma das principais causas para as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), sendo desta forma uma ameaça significativa para a saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2019).

A nível nacional, verifica-se a mesma tendência, registando-se um crescimento exponencial do número de colonizações por CRE, segundo dados de 2019 do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), colocando a temática sob especial atenção por parte das entidades reguladoras. Por existir localmente, o mesmo padrão de disseminação, vigorando como uma prioridade de trabalho para o GCL-PPCIRA do contexto de estágio, pela necessidade existente de travar a sua transmissão entre a comunidade hospitalar e por ser congruente com o trabalho desenvolvido desde o início do percurso académico, a proposta reuniu a aprovação geral, da Enfermeira Tutora, dos elementos dinamizadores do GCL-PPCIRA, da Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Intensiva e da professora orientadora, dada a pertinência e atualidade da temática.

A escolha do Serviço de Medicina Intensiva como contexto de experiência e teste, residiu em dois postulados distintos: as características específicas e diferenciadas enquanto unidade de cuidados, que englobam a tipologia de doentes admitidos, as características dos cuidados prestados, as equipas multidisciplinares presentes e a estrutura física das unidades e a perceção da existência crescente de colonizações no decorrer da permanência no serviço.

Assim, revelou-se pertinente explorar e conhecer a realidade diária do serviço, identificando as práticas existentes, de forma a possibilitar a sua otimização e uniformização futura, com foco especial, na abordagem do doente CRE positivo.

A metodologia descritiva, que orienta o trabalho residiu na análise das necessidades tanto de contexto de estágio como do contexto sujeito a teste, e na posterior construção de um Guia de Auditoria com dois formulários distintos, mas complementares de *checklists* de monitorização e avaliação, referentes quer às práticas de prestação de cuidados diretos como dos elementos estruturais do serviço.

A **proposta de diagnóstico de situação**, tem como objetivos principais a caracterização das práticas de cuidados e das dinâmicas de limpeza e desinfeção do SMI e a otimização e uniformização da praxis da equipa multidisciplinar na prevenção e controlo de infeção, relacionada com portadores de CRE. Consequentemente, pretende-se identificar as práticas passíveis de otimização, através da sensibilização da equipa, suscitando a sua

discussão em serviço e refletindo sobre os resultados encontrados na tentativa de se encontrarem soluções adequadas à realidade do serviço. Em simultâneo, pretende-se aumentar a adesão às PBCI e às PBVT, culminando se possível, na minimização da transmissão de infeção cruzada através da equipa multidisciplinar.

A estrutura da proposta inicia com uma breve contextualização relativa às IACS, com especial atenção às provocadas por CRE, seguida da fundamentação da pertinência do tema no contexto de estágio e no serviço em teste. Posteriormente, são evidenciados os dados que sustentam a construção dos formulários das *checklists*, assim como as recomendações para a sua aplicação e consequente avaliação.

Os apêndices, correspondem aos documentos construídos para a operacionalização desta proposta, onde se incluem o **Guia de Auditoria** (Apêndice A) e os Formulários com as *CheckLists*, nomeadamente o **Formulário A – Checklist** de Boas Práticas na Prevenção e Controlo de Infeção por Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemes (CRE) no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) (Apêndice B) e o **Formulário B – Checklist** das Condições Estruturais na Prevenção e Controlo de Infeção por Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemes (CRE) no Serviço De Medicina Intensiva (SMI) (Apêndice C), que derivam essencialmente de três pontos - as checklist gerais de auditorias previamente usadas na instituição, as características singulares e diferenciadas do SMI e as recomendações da OMS relativas às medidas de prevenção e controlo de infeção por CRE.

## 2. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO

A segurança do doente e a prestação de cuidados de saúde de qualidade são algumas das grandes metas da OMS, datada de 2004, aquando do lançamento da *World Alliance for Patient Safety*, em parte em resposta à crescente preocupação com os danos possíveis e decorrentes da prestação de cuidados, como são exemplo as IACS.

À semelhança do contexto global, a nível nacional têm sido continuamente introduzidas novas medidas e estratégias de combate à emergência e propagação de bactérias multirresistentes. A criação do Programa de Prevenção e Resistência aos Antimicrobianos em 2013, através do despacho nº2902/2013 de 22 de fevereiro, tem como principais objetivos a **redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde**, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a **diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos**. Desde 2016, é definido como programa de saúde prioritário, dada a sua relevância.

Mais recentemente, e no âmbito do Despacho nº 10901/2022, de 8 de setembro, é aprovada uma nova estrutura organizacional dos GCL-PPCIRA e do PPCIRA. Este define objetivos específicos direcionados para a problemática CRE, nomeadamente:

- uma taxa de *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemes no total de *Klebsiella pneumoniae* isoladas em amostras invasivas igual ou inferior a 10 % ou redução da taxa, em pelo menos, 20 %, em relação ao ano anterior;
- um consumo hospitalar de carbapenemes inferior a 0,10 DDD por 1000 doentes saídos ou redução, em pelo menos, 20 % em relação ao ano anterior, demonstrando não só a necessidade de intervenção, como a abrangência da problemática e esforço estratégico que está a ser colocado em prática.

### **3. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

As IACS emergem como uma verdadeira ameaça à segurança do doente, vigorando como uma das maiores preocupações de saúde pública da atualidade, pela sua elevada morbidade, mortalidade e capacidade de disseminação (U.S Department of Health & Human Services, 2021). Em simultâneo, afeta a qualidade de vida das populações, podendo provocar consequências não só a nível clínico, mas emocional e financeiro (Organização Mundial de Saúde, 2019), contribuindo dessa forma para um aumento da perda da funcionalidade e dos *Disability-adjusted life years* (DALY's).

Decorrem da prestação de cuidados de saúde à pessoa, e podem afetar em simultâneo tanto a população em geral como os profissionais de saúde (DGS, 2007), sendo causadas por bactérias, fungos, vírus ou outros tipos de microrganismos menos comuns.

Na sua maioria, são potencialmente evitáveis através da adoção das precauções básicas e adicionais de controlo de infeção, porém encontram-se em crescimento exponencial (European Center for Disease and Prevention Control, 2018). São muitas vezes difíceis de tratar, pois são frequentemente provocadas por microrganismos resistentes aos antibióticos.

#### 4. CRE – DEFINIÇÕES E MECANISMO DE AÇÃO

As Enterobacterales são uma família de bacilos gram-negativos, comensais do aparelho digestivo, mais especificamente do intestino humano (DGS,2017). São maioritariamente responsáveis por infeções do trato urinário e da cavidade abdominal. Alguns dos exemplos são a *Escherichia coli* e a *Klebsiella spp.*

As CRE são um subgrupo da família, com a particularidade de serem resistentes a pelo menos um dos antibióticos do grupo dos carbapenemes, como são exemplo o meropenem, o ertapenem e o imipenem (CDC, 2019). O aumento crescente da disseminação das CRE, resultou num aumento da sua resistência aos antibióticos frequentemente utilizados para o tratamento de infeções por gram-negativos, como é o caso das cefalosporinas e penicilinas, o que consequentemente resultou num aumento do consumo dos antibióticos carbapenemes. Revela-se assim crucial, a existência de um maior rigor na seleção e administração deste grupo de antibióticos, dado que as restantes opções de tratamento são limitadas, existindo ainda algumas preocupações relativas à sua eficácia (ECDC, 2019). A resistência aos carbapenemes acontece por diferentes mecanismos de ação. Um desses mecanismos refere-se à produção de carbapenemases, enzimas capazes de hidrolisar das moléculas dos carbapenemes (DGS, 2017). Em simultâneo, são capazes de se associar a outras bactérias gram-negativas, facilitando assim a sua rápida disseminação (CDC, 2019). O consequentemente aumento da propagação de resistências, associado a este mecanismo de ação, insurge-se assim como a maior fonte de preocupação de saúde pública. Em simultâneo, a expressão da virulência e mortalidade associadas, registando percentagens que podem atingir valores entre os 30 e os 75% em doentes com infeções severas (Tischendorf, J. *et al.*, 2016).

Existem múltiplas variantes destas enzimas, dependendo da mutação genética ocorrida na sua formação, dotando-as de diferentes sensibilidades antibióticas, potencialidade de transmissão e expressão territorial.

A Carbapenemase de *Klebsiella pneumoniae* (KPC), é principal carbapenemase existente em Portugal. Dados de 2018, indicam valores de transmissão regional, o que corresponde ao estadio epidemiológico 3 de transmissão, verificando-se assim uma tendência crescente da sua expressão territorial, quando comparada com outros países europeus

(Brolund, A., et al, 2019). Emerge desta forma, com maior capacidade de disseminação em território nacional.

A par da KPC, podemos frequentemente encontrar outras variantes, com expressão crescente, das quais: Nova Deli Metallo-Betalactamase, Verona Integron-encoded Metallo-betalactamase, Oxacilinase 48 e Imipenemase Metallo betalactamase.

#### **4.1. CRE – COLONIZAÇÃO E INFEÇÃO**

As IACS provocadas pela CRE são atualmente uma das grandes preocupações de saúde pública a nível global, exigindo uma estratégia multimodal na tentativa de minimizar a sua progressão. De forma a otimizar e direcionar os esforços para a sua prevenção e controlo, são desde o ano de 2017 considerados um dos microrganismos de prioridade crítica para a OMS (OMS, 2017).

A colonização por CRE encontra-se em crescimento exponencial, porém apesar de os registos de infeção estarem também eles em crescendo, registam valores inferiores, ainda que igualmente preocupantes. Não sendo esta correlação linear, alguns estudos apontam um maior risco de infeção, nos doentes colonizados (McConville TH, et al, 2017).

Entende-se por colonização a presença de CRE no organismo humano, sem que esta cause qualquer tipo de sintomatologia ou doença associada. Por seu lado, a infeção é sinónimo de doença, frequentemente associada a sintomatologia urinária e digestiva (CDC, 2019). É importante realçar, que as pessoas colonizadas por CRE, são veículos de transmissão e consequentemente disseminação.

A transmissão ocorre através do contacto entre pessoas, de forma direta ou indireta, frequente em casos de transmissão cruzada. Os veículos de transmissão no contacto pessoa a pessoa mais frequente são as mãos. Nas instalações hospitalares a disseminação deve-se muitas vezes ao contacto com equipamento e ambiente contaminado (CDC, 2019).

Decraene, V., & Phan, H., et al, (2018) e Kotay, S.M & Donlan, R.M., et al, (2019), com as suas equipas apontam, através do desenvolvimento de estudos recentes sobre microrganismos multirresistentes, as sanitas, os lavatórios e as canalizações de águas residuais como reservatórios importantes destas bactérias a nível hospitalar,

caracterizando-os como locais ideais para a sua proliferação, uma vez que pela sua especificidade são locais onde a sua remoção se revela um desafio de limpeza e desinfecção, aumentando conseqüentemente a sua permanência nestes locais. Tomando como exemplo a variante KPC, a sua permanência nas superfícies possui um largo espectro temporal, podendo permanecer entre 2h a cerca de 30 meses, apesar dos processos de desinfecção realizados (Kramer, A., Schwebke, I. & Kampf, G., 2006).

Dada a abrangência e dimensão da problemática, é importante realçar a presença das CRE fora do ambiente hospitalar, apresentando já expressão comunitária. Recentemente, em 2019, Akaiba e colegas, evidenciaram a presença de CRE em alimentos e animais, tendo já antes disso, Kieffe em 2016, recolhido amostras de águas fluviais portuguesas com presença de *Escherichia coli*, produtora de carbapenemases, estendendo assim a lista de reservatórios possíveis.

A identificação dos portadores de CRE, é normalmente realizada através de testes de biologia molecular recorrendo ao uso de zaragotas retais ou realizadas em estomas de eliminação, como colostomias. Em situações, onde se verifique a existência de locais reconhecidos como possíveis reservatórios, é ainda recomendada a sua associação, sendo exemplos, os estomas, as feridas crónicas e exsudativas e em pontos de inserção de dispositivos invasivos, como é o caso dos cateteres centrais (CVC). A análise de fluídos orgânicos como o sangue e a urina, são também elegíveis (DGS, 2017).

É ainda possível a realização de testes fenotípicos, quando se revela necessário documentar a produção e comportamento das enzimas carbapenemases (Tamma PD & Simner PJ., 2018).

## **4.2. FACTORES DE RISCO PARA A COLONIZAÇÃO**

A identificação dos doentes portadores de CRE, é importante para prevenir a disseminação e controlar de alguma forma o crescimento de colonizações e infeções, especialmente através de transmissão cruzada. Conseqüentemente, revela-se determinante antecipar e otimizar a atuação das equipas de saúde na abordagem a estes doentes, desde a sua admissão.

A existência de doentes suscetíveis a um maior risco de colonização e infeção é já conhecida, porém continuamente estudada de forma a atualizar a informação e otimizar os procedimentos hospitalares.

São apontados como fatores de risco, o contacto com instituições hospitalares, a exposição a antibioterapia, nomeadamente às cefalosporinas, quinolonas, carbapenemes e vancomicina, a diminuição da dependência para os cuidados de vida diários, como são exemplo os cuidados de higiene, a permanência em unidade de cuidados intensivos (UCI) e a exposição a dispositivos invasivos, como a ventilação mecânica invasiva (CDC, 2019).

A DGS (2017), recomenda a verificação de quatro pontos importantes abordagem ao doente, durante a recolha de informação prévia: 1) história de pernoita numa instituição de saúde nos últimos 12 meses; 2) realização de dialise e/ou tratamentos de quimioterapia nos últimos 12 meses; 3) Colonização por CRE nos últimos 12 meses; e 4) ligação conhecida ou contacto com um portador de CRE nos últimos 12 meses.

Existem ainda outros fatores em estudo, que podem tornar o doente mais suscetível, como é exemplo a apresentação de scores elevados do sistema de classificação *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*, utilizado frequentemente na admissão dos doentes nas UCI (Seo S.M, et al, 2021).

A evidência e/ou recomendações existentes relativas à eficácia de protocolos de descolonização, como acontece com o uso de banhos com choro-hexidina a 2% nos casos de *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina, a solução parece ser a otimização das medidas já existentes de controlo e prevenção de infeção.

### **4.3. ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO**

Um dos focos de intervenção das entidades de saúde, deve ser a prevenção e controlo da transmissão cruzada. A definição de estratégias realistas e de fácil execução no decorrer da prestação de cuidados, deve ser a base da atuação.

As PBCI associadas as PBVT, parecem ser as estratégias mais eficazes, emergindo como a base de uma atuação segura e preventiva. Simultaneamente, a identificação e vigilância

das populações de risco, assume-se como preponderante na caracterização da problemática a nível local, o que por sua vez auxilia a tomada de decisão informada relativa às estratégias a adotar (ECDC, 2019).

A prevenção e controlo da disseminação das CRE, exige com um funcionamento e eficácia elevada das estratégias adotadas pelas entidades de saúde. Dado o seu acelerado crescimento, revela-se necessário a adoção de uma estratégia multimodal, como a apresentada pela OMS em 2019, aquando da disponibilização do Manual de Implementação para a Prevenção e Controlo da Disseminação de Organismos Resistentes aos Carbapenemes.

Dentro das estratégias sugeridas, as precauções de contato, como são exemplo a higiene das mãos, o isolamento da pessoa em quartos individuais ou coortes e a higiene ambiental, são categorizadas como recomendações fortes, vigorando como estratégias de eleição. Adicionalmente, são sugeridas medidas com ênfase em três eixos de atuação distintos, mas complementares: Treino e Educação, Monitorização e Feedback e Comunicação e Lembretes (OMS, 2019).

## **5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO LOCAL**

A proposta de intervenção foi idealizada e desenvolvida sob a forma de **Diagnóstico de Situação**, específico para o SMI, tendo como principais objetivos a caracterização da problemática no contexto, a identificação dos procedimentos e ações passíveis de melhoria e a consequente otimização da atuação da equipa de cuidados face a pessoas portadores de CRE.

A limitação de tratamentos a par da impossibilidade de introduzir estratégias com eficácia comprovada na descolonização e/ou redução da carga bacteriana externa, é de extrema importância colmatar tais aspetos através da prevenção e contenção da disseminação.

No seguimento das tendências atuais, a nível local verifica-se um aumento crescente e sustentado de colonizações por CRE, vigorando como foco de atenção não só da entidade hospitalar, mas também dos profissionais singulares. No caso específico do SMI, a especificidade do contexto no que ao processo e estrutura diz respeito, a par das características e necessidades clínicas da população admitida, torna-o um dos contextos onde o risco de colonização é mais elevado, emergindo como um dos locais que suscita maior preocupação ao GCL-PPCIRA.

Reitera-se assim, a importância de conhecer a realidade, funcionamento e características específicas dos contextos, de forma a definir estratégias congruentes com as necessidades dos mesmos, sendo estas preferencialmente passíveis de implementação célere e linear.

### **5.1. O CONTEXTO – SMI**

O SMI em estudo possui características singulares comparativamente a outros serviços hospitalares, o que o torna um local com maior necessidade de monitorização e otimização contínua, em grande parte justificada pelos contantes avanços do cuidado ao doente crítico.

Este serviço é constituído por duas unidades distintas, pela tipologia de pessoas internadas, mas não dissociadas. Recentemente reformuladas, sofreram um incremento de 18 camas face ao serviço de base, resultando numa maior rotatividade e afluência de pessoas, originando por necessidade um reforço da equipa e dos circuitos pré-existentes

de forma rápida sob alguma pressão, mas que se tem demonstrado eficaz, na assistência à pessoa em situação crítica.

São unidades caracterizadas como *Open Space*, possuindo ainda 4 unidades individuais na sua estrutura, destinados essencialmente a doentes com necessidade de isolamento e/ou em processo de fim de vida. Sendo unidades abertas, existe uma maior facilidade de vigilância e monitorização dos doentes, porém em situações de surto por microrganismos, como as CRE, a alocação de doentes revela-se um desafio, uma vez que a possibilidade de isolamento em quarto individual se esgota rapidamente.

A população admitida nestas unidades encontra-se sujeitas a um maior risco de infeção, devido à gravidade da sua situação clínica, conseqüente debilidade do seu sistema imunitário e exposição a procedimentos e dispositivos invasivos.

A par disto, a equipa multidisciplinar não é exclusiva para cada unidade, trabalhando em escala rotativa mensal, o que por si promove a circulação e troca constante de elementos, facilitando em última instância o risco de transmissão cruzada.

Por último, e uma vez inserida num Hospital Central com um Serviço de Urgência Polivalente, abrange uma grande área geográfica, dando resposta a um elevado número de pessoas, promovendo conseqüentemente uma grande rotatividade de doentes. Ainda destacamos, a constante lotação da capacidade de camas, associada a fatores de elevado desgaste físico e psicológico, inerente aos cuidados à pessoa em situação crítica, coloca a equipa de cuidados mais suscetível para níveis mais baixos de concentração e motivação, culminado na não adesão a determinadas tarefas e precauções, associadas à prevenção de transmissão cruzada.

## **5.2. OPERACIONALIZAÇÃO**

Ao longo do período de estágio com o GCL-PPCIRA, em parceria com a enfermeira tutora, restantes elementos dinamizadores e elementos responsáveis do SMI, foi identificada a necessidade de melhor caracterizar a problemática CRE no serviço, dada a limitação na aplicação generalizada de estratégias não direcionadas e personalizadas a tal realidade.

Assim, estabeleceu-se como passo inicial, a necessidade de submeter o SMI a um **Diagnóstico de Situação**, focado no cumprimento das Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção, associadas à **Prestação de Cuidados** e às **Condições Estruturais necessárias a uma Higiene Ambiental Adequada**.

A operacionalização prática da proposta, assenta na realização de auditorias no SMI, no decorrer dos turnos de trabalho diários, através da aplicação de duas *checklists* distintas, mas complementares. Para tal, e de forma a orientar a sua correta realização, foi desenvolvido um Guia de Auditoria (Apêndice A), onde constam as recomendações essenciais a cumprir no momento de auditoria.

Os formulários foram desenvolvidos com base nas *checklists* de aplicação geral do GCL-PPCIRA relativas à problemática CRE e nas orientações da OMS para a implementação das Guidelines de Prevenção e Controlo de *Enterobacterales* resistente aos *Carbapenemes*, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* em estabelecimentos de saúde (OMS, 2017), em adequação com as características do SMI em estudo. Paralelamente, foi também construído um Guia de Auditoria, onde constam as recomendações essenciais a cumprir no momento da sua aplicação e das ações a desenvolver posteriormente

O **formulário A**, tem como objetivo monitorizar a adesão às boas práticas de prevenção e controlo de infeção, na prestação de cuidados diretos à pessoa, com o intuito de documentar a atuação dos profissionais de saúde, sejam eles enfermeiros, médicos ou assistentes operacionais. Por seu lado, o **formulário B**, tem como objetivo monitorizar a adesão às práticas relacionadas com a estratégia de atuação da equipa multidisciplinar, nomeadamente protocolos e circuitos, higienização ambiental e manutenção de estruturas.

Ambos devem permitir não só a caracterização da equipa prestadora de cuidados, mas também do serviço na sua generalidade, e conseqüentemente a identificação das áreas passíveis de intervenção e melhoria, de forma a uniformizar e otimizar a sua apresentação à pessoa e família.

Ambos os documentos, foram validados e aprovados com a Enfermeira Gestora do GCL-PPCIRA e responsáveis do SMI e dinamizadores do GCL-PPCIRA em funções no contexto.

Realça-se que foi ainda estabelecido, um período de teste para a sua aplicação e um número considerado adequado de avaliações durante o período, nomeadamente 4 semanas num total 30 avaliações, distribuídas pelos 2 formulários. Após a testagem, deve ser novamente avaliado para averiguação da adequação ao contexto, e em caso de apreciação positiva, submissão ao Departamento de Qualidade do hospital, para validação e aprovação como documento de uso oficial.

O trabalho desenvolvido, permitiu a concretização de atividades que respondem à intervenção nos Domínios da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, inerentes à atuação do Enfermeiro Especialista. Falando especificamente da intervenção do enfermeiro EEMC, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi possível responder de forma direcionada e concreta às competências relacionadas com a Maximização da Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos.

A sua concretização residiu na análise das necessidades do contexto de estágio e serviços dependentes da sua atuação, neste caso o SMI e conseqüente, na proposta de intervenção sob a forma de um protocolo de auditoria, documentação e caracterização do serviço em estudo, sustentada com evidencia científica existente, de forma a orientar e adequar a prática assistencial e futuras intervenções.

## 6. CONCLUSÃO

O período de estágio no GCL-PPCIRA, tinha como área de atuação a Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos, em contexto hospitalar.

Em congruência com o projeto previamente desenvolvido, foi possível uma intervenção sistemática e abrangente, numa das grandes áreas de competência do Enfermeiro Especialista. Associado, a possibilidade de trabalhar de forma contínua e estruturada, ao longo da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, apesar da existência de dois contextos distintos, vigorava como um dos objetivos do período de estágio, concretizado em grande parte pela formalização da presente proposta.

A documentação proposta, teve como único entrave identificado, a adequação da evidência conhecida à realidade do SMI em estudo. O desconhecimento do contexto, os circuitos, procedimentos e práticas estabelecidas, associados à limitação na disponibilidade recursos e materiais, foram o cerne do entrave mencionado. Porém a abertura e disponibilidade constante dos responsáveis pelo GCL-PPCIRA e SMI, possibilitaram a minimização de tais dificuldades.

A análise e partilha realizada com enfermeira tutora, professora orientadora, equipa do GCL-PPCIRA e respetivos dinamizadores em serviço do SMI, ao longo do período de estágio, permitiu direcionar e orientar o trabalho proposto e reconhecer as áreas passíveis de intervenção e melhoria, que agora se evidenciam através desta proposta de intervenção. Foi ainda possível, identificar desafios futuros, relacionados com a adequação das dotações seguras e recursos disponíveis.

A transferência da evidência científica para a prática clínica, revela-se atualmente um objetivo a longo prazo, estando a sua concretização condicionada em parte por obstáculos inerentes às políticas em vigor e às estratégias adotadas pelos estabelecimentos de saúde em específico. O caminho a seguir, deve residir na implementação de estratégias abrangentes e de aplicação linear, capazes de capacitar das equipas multidisciplinares. Em simultâneo, deve existir uma cultura de monitorização e auditoria, como forma de oportunidade de melhoria da segurança e qualidade dos cuidados.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akiba M, Sekizuka T, Yamashita A, Kuroda M, Fujii Y, Murata M, Lee K-I, Joshua DI, Balakrishna K, Bairy I, Subramanian K, Krishnan P, Munuswamy N, Sinha RK, Iwata T, Kusumoto M, Guruge KS. 2016. *Distribution and relationships of antimicrobial resistance determinants among extended-spectrum-cephalosporin-resistant or carbapenem-resistant Escherichia coli isolates from rivers and sewage treatment plants in India*. *Antimicrob Agents Chemother* 60:2972–2980, disponível em doi:10.1128/AAC.01950-15;

Brolund A, Lagerqvist N, Byfors S, Struelens MJ, Monnet DL, Albiger B, et al. *Worsening epidemiological situation of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Europe, assessment by national experts from 37 countries*, July 2018. *Euro Surveill*. 2019 Feb;24(9), disponível em <https://doi.org/10.2807%2F1560-7917.ES.2019.24.9.1900123>;

Centers of Disease Control and Prevention, 2019. *CRE Technical Information*, disponível em <https://www.cdc.gov/hai/organisms/cre/technical-info.html> ;

Decraene, V., Phan, H., George, R., Wyllie, D. H., Akinremi, O., Aiken, Z., Cleary, P., Dodgson, A., Pankhurst, L., Crook, D. W., Lenney, C., Walker, A. S., Woodford, N., Sebra, R., Fath-Ordoubadi, F., Mathers, A. J., Seale, A. C., Guiver, M., McEwan, A., Watts, V., ... TRACE Investigators' Group (2018). *A Large, Refractory Nosocomial Outbreak of Klebsiella pneumoniae Carbapenemase-Producing Escherichia coli Demonstrates Carbapenemase Gene Outbreaks Involving Sink Sites Require Novel Approaches to Infection Control*. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, 62(12), e01689-18, disponível em <https://doi.org/10.1128/AAC.01689-18> ;

Despacho nº10901/2022 do Ministério da Saúde, 2022. *Diário da República: série II*, nº174, disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503> ;

Direção Geral de Saude, 2007. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e>

publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx ;

Direção Geral da Saúde, 2017. Recomendação – Prevenção da Transmissão de Enterobactérias resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados Agudos, disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx> ;

Centers of Disease Control and Prevention, 2018. *Healthcare-associated infections – a threat to patient safety in Europe*, disponível em [https://antibiotic.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infographic-healthcare-associated-infections-patients-safety\\_PT.pdf](https://antibiotic.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infographic-healthcare-associated-infections-patients-safety_PT.pdf) ;

European Center of Control Disease Prevention and Control, 2019. *Carbapenem – resistant Enterobacteriaceae – second update*, disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/carbapenem-resistant-enterobacteriaceae-risk-assessment-rev-2.pdf>;

Kieffer, N., Poirel, L., Bessa, L. J., Barbosa-Vasconcelos, A., da Costa, P. M., & Nordmann, P. (2016). *VIM-1, VIM-34, and IMP-8 Carbapenemase-Producing Escherichia coli Strains Recovered from a Portuguese River*. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, 60(4), 2585–2586., disponível em <https://doi.org/10.1128/AAC.02632-15>;

Kotay SM, Donlan RM, Ganim C, Barry K, Christensen BE, Mathers AJ., 2019. *Droplet rather than aerosol-mediated dispersion is the primary mechanism of bacterial transmission from contaminated hand-washing sink traps*. *Appl Environ Microbiol* 85:e01997-18., disponível em <https://doi.org/10.1128/AEM.01997-18>;

Kramer A, Schwebke I, Kampf G., 2016. *How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review*. *BMC Infect Dis*. 2006 Aug 16;6:130,

disponível em doi: 10.1186/1471-2334-6-130. PMID: 16914034; PMCID: PMC1564025;

McConville TH, Sullivan SB, Gomez-Simmonds A, Whittier S, Uhlemann A-C, 2017. *Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae colonization (CRE) and subsequent risk of infection and 90-day mortality in critically ill patients, an observational study*. PLoS ONE 12(10): e0186195, disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186195>;

Organização Mundial de Saúde, 2017. *Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii and Pseudomonas aeruginosa in health care facilities*, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259462/9789241550178-eng.pdf;jsessionid=D086CBA35BEEC6590A5CB0B52988238D?sequence=1>;

Organização Mundial da Saúde, 2019. *Implementation manual to prevent and control the spread of carbapenem-resistant organisms at the national and health care facility level*, disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312226/WHO-UHC-SDS-2019.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>;

Seo SM, Jeong IS, Song JY, Lee S., 2021. *Development of a Nomogram for Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Acquisition Risk Prediction Among Patients in the Intensive Care Unit of a Secondary Referral Hospital*. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2021 Aug;15(3):174-180., disponível em doi: 10.1016/j.anr.2021.02.005. Epub 2021 Feb 20. PMID: 33621701;

Tamma PD, Simner PJ. 2018. *Phenotypic detection of carbapenemase producing organisms from clinical isolates*. J Clin Microbiol 56:e01140-18, disponível em <https://doi.org/10.1128/JCM.01140-18>.

Tischendorf, J., de Avila, R. A., & Safdar, N., 2016. *Risk of infection following colonization with carbapenem-resistant Enterobacteriaceae: A systematic review*. American journal of infection control. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.12.005>;

U.S Department of Health & Human Services, 2021. *Health Care-Associated Infections*,  
disponivel em [https://www.hhs.gov/oidp/topics/health-care-associated-  
infections/index.html](https://www.hhs.gov/oidp/topics/health-care-associated-infections/index.html);

## **8. APÊNDICES**

## **Apêndice A**

GUIA DE AUDITORIA – BOAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E  
CONTROLO DE INFEÇÃO POR ENTEROBACTERIALES RESISTENTES  
AOS CARBAPENEMES (CRE)  
NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA(SMI)

**Guia de Auditoria – Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção por  
*Enterobacteriales* Resistentes aos Carbapenemes (CRE) no Serviço de Medicina  
Intensiva (SMI)**

**Objetivos**

- Elaborar um diagnóstico de situação da adesão às Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção no SMI;
- Uniformizar a atuação dos profissionais de saúde na abordagem ao doente CRE positivo;
- Aumentar a adesão às Precauções Básicas de Controlo de Infecção e às Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão;
- Minimizar os fatores de risco para a colonização por CRE, por meio de transmissão cruzada.

**Âmbito**

- Aplica-se a todos os profissionais do Serviço de Medicina Intensiva, enquanto prestadores de cuidados de saúde.

**Responsabilidades**

- Compete aos profissionais do GCL-PPCIRA e aos dinamizadores do GCL-PPCIRA a realização da auditoria, através da aplicação das *checklists* existentes para o efeito – Formulário A e B.

**Definições e Palavras-Chave**

**Auditor** – Profissional clínico com a competência para realizar uma auditoria;

**Auditoria** – Processo sistemático, independente e documentado para obter evidências das práticas e respetiva avaliação objetiva com vista a determinar em que medida os critérios de avaliação são satisfeitos e implementados de modo efetivo;

**Auditoria Clínica** – Auditoria aplicada a qualquer ato clínico;

**Auditoria Interna** - Atividade sistemática, independente e documentada para determinar se os processos, atividades e resultados relativos ao Sistema de Gestão satisfazem as

disposições pré-estabelecidas, se estas estão efetivamente implementadas e se são adequadas para alcançar os objetivos;

**Palavras-Chave:** Auditoria Clínica; Boas Práticas; Guia de Auditoria; CRE e Prevenção e Controlo de Infecção.

### **Informações Gerais**

#### 1. Quem executa

- Elementos do GCL-PPCIRA;
- Enfermeiros/as do Serviço de Medicina Intensiva, com função de dinamizadores do GCL-PPCIRA.

#### 2. Frequência

- Uma vez por semana, com avaliações de 2 turnos distintos (Manhã/ Tarde/Noite).

### **Descrição do Processo**

A prestação de cuidados de saúde, sustentada na melhor evidencia e de acordo com as melhores práticas, deve ser sustentada na obtenção de dados e indicadores clínicos periódicos. O processo de auditoria decorre do compromisso da instituição com a cultura de melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

As auditorias devem ser encaradas como parte integrante do ciclo de funcionamento da instituição, sendo parte do processo de melhoria contínua da qualidade e não como um ato de punição ou procura do erro.

### **Operacionalização da Auditoria**

Formulário A – *Checklist de Boas Práticas na Prevenção e Controlo de Infecção por Enterobacteriales Resistentes aos Carbapenemes (CRE) No Serviço de Medicina Intensiva (SMI);*

Formulário B – *Checklist das Condições Estruturais na Prevenção Controlo de Infecção por Enterobacteriales Resistentes aos Carbapenemes (CRE) No Serviço De Medicina Intensiva (SMI)*

- Os auditores devem ter acesso a todas as áreas a auditar e a todos os elementos que julguem necessários para o correto desenrolar da auditoria;

- As auditorias de Controlo de Infeção, deve ser acompanhada, sempre que possível, pelo Dinamizador de Controlo de Infeção do Serviço;
- Os auditores devem elaborar o relatório de auditoria, usando o formulário estabelecido pela instituição para o efeito;
- Os auditores devem apresentar os resultados da auditoria, apresentado sugestões de melhores relativos aos aspetos em conformidade parcial ou não conformidade.

### **Recomendações Gerais**

- O preenchimento da *checklist* deve ser realizado em formato digital, na aplicação em utilização. Em caso de indisponibilidade do sistema, deve recorrer-se ao seu preenchimento em formato papel e depois transcrita para a aplicação;
- O observador deve apresentar-se ao profissional de saúde sujeito à auditoria, comunicando a sua realização, assim como o seu objetivo e disponibilizando assim que possível o acesso ao resultado da mesma, aquando do preenchimento do *Formulário A*;
- A observação e preenchimento da *checklist* deve ser feita, aquando da prestação de cuidados por parte do profissional (*Formulário A*) e no decorrer das práticas diárias de um turno (*Formulário B*);
- O observador deve apresentar-se ao Enfermeiro Responsável de turno, assim como aos restantes profissionais de saúde presentes no serviço no momento da auditoria, comunicando a sua realização, assim como o seu objetivo e disponibilizando assim que possível o acesso ao resultado da mesma aquando do preenchimento do *Formulário B*;
- Devem ser preenchidos os dados do cabeçalho, antes do início da observação;
- A observação não deve ultrapassar os 20 minutos, mediante os cuidados prestados ao doente e/ou as necessidades de observação identificadas, sempre devidamente justificadas;
- Em caso de observação de prática incorreta ou omitida, deve realizar-se feedback assim que oportuno (no imediato ou após o término da auditoria).

## **Apêndice B**

FORMULÁRIO A - *CHECKLIST* DE BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE  
INFEÇÃO POR *ENTEROBACTERALES* RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) NO  
SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

**FORMULÁRIO A - CHECKLIST DE BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO POR  
ENTEROBACTERALES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Auditor \_\_\_\_\_

**Prestador de cuidados:**

Enfermeiro

Assistente Operacional

Médico

Outro  \_\_\_\_\_

<p>1. Cumpre os 5 momentos de higiene das mãos.</p>	<p><b>Observação da Higiene das Mãos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antes do contacto com o doente <span style="float: right;">Cumpre <input type="checkbox"/> Não cumpre <input type="checkbox"/></span></li> <li>▪ Antes de procedimentos antissépticos <span style="float: right;">Cumpre <input type="checkbox"/> Não cumpre <input type="checkbox"/></span></li> <li>▪ Após exposição/risco a fluidos orgânicos <span style="float: right;">Cumpre <input type="checkbox"/> Não cumpre <input type="checkbox"/></span></li> <li>▪ Após o contacto com o doente <span style="float: right;">Cumpre <input type="checkbox"/> Não cumpre <input type="checkbox"/></span></li> <li>▪ Após o contacto com o ambiente do doente <span style="float: right;">Cumpre <input type="checkbox"/> Não cumpre <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	
<p>2. Não apresenta adornos nem unhas com verniz.</p>	<p>Cumpre <input type="checkbox"/> Não Cumpre <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Observações:</b></p>
<p>3. O cabelo apresenta-se preso ou seguro de forma e evitar possível contaminação.</p>	<p>Cumpre <input type="checkbox"/> Não Cumpre <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Observações:</b></p>
<p>4. Uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual;</p>	<p>Cumpre <input type="checkbox"/> Não Cumpre <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Observações:</b></p>

5. Troca de luvas nos momentos adequados (ex. exposição a fluidos);	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
6. Faz a desinfecção das mãos antes da colocação das luvas;	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
7. Faz a desinfecção das mãos após a remoção das luvas;	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
8. Uso correto de EPI's na mobilização dos doentes de unidade (transferência, exames,..).	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
9. A limpeza e desinfecção ambiental, é realizada com equipamento correto (ex. luvas de nitrilo, avental, ...) .	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
10. Desinfeta o manómetro de monitorização do cuff do Tubo Orotraqueal entre doentes.	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
11. Desinfecção do equipamento clínico, após o seu contacto com o doente (ex. estetoscópio)	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
12. Utiliza preferencialmente ampolas de uso único na preparação de medicação.	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
13. Utiliza frasco de uso múltiplo, garantindo que o <i>mini-spike</i> se encontra fechado após cada utilização e, rejeita o frasco no fim do seu turno.	<b>Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpre</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>

14. Garantia da estabilidade da medicação preparada antecipadamente.	Cumpr <input type="checkbox"/> Não Cumpr <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	
15. Desinfecção da mesa de apoio, antes da acomodação do tabuleiro da medicação, assim como da desinfecção do mesmo quando sai da unidade do doente.	Cumpr <input type="checkbox"/> Não Cumpr <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
16. Desinfecção da via de acesso (torneira de três vias, obturador) com solução antisséptica de base alcoólica (fricciona com compressa e deixa secar cerca de 20 segundos) antes da administração de medicação.	Cumpr <input type="checkbox"/> Não Cumpr <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
17. Substitui a tampa da torneira de três vias/ obturador após cada administração de medicamento.	Cumpr <input type="checkbox"/> Não Cumpr <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
18. Desinfecção diária da cama do doente e campainha, após os cuidados de higiene, assim como da mesa de apoio.	Cumpr <input type="checkbox"/> Não Cumpr <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
19. Desinfecção da cama do doente, com toalhete desinfetante, aquando da deslocação do doente para fora da unidade.	Cumpr <input type="checkbox"/> Não Cumpr <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
20. Coloca o material e roupa limpa no local adequado (Ex: cadeira), na unidade do doente.	Cumpr <input type="checkbox"/> Não Cumpr <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
21. Coloca o material e roupa suja, diretamente no contentor de sujós.	Cumpr <input type="checkbox"/> Não Cumpr <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:

22. Realiza a triagem dos resíduos dos doentes de forma adequada.	<b>Cumpr</b> <input type="checkbox"/> <b>Não Cumpr</b> <input type="checkbox"/> <b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
---	---	---------------------

## **Apêndice C**

FORMULÁRIO B - *CHECKLIST* DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS NA PREVENÇÃO E CONTROLO  
DE INFEÇÃO POR *ENTEROBACTERALES* RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) NO  
SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)



**FORMULÁRIO B - CHECKLIST DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO POR  
ENTEROBACTERALES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE) NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Auditor

1. A solução antisséptica de base alcoólica, está colocada na unidade do doente, nos 3 pontos estratégicos (cama, mesa de apoio e pendente de apoio).	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
2. A solução alcoólica está colocada em locais estratégicos definidos pelo serviço.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
3. A solução alcoólica está contida na embalagem original.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
4. O Sabão encontra-se disponibilizado junto aos lavatórios, com sistema dispensador de braço.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
5. O Sabão está contido na embalagem original.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
6. Os tabuleiros e bancadas de preparação de medicação estão devidamente organizados.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
7. As bancadas de apoio/trabalho, são limpas pelo menos 2 vezes ao dia e sempre que visivelmente sujas.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
8. Material de apoio presente na unidade do doente, em quantidades adequadas e devidamente acomodados.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
9. As áreas limpas e as áreas sujas estão devidamente separadas (ex. balcão).	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>

10. A sinalização entre as áreas limpas e sujas, encontra-se íntegra.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
11. A unidade do doente é higienizada diariamente.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b> Com?
12.O carro de higienização encontra-se constituído pelo material e número de elementos referidos procedimento em vigor.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
13.Os equipamentos usados na desinfeção e limpeza ambiental encontram-se íntegros.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
14.Os produtos de limpeza e desinfeção estão identificados com data de abertura e validade e, devidamente fechados/acondicionados.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
15.A unidade do doente, após a alta clínica, é limpa e desinfetada de acordo com o procedimento definido.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
16.As condições de higiene e integridade das capas e colchões são observadas sempre que o doente tem alta e, semanalmente quando se verificarem internamentos prolongados.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
17.A capa do colchão é trocada quando esta não se encontra íntegra.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
18.O colchão é descartado sempre que deteriorado.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
19. Os sacos da roupa suja, assim como os sacos de resíduos, não excedem os 2/3 da sua capacidade.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
20. Os resíduos são acondicionados e transportados em segurança até local próprio (depósito de sacos).	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>

21. Os materiais e equipamentos do serviço/unidade do doente não apresentam adesivos e/ou ligaduras.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
22. A mangueira da pia de despejos está colocada no suporte próprio.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
23. A água usada para diluição do desinfetante é medida através de recipiente próprio e retirada de uma torneira de área limpa.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
24. A água usada para diluição da solução de limpeza é retirada de torneira de área limpa.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
25. A sala de sujos encontra-se organizada de acordo com o procedimento em vigor.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
26. A máquina de lavar e desinfetar arrastadeiras encontra-se a funcionar (sem avaria).	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
27. As cortinas são mudadas em todas as altas hospitalares ou quando visivelmente sujas.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
28. As cortinas são mudadas aquando internamentos prolongados (mensalmente) e/ou nas limpezas gerais.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
29. Está implementado coorte de doentes.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
30. Está implementado coorte de profissionais.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
31. Os suportes de EPI's encontram-se organizados e em local adequado.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>

32. A sinalética de isolamento encontra-se íntegra, visível e devidamente colocada.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
33. Existência de <i>Bundles</i> de Prevenção da Infecção, associada a Dispositivos Médicos Invasivos (CVC; Cat. Urinário, TOT.) e adesão às mesmas.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
34. 6.1 Evidência em processo clínico do cumprimento das <i>Bundles</i> .	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
35. Presença, na unidade do doente, de desinfetante adequado a dispositivos médicos (Ex. CVC)	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
36. Evidência de procedimentos definidos de acesso à unidade por parte de pessoas externas (ex. visitas).	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
37. Disponibilidade de EPI's, em locais estratégicos com informação acerca do seu uso correto, para pessoas não clínicas.	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>
38. As ações identificadas com Serviço de Gestão de Manutenção estão resolvidas (estrutura).	<b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Observações:</b>

**APÊNDICE 2**  
**A COMUNICAÇÃO ENTRE OS ENFERMEIROS E OS FAMILIARES DE**  
**PESSOAS EM PROCESSO DE DOAÇÃO DE ORGÃOS**  
AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA MELHORIA DO  
PROCESSO COMUNICACIONAL  
Revisão da Literatura





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

---

LISBOA-PORTO

**A COMUNICAÇÃO ENTRE OS ENFERMEIROS E OS  
FAMILIARES DE PESSOAS EM PROCESSO DE DOAÇÃO DE  
ORGÃOS**

AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA MELHORIA DO  
PROCESSO COMUNICACIONAL

Revisão da Literatura

Por  
Andreia Filipa Ribeiro Baptista Oliveira

Porto – abril de 2022

## **INTRODUÇÃO**

A presente revisão da literatura foi desenvolvida no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, do Instituto de Ciências da Saúde.

A ideia da sua realização surgiu através das experiências vivenciadas durante o período de estágio no Serviço de Medicina Intensiva, mais concretamente, as que decorreram do contato e acompanhamento de famílias de potenciais doadores de órgãos.

Os enfermeiros pelas características da sua atuação, são os profissionais com maior proximidade à pessoa e família nos momentos de transição, no caso, saúde-doença, e por isso na sua maioria são os responsáveis pelo seu acompanhamento. Este desafio diário, exige aos enfermeiros habilidades e competências que capacitem a sua intervenção.

A doação de órgãos é um processo complexo, que exige ponderação na ação e uma forte consciência ética, não só em relação aos doadores, mas também à sua família e /ou pessoas significativas. Estes emergem também, como recetores dos cuidados e desempenham um papel preponderante na tomada de decisão.

A pertinência deste tema reside na necessidade de otimizar a abordagem dos enfermeiros, através da comunicação com a família, para que sejam capazes de intervir de forma assertiva e empática nos momentos de vulnerabilidade e sofrimento.

A Enfermagem enquanto profissão, baseia-se numa simbiose perfeita do binómio conhecimento-prática, exigindo assim uma contínua produção e reestruturação do conhecimento através da investigação, com vista à manutenção da qualidade dos cuidados prestados.

A revisão da literatura tem como objetivo identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos, de forma a otimizar a sua abordagem e o acompanhamento das famílias, proporcionando o apoio e conforto possível num momento de transição difícil, de elevada

exigência psicológica e emocional, em que estão sujeitos a tomadas de decisão complexas.

O documento foi desenvolvido recorrendo à pesquisa em bases de dados e análise de literatura disponível e encontra-se estruturalmente organizado em três partes sequenciais – Enquadramento Teórico, onde são explanados os conceitos base da revisão e as relações entre eles; Metodologia, onde se pretende descrever o processo de organização do pensamento e orientação do trabalho desenvolvido; Resultados, onde serão apresentados os resultados devidamente organizados e esquematizados, Discussão dos Resultados, onde são apresentados os resultados e exaltadas as conclusões resultantes e por fim as Considerações Finais, onde é feita um reflexão crítica dos resultados encontrados, face à inquietação inicial, relacionando-os com a prática clínica e tecendo elações sobre o caminho a seguir.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A evolução e diferenciação científica e tecnológica da atualidade, dotou a área da saúde de ferramentas e alternativas inovadoras, capazes de otimizar a resposta face aos novos desafios do cuidar. O processo de transplantação de órgãos é um dos exemplos de sucesso, dado o aumento do número de transplantes registado nos últimos anos.

Em Portugal no ano de 2021, a taxa de utilização de órgãos colhidos é 14,2% superior à taxa registada em 2020 (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2021), o que demonstra uma melhoria das técnicas de colheita, preservação e transplantação, mas também do conhecimento e sensibilidade na identificação precoce de potenciais dadores por parte das equipas de cuidados.

Um dador de órgãos, enquadra-se por definição no conceito de pessoa em situação crítica, pois apresenta na sua maioria uma ou mais disfunções de órgão que exigem um plano de cuidados complexo e diferenciado, com o objetivo de proteger a qualidade e viabilidade dos órgãos, isto é, evitar potenciais perdas de função ou danos. Remete-nos assim, para a importância da presença de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na equipa de cuidados ao potencial dador, pela sua diferenciação científica e técnica e assertividade na intervenção, caracterizada por uma abordagem global e integrada dos cuidados.

A doação de órgãos é um processo complexo, que exige planeamento prévio e intervenção multidisciplinar organizada e coerente, devendo ser orientado de forma clara e transparente, salvaguardando sempre o respeito pelos quatro princípios bioéticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, dos intervenientes.

Dada a sensibilidade da problemática e os consequentes dilemas éticos inerentes, é de extrema importância que a abordagem obedeça aos princípios éticos e deontológicos reconhecido e seja sustentada nas orientações presentes na Convenção de Oviedo sobre Direitos Humanos e Biomedicina (1997) e o Protocolo Adicional sobre a Transplantação de Órgãos e Tecidos de Origem Humana (2002).

As necessidades identificadas de órgãos, são exponencialmente maiores do que a disponibilidade e taxa de utilização registada. Dada esta discrepância, à semelhança de outros países da Europa, em Portugal através da Lei nº12/93, 22 de abril e do Decreto-Lei nº244/94, de 26 de setembro, documentos que regulam o Registo Nacional de Não

Dadores (RENDA), todos os cidadãos residentes são elegíveis como potenciais dadores *post mortem*, salvo os que possuem registo no RENDDA.

O cumprimento desta premissa facilita e simplifica de alguma forma a fase inicial do processo de doação e transplantação, porém pode em determinados momentos, ser fator precipitante de conflitos com os familiares e/ou pessoas significativas do potencial dador.

A inexistência de registo no RENDDA, pode residir no desconhecimento ou falta de entendimento da pessoa e família acerca da temática, não sendo sinónimo de aceitação e/ou crença na doação.

Em associação, o consentimento presumido é na maioria das vezes a prática escolhida para suportar a tomada de decisão das equipas de cuidados, podendo emergir como fonte de conflito entre o binómio profissional-família, na existência de dúvidas e insegurança na doação por parte das famílias.

O conhecimento dos desejos do potencial dador, acerca da doação, mesmo na ausência do registo, é outro dos fatores a ter em conta durante o processo de doação. As crenças e vontades previamente expressas sobre a doação e transplante, podem entrar em conflito com a elegibilidade legal para a doação e provocar nos familiares sentimentos de ansiedade e incompreensão, culminando numa atitude de negação e recusa face a todo o processo.

É assim notório, que a abordagem familiar durante o processo de doação de órgãos deve ser sistemática, sistematizada e preventiva, na tentativa de não exacerbar o sofrimento e vivências negativas dos familiares em processo de transição.

O potencial dador, enquanto PSC, não se encontra elegível para consentir doação e transplantação inerente, sendo a abordagem da equipa de cuidados realizada junto dos seus familiares. A presença de um membro da família num SMI, é um acontecimento do ciclo de vida, que emerge como uma crise e que provoca desequilíbrio nos papéis e dinâmicas familiares e pode ser fonte de sentimentos de stress, ansiedade, incerteza e sofrimento (Phaneuf, 2005).

Assim, compreende-se a necessidade de direcionar a intervenção para o binómio pessoa-família, privilegiando o envolvimento dos familiares nos cuidados, o que por si, aumenta a compreensão sobre a situação da pessoa, e permite um eixo cooperativo entre a família e os profissionais de saúde.

Segundo Cavalcante *et al.* (2014), a prestação de cuidados à família dos potenciais doadores é crucial e um ponto a favor na obtenção do consentimento da família para a doação. Porém, torna-se perceptível a importância do papel dos familiares no processo de doação e tomada de decisão e remete para a necessidade de os profissionais desenvolverem competências e habilidades que os capacite de ferramentas que promovam uma relação terapêutica de qualidade com os familiares e conseqüentemente otimize a sua abordagem.

O suporte à família, pressupõe uma abordagem sistemática, criadora de um ambiente de partilha seguro, pautado pelo respeito e confiança. Este deve proporcionar às famílias o empoderamento necessário face ao processo de transição e permitir o desenvolvimento de ferramentas facilitadoras que sustentem a sua tomada de decisão. Este suporte pode ser efetivado através da partilha de informação, flexibilidade da presença familiar, encontros frequentes com a família (Kleinpell, R., *et al.*, 2018).

Outra das soluções parece residir na melhoria da qualidade da comunicação entre os profissionais e as famílias, o que se reflete no aumento da satisfação familiar com os cuidados prestados (Mar., M. *et al.*, 2020). A comunicação é um processo complexo e subjetivo, influenciado por múltiplos fatores, como são exemplos as vivências pessoais, a história familiar e crenças culturais. Assim, na prestação de cuidados, o objetivo passa não só por conhecer a perceção da pessoa, objeto dos cuidados, como a compreensão da pessoa face ao que foi transmitido.

As competências de comunicação revelam-se assim cruciais ao exercício da profissão de enfermagem, pois otimizam o processo de comunicação, tornando-o efetivo. Conseqüentemente, promovem uma melhor compreensão da mensagem evitando mal-entendidos, reduzindo a dúvida e a ansiedade inerente a temas difíceis, o que facilita a capacitação da pessoa e família a tomar decisões informadas, numa parceria colaborativa com os profissionais (European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association, 2017).

Esta revisão tem assim, o objetivo de identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos. Estas estratégias visarão uma comunicação mais efetiva, capaz de proporcionar suporte e esclarecimento aos familiares, sujeitos a situações de stress extremo.

## METODOLOGIA

Na presente Revisão da Literatura procurou-se dar resposta à Questão de Investigação: “*Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, na comunicação com os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos?*”

### Quando 1 – Método de Análise PICO

Método de Análise PICO		
Descrição		
<b>P</b>	População em estudo	Enfermeiros
<b>I</b>	Intervenção em análise	Estratégias utilizadas pelos enfermeiros
<b>C</b>	-	-
<b>O</b>	<i>Outcomes</i>	Comunicação eficaz entre os enfermeiros e os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos

Para tal, recorreu-se ao uso do Método de análise PICO, onde a população diz respeito aos enfermeiros, a intervenção alvo de estudo, são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros e os *outcomes*, remetem para a comunicação eficaz entre enfermeiros e os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos.

De forma a otimizar a pesquisa, foram definidos os critérios de inclusão para a seleção dos artigos, nomeadamente: artigos com data de publicação entre 2018 e 2023 inclusive, garantindo a atualidade da informação, revistos por especialistas, disponíveis em texto integral e exclusivamente na língua inglesa. Associado, foram também definidos critérios de exclusão, nomeadamente: artigos onde a população em estudo era pediátrica ou se referia a crianças.

Para definir os descritores mais adequados à questão de investigação, recorreu-se à Plataforma *Medical Subject Headings* (MeSH), originando os seguintes: *nurses, strategies, communication, relatives, organ e donation*.

Estes foram introduzidos nas bases de dados selecionadas, através dos operadores booleanos “AND”. De forma a reduzir e limitar a pesquisa, foi associado o operador “NOT” eliminando artigos onde a população em estudo fossem crianças ou de idades pediátricas. Assim, foi utilizada a seguinte equação booleana: **((nurses) AND (strategies) AND (communication) AND (relatives) AND (organ) AND (donation) NOT (children) NOT (pediatrics))**.

A pesquisa foi realizada durante o mês de dezembro de 2022 e fevereiro de 2023, nas seguintes bases de dados - Scopus, a Web of Science a PubMed e a B-ON.

## **RESULTADOS**

Na fase inicial da Revisão da Literatura, foi realizada a pesquisa dos artigos nas bases de dados previamente mencionadas, com auxílio dos descritores selecionados, obtendo-se um total de 224 artigos. Após análise do título foram excluídos 207 artigos, 206 pela inadequação do mesmo à temática em estudo e 1 por se encontrar em duplicado. Esta inadequação verificou-se pela existência de artigos onde a temática em estudo remetia para a doação de órgãos com dador vivo, artigos orientados para o estudo dos cuidados em fim de vida a pessoas em lista de transplante e artigos onde apesar do uso dos descritores em pesquisa, eram orientados para temáticas não relacionadas com a revisão.

Na fase seguinte, foram realizadas a leitura do resumo dos 17 artigos selecionados, sendo excluídos 5, por serem estudos onde era abordado o suporte aos familiares, porém sem menção às estratégias utilizadas pelos enfermeiros, ou por constituírem revisões narrativas e/ou sistemáticas da literatura, irrelevantes para a temática. Posteriormente foram excluídos 5 artigos, elegíveis pela leitura do resumo, mas excluídos após leitura integral dos mesmos, pois 2 descreviam a aplicação de uma teoria e um modelo de sistemas de doação e os 3 restantes remetiam para as estratégias a utilizar na obtenção de taxas de aceitação e doação mais elevadas.

O processo de pesquisa e seleção, decorreu segundo a metodologia Prisma, apresentado no diagrama 1 e permitiu obter um total de 7 artigos para análise, que após leitura integral e pormenorizada, sustentaram a realização desta Revisão da Literatura.

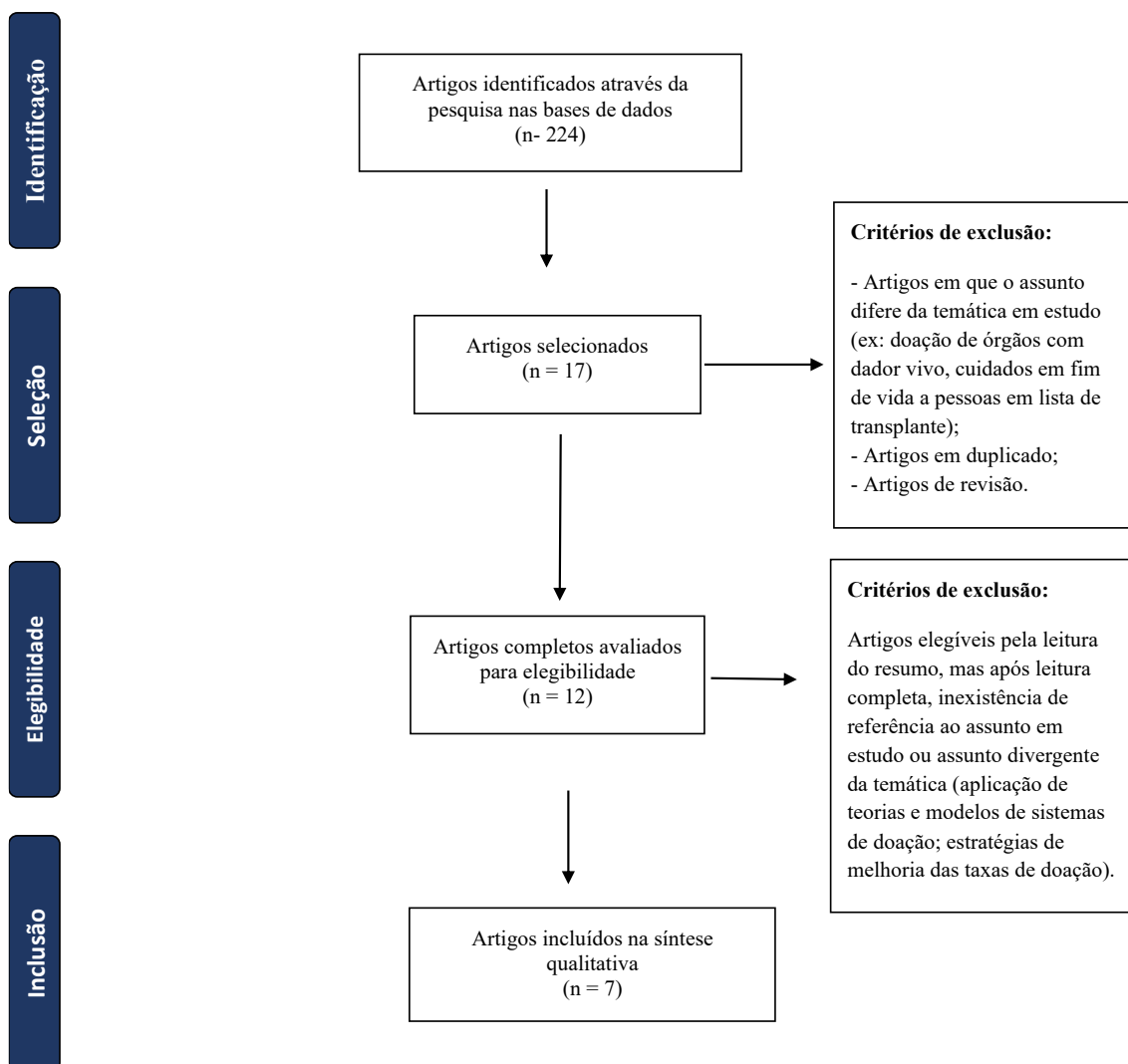


Diagrama 1 - Pesquisa e Seleção de Artigos – Prisma Guidelines, 2009, versão traduzida (Moher et al., 2009)

Tendo em conta os artigos seleccionados, é possível verificar que a sua realização é descentralizada, porém existem 2 países que se destacam, nomeadamente Espanha e Brasil com aproximadamente 28,6% (n=2). Os restantes dividem-se pelo Chile, Malásia, Istambul e Austrália com aproximadamente 14,3% (n=1).

No caso das características das amostras dos estudos em análise, existe uma maior homogeneidade. Em aproximadamente 57,1 dos estudos (n=4), a amostra correspondeu

a enfermeiros a desempenhar funções na coordenação de transplantes. Relativamente as restantes amostras, aproximadamente 42,9% (n=3), eram compostas por profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), a desempenhar funções nas unidades de cuidados intensivos, relacionadas com a doação e transplante de órgãos.

No que diz respeito aos objetivos dos estudos selecionados, na sua generalidade remetem para o papel, experiências e perceções dos enfermeiros e profissionais de saúde no acompanhamento e abordagem das famílias durante o processo de doação e transplante de órgãos, realçando as estratégias utilizadas pelos mesmo na otimização do seu desempenho e melhoria dos modelos em vigor.

Os resultados da análise dos artigos, foram organizados e sintetizados no Quadro 1 - Tabela de Evidências. De forma a facilitar a consulta dos artigos e a comparação entre eles, as evidências analisadas foram organizadas de acordo com os respetivos autores, ano de publicação, título do estudo, revista de publicação, metodologia utilizada, objetivos e principais resultados, o que servirá de base à posterior discussão dos resultados obtidos.

Autores	Ano	Título	Publicação	Metodologia	Objetivos	Resultados
Fernández-Alonso, V. et al <sup>1</sup>	2020	Facilitators and Barriers in the Organ Donation Process: A Qualitative Study among Nurse Transplant Coordinators	International Journal of Environmental Research and Public Health	Estudo qualitativo fenomenológico -16 enfermeiros coordenadores de transplantes em Madrid, como população do estudo.	Descrever as experiências dos enfermeiros coordenadores de transplantes.	- Valorização da <b>motivação e de ferramentas comunicacionais</b> específicas como a <b>empatia e sensibilidade</b> perante o outro, como estratégias.
Fernández-Alonso, V. et al <sup>2</sup>	2020	Deceased donor care provided by the nurse transplant coordinator: A qualitative research study among Spanish nurses	International Journal of Nursing Practice	Estudo Qualitativo Exploratório: 16 enfermeiros com pelo menos 1 ano de experiência na coordenação de transplantes	Descrever a experiência dos enfermeiros coordenadores de transplante, durante a prestação de cuidados ao dador de órgãos	- A <b>abordagem</b> à família deve ser <b>multidisciplinar</b> , realizada de forma <b>organizada e planeada</b> , especialmente nos momentos de transmissão de informação sensível, devendo priorizar-se o <b>respeito</b> , a <b>honestidade</b> , <b>privacidade e intimidade</b> . - A <b>comunicação constante</b> entre os enfermeiros e famílias, através de estratégias de <b>escuta ativa, uso da empatia e afeição</b> , são tidos como elementos essenciais no cuidado.
Avilés., L. et al.	2021	Edgework emotion management: A constructivist grounded theory of organ donation nurses' experiences and practices	Journal of Clinical Nursing	Grounded Theory – Construtiva 71 participantes, enfermeiros coordenadores de transplantes de 2 hospitais Centrais no Chile	Explorar as experiências dos enfermeiros na abordagem às famílias para autorização na doação de órgãos, de forma a orientar as práticas de enfermagem	-Utilização de estratégias como a <b>escuta ativa</b> , o <b>respeito</b> , a <b>calma e a empatia</b> , assim como a <b>postura</b> , o tom de <b>voz e a linguagem corporal</b> , de forma a <b>facilitar o cuidado e a partilha entre o enfermeiro e a família</b> . - A abordagem às famílias em momentos de grande vulnerabilidade, como é exemplo a doação de órgãos, exige <b>sensibilidade perante as necessidades das famílias</b> , mas

						também <b>preparação</b> . Esta pode ser feita através de <b>momentos de reflexão, exercícios de respiração e uso de técnicas de desenvolvimento da atenção</b> . - Promover a <b>partilha e expressão de sentimento e emoções das famílias</b> , pode facilitar a abordagem e discussão sobre doação de órgãos, e consequentemente o seu <b>envolvimento na tomada de decisão</b> .
Tolfo., F. et al	2020	Obtaining tissues and organs: empowering actions of nurses in the light of ecosystem thinking	Revista Brasileira de Enfermagem	Método misto: Estudo qualitativo – descritivo e exploratório e quantitativo. -185 enfermeiros, membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Sul do Brasil, como população em estudo.	Analizar, à luz do pensamento ecossistêmico, as ações dos enfermeiros que estimulam e potenciam as taxas de doação de órgãos e tecidos.	- A <b>sensibilidade, o envolvimento, a empatia, o olhar atento e assertivo</b> e o <b>conhecimento científico</b> , são alguns dos elementos reconhecidos como importantes na abordagem à família.
Karaman., A. &, Akyolcu., N.	2019	Role of intensive care nurses on guiding patients' families/relatives to organ donation	Pakistan Journal of Medical Sciences	Estudo Descritivo -353 enfermeiros em funções nas unidades de cuidados intensivos, de 18 hospitais de Istambul, como população.	Determinar o papel dos enfermeiros de cuidados intensivos, no acompanhamento das famílias, dos doentes em morte cerebral, no processo de doação de órgãos.	- 74,5% dos enfermeiros valorizaram <b>o suporte aos familiares</b> dos dadores de órgãos, priorizando estratégias como a <b>escuta ativa, apoiando a sua livre expressão de emoções e sentimentos</b> .

						<p>- Os enfermeiros com <b>mais experiência profissional</b>, são mais <b>eficazes</b> e possuem <b>melhores taxas de assertividade</b> nos cuidados aos dadores de órgãos e na abordagem familiar.</p> <p>- São recomendados <b>formação e treino específico, em serviço e pós-graduado</b>, aos enfermeiros dos cuidados intensivos, como é exemplo o <b>desenvolvimento de competências de comunicação</b>, reconhecidas ferramentas importantes no estabelecimento de uma <b>comunicação efetiva</b>.</p>
Andrade., J. et al.	2018	Experiences and Strategies of an Organ Procurement Organization	Journal of Nursing UFPE On Line	Estudo Qualitativo Descritivo- Exploratório – Profissionais da equipa de doação, com pelo menos 6 meses de experiência/atuação, totalizando 7 elementos (6 enfermeiros e 1 médico)	Conhecer as experiências e estratégias utilizadas pelos profissionais de uma Organização de Aquisição de Órgãos, durante o processo de doação e sua eficácia	A <b>sinceridade e transparência</b> no contacto com família, como estratégias importantes no aumento da <b>confiança</b> nos profissionais e no cuidado, facilitando o envolvimento familiar.
Milross., L. et al.	2022	Perceptions held by healthcare professionals concerning organ donation after circulatory death in an Australian intensive care unit without a local thoracic transplant	Australian Critical Care	Estudo descritivo-exploratório - 16 participantes: 4 enfermeiros de cuidados intensivos, 4 enfermeiros especialistas coordenadores de doação e 8 médicos	Avaliar e compreender as percepções acerca de Doação após morte circulatoria, num hospital terciário Australiano.	A abordagem à família realizada por <b>profissionais capazes, bem informados acerca das dinâmicas familiares e suas crenças</b> , a par de um <b>comportamento uniforme e coerente de todos os elementos envolvidos</b> , aumenta a <b>confiança</b> nos profissionais e <b>facilita a</b>

		service: A descriptive exploratory study		de cuidados intensivos.		<b>comunicação eficaz</b> entre os intervenientes. <b>Contacto contínuo e seriado com as famílias, com partilha de informação clara e honesta,</b> como estratégia facilitadora de abordagem à família.
--	--	--	--	-------------------------	--	--

**Quadro 1 - Tabela de Evidências**

A análise dos resultados permitiu a identificação de um leque considerável de estratégias utilizadas pelos enfermeiros, através das quais é possível uma comunicação e abordagem eficaz às famílias de pessoas em processo de doação de órgãos.

Entre os resultados obtidos, pode verificar-se que as **Estratégias Comunicacionais**, especificadas no Quadro 2, são mencionadas na totalidade dos estudos analisados, e passíveis de identificação. A sua operacionalização passa por uma comunicação empática, constante e contínua com as famílias, onde a escuta ativa surge como elemento-chave, remetendo para uma partilha honesta, sincera e transparente, que exige calma e envolvimento dos profissionais. Paralelamente, é referida a importância da linguagem verbal, com adequação do tom de voz, assim como da linguagem corporal, mantendo um olhar atento e assertivo nos momentos de contato com as famílias.

Por último, é ainda apontada a necessidade de aplicação de técnicas de desenvolvimento de atenção e discussão de forma a estabelecer uma relação de confiança.

Categoria	Especificação/Intervenção	Artigo de Referência
<p><b>Estratégias Comunicacionais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar os profissionais para o uso de ferramentas comunicacionais específicas como a empatia e sensibilidade;</li> <li>- Priorizar o respeito, a honestidade, privacidade e intimidade;</li> <li>- Escuta ativa, uso da empatia e afeição;</li> <li>- Fomentar momentos de reflexão, exercícios de respiração e uso de técnicas de desenvolvimento da atenção;</li> <li>- Promover a partilha e expressão de sentimentos e emoções pelas famílias;</li> <li>- Partilhar a informação de forma clara e honesta</li> <li>- Usar estratégias como Comunicação Constante e contínua; Calma; Linguagem corporal (ex. postura); Tom de voz; Envolvimento; Olhar atento e assertivo; Linguagem verbal; Técnicas de partilha e discussão; Transparência; Sinceridade.</li> </ul>	<p>Fernández-Alonso, V. et al (2020) <sup>1</sup>;</p> <p>Fernández-Alonso, V. et al (2020) <sup>2</sup></p> <p>Avilés., L. et al. (2021)</p> <p>Tolfo., F. et al (2020)</p> <p>Karaman., A. &amp;, Akyolcu., N.(2019)</p> <p>Andrade., J. et al. (2018)</p> <p>Milross., L. et al. (2022)</p>

**Quadro 2 – Especificação das Estratégias Comunicacionais**

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos e cuidado ao potencial dador é complexo e diferenciado. Exige uma intervenção global e integrada, onde o foco é o binómio pessoa-família, pois a prestação de cuidados não se encerra com os cuidados diretos ao potencial doador e sua homeostasia, devendo estender-se aos familiares em sofrimento.

A relação entre os familiares do potencial dador e os enfermeiros parece ser um fator facilitador do processo de doação, quando esta é terapêutica e acompanhada por sentimentos de confiança e transparência, ou seja, quando existe humanização dos cuidados (Moraes., E. et al, 2015), o que nos remete para um ambiente seguro, promotor de conforto e esclarecimento.

O cuidado à família parece ser o maior desafio com que os enfermeiros se deparam durante o processo de doação de órgãos, pela existência de sentimentos, crenças e valores pessoais inerentes, que se refletem na tomada de decisão diária (Figueiredo., C. et al, 2020). Aqui, é perceptível a necessidade dos enfermeiros em desenvolverem habilidades e capacidades de comunicação terapêutica, que os tornem capazes e autónomos no suporte aos familiares em sofrimento, por meio de gestos, ações e silêncios empáticos e compreensivos.

Esta ideia é desenvolvida num dos artigos analisados, onde Avilés., L. et al. (2021), remetem para a necessidade de os enfermeiros desenvolverem capacidades de regulação emocional, de forma a estarem disponíveis e capazes, nos momentos de partilha de sentimentos e emoções por parte dos familiares.

Em 2015, Tolfo et al., apontam uma comunicação eficaz, como fator facilitador da relação com a família, capaz de mobilizar os elementos envolvidos, promover a ligação e confiança entre eles e conseqüentemente originar relações saudáveis. Estas são normalmente facilitadas pela sensibilidade, empatia e assertividade dos enfermeiros face às necessidades dos familiares.

Em concordância, Naghavi., N. et al. (2020), reforçam o valor da linguagem utilizada pelos enfermeiros durante a abordagem às famílias, como um fator decisivo na comunicação efetiva durante o processo de doação de órgãos.

Cuidar do outro, pressupõe comunicar com o outro. Pretende-se que esta comunicação seja assertiva, clara e sincera, facilitando o envolvimento dos familiares no processo de cuidado (Andrade., J. et al. 2018).

A comunicação é um processo complexo, que na maioria das vezes é aperfeiçoado pela experiência, como referem Karaman., A. & Akyolcu., N. (2019), que lhe confere eficácia e assertividade. No entanto, reforçam que para que a comunicação seja efetiva, é necessário investir em formação e treino específico em contexto, de forma a otimizar a abordagem.

O apoio e suporte aos familiares da pessoa em processo de doação de órgãos, apelam ao cuidado integrado, humanizado e global. Dotado de grande complexidade e multiplicidade de intervenientes, exige enfermeiros autónomos e experientes, com competências comunicacionais específicas, baseadas na evidência científica (Fernández-Alonso, V. et al, 2020).

Por fim e em simultâneo, Milross., L. et al. (2022), apontam o contato contínuo e seriado com os familiares como uma estratégia importante, valorizando a partilha entre ambos e o cultivo da relação terapêutica.

As estratégias identificadas, na sua generalidade, revelam-se cruciais na abordagem aos familiares de forma transversal, possuindo uma importância extrema perante situações de saúde-doença e fim de vida.

As estratégias comunicacionais foram as únicas mencionadas na totalidade dos artigos analisados, sendo as mais valorizadas no estabelecimento de uma relação terapêutica, segura e de confiança entre os enfermeiros e as famílias.

Assim, foi possível identificar os elementos através dos quais se desenvolvem, possibilitando a sua aplicação prática. Resumidamente, os enfermeiros devem privilegiar a continuidade e periodicidade no contato com as famílias. A partilha deve ser empática, honesta, sincera e transparente, conferindo segurança e confiança à relação terapêutica, e possibilitando um maior envolvimento dos intervenientes.

Em simultâneo, devem consciencializar-se da multidimensionalidade da comunicação, procurando um equilíbrio e adequação de todos os seus elementos, como são exemplo a linguagem verbal e corporal, uniformizando a mensagem e minimizando o envio de sinais dissonantes.

No entanto, é ainda apontada a utilização de técnicas específicas, de atenção e discussão, de forma a aprofundar e desenvolver as ferramentas disponíveis.

Em suma, todos os artigos selecionados para a Revisão da Literatura, abordam a temática em estudo e permitem a identificação de estratégias auxiliares de uma comunicação efetiva e positiva, entre os enfermeiros e os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos, permitindo a otimização da intervenção em momentos de transição, pautados por uma maior fragilidade e sofrimento. Estas, apesar de distintas, revelam-se complementares e igualmente necessárias a uma abordagem holística do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doação e transplante de órgãos é uma realidade em expansão na atualidade dos cuidados de saúde, pela oportunidade de tratamento e cura que proporciona às pessoas em processo de doença.

O processo de doação de órgãos é na sua essência complexo e exige uma abordagem integrada, orientada para a humanização e globalidade dos cuidados, com foco no binómio pessoa-família. Esta abordagem pressupõe uma intervenção assertiva, empática e diferenciada por parte dos enfermeiros, nas diferentes dimensões do cuidado.

Os enfermeiros pelas características da sua intervenção, são os profissionais com maior proximidade ao potencial dador e seus familiares, o que lhes confere um maior grau de compreensão acerca das suas necessidades.

O suporte aos familiares dos potenciais dadores, durante todo o processo de doação exige aos enfermeiros habilidades e ferramentas específicas, capazes de os capacitar a intervir nos momentos de crise, proporcionando apoio e conforto, num ambiente de partilha seguro e de confiança.

As competências de comunicação, quando desenvolvidas e potenciadas, permitem aos enfermeiros desenvolver relações terapêuticas e parcerias de qualidade com os familiares, incluindo-os no processo de doação, minimizando potenciais conflitos e promovendo uma melhor aceitação face à transição inerente. Estas, materializam-se na prática, através do uso de estratégias de comunicação específicas. Assim, os enfermeiros devem procurar intervir de forma empática, transparente, honesta e sincera junto dos familiares de pessoas em processo de doação de órgãos, de forma a construir uma relação terapêutica baseada na confiança e segurança, o que consequentemente levará a um maior envolvimento da família na tomada de decisão. A sua abordagem deve procurar a homeostasia, através da utilização adequada e assertiva das múltiplas dimensões da comunicação, uniformizando a mensagem e minimizando o envio de sinais dissonantes. Em simultâneo, devem ainda recorrer ao uso de técnicas específicas de atenção e discussão, de forma a aprofundar e desenvolver as ferramentas disponíveis.

O desenvolvimento de competências comunicacionais, pensa-se apenas possível através de formação especializada e treino direcionado. A sua aquisição, possibilita não só uma otimização da abordagem aos familiares, mas também o desenvolvimento de maturidade

e crescimento emocional. Este, por sua vez, melhora as interações através da melhoria da compreensão face à vulnerabilidade do outro. Considera-se assim que a comunicação e consequente suporte aos familiares do potencial dador de órgãos, deve ser orientado por profissionais especializados, com formação e treino adquirido de forma contínua, garantindo um acompanhamento de qualidade.

Por último, considera-se importante referir, que como limitação a esta revisão, o escasso número de artigos elegíveis para análise, e termos optado apenas pela língua inglesa, o que não permite a generalização dos resultados encontrados e demonstra a necessidade de futuramente se realizarem mais estudos específicos na área, pelo valor do conhecimento que podem trazer para a intervenção e prática diária dos enfermeiros.

Dado o reduzido número de artigos encontrados, sugere-se a realização futura de estudos nacionais e internacionais, de carácter observacional de alta qualidade que poderão contribuir com dados clinicamente significativos sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com os familiares de pessoas em processo de doação de órgãos promovendo um cuidar integral e humanizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, J., Brito, A., Lira, G., Fernandes, F., Melo, R. (2019). *Experiences and Strategies of an Organ Procurement Organization*. Revista de Enfermagem UFPE On Line. Disponível em <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110257p857-864-2018> ;

Avilés, L., Kean, S., & Tocher, J. (2022). *Edgework emotion management: A constructivist grounded theory of organ donation nurses' experiences and practices*. Journal of clinical nursing, 31(23-24), 3510–3522. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16179>;

Fernández-Alonso, V., Palacios-Ceña, D., Silva-Martín, C., & García-Pozo, A. (2021). *Deceased donor care provided by the nurse transplant coordinator: A qualitative research study among Spanish nurses*. International journal of nursing practice, 27(3), e12905. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12905> ;

Cavalcante, L., Ramos, I., Araújo, M., Alves, M. & Braga, V. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial dador de órgãos. Acta Paulista de Enfermagem, 27 (6), 567-572. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>;

European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (2017). *The Art of Communication - A Nurses Guide to Implementing Best Practice in Communication*. Disponível em <https://www.edtnaerca.org/education/publications-en> ;

Decreto Lei nº 244/94, de 26 de setembro. Diário da República nº 233/1994, Série I-A de 26-9-1994. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/244-1994-606526>;

Decreto lei n 743/2019 de 25 de setembro.

Fernández-Alonso, V., Palacios-Ceña, D., Silva-Martín, C., & García-Pozo, A. (2020). *Facilitators and Barriers in the Organ Donation Process: A Qualitative Study among Nurse Transplant Coordinators*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(21), 7996. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217996>;

Figueiredo, C., Pergola-Marconato, A., & Saidel, M. (2020). Equipe de Enfermagem na Doação de Órgãos: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Bioética, vol.28. Disponível em Doi: 10.1590/1983-80422020281369;

Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2022). Doação e Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células: Atividade Nacional Anual, 2021. Disponível em [https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados\\_Anuais\\_Atividade\\_Doacao\\_Transplantacao2021\\_versao\\_integral\\_para\\_publicacao.pdf](https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados_Anuais_Atividade_Doacao_Transplantacao2021_versao_integral_para_publicacao.pdf);

Karaman, A., & Akyolcu, N. (2019). *Role of intensive care nurses on guiding patients' families/relatives to organ donation*. Pakistan journal of medical sciences, 35(4), 1115–1121. Disponível em: <https://doi.org/10.12669/pjms.35.4.1285>;

Kleinpell., R, Heyland., D, Lipman., J, Sprung., C, Levy., M, Mer., M, Koh., Y, Davidson., J, Taha., A, & Curtis., R. (2018). *Patient and family engagement in the ICU: Report from the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine*. Journal of Critical Care, vol.48, p. 251-256, ISSN 0883-9441. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.09.006>;

Lei nº12/93, de 22 de Abril. Diário da República nº 94/1993, Série I-A de 22-4-1993, Disponível em: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=236&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=236&tabela=leis&so_miolo=) ;

Mar, M.J., Esteves, N., & Sousa, A.S. (2020). Satisfação familiar em cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 3(1), 67-77. Disponível em Doi:10.37914/riis.v3i1.61;

Mc Laughlin, L., Neukirchinger, B., Monks, J., Duncalf, S., & Noyes, J. (2021). *Seeking consent for organ donation: Process evaluation of implementing a new Specialist Requester nursing role*. Journal of Advanced Nursing, 77(2), 845–868. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.14601>;

Milross, L., O'Donnell, T., Bucknall, T., Pilcher, D., Poole, A., Reddi, B., & Ihle, J. (2022). *Perceptions held by healthcare professionals concerning organ donation after circulatory death in an Australian intensive care unit without a local thoracic transplant service: A descriptive exploratory study*. Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 35(4), 430–437. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.013>;

Moraes., E, Neves., F, Santos., M, Merighi., M & Massarollo., M. (2015). Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em DOI: 10.1590/S0080-623420150000800018;

Naghavi, N., Mubarik, M. S., Rasiah, R., & Sharif Nia, H. (2020). *Prioritizing Factors Affecting Deceased Organ Donation in Malaysia: Is a New Organ Donation System Required?*. International journal of general medicine, 13, 641–651. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S253372>;

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta;

Tolfo, F., Siqueira, H. C. H., Scarton, J., Cezar-Vaz, M. R., Santos, J. L. G. D., Rodrigues, S. T., & Pedroso, V. S. M. (2021). *Obtaining tissues and organs: empowering actions of nurses in the light of ecosystem thinking*. Revista brasileira de enfermagem, 74(2), e20200983. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0983>.