



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

INTERVENÇÕES DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

**INTERVENTIONS BY THE NURSING TEAM IN THE
ORGAN DONATION PROCESS**

Por

Marisa La Salette Moreira Teixeira

Lisboa

Março, 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

INTERVENÇÕES DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

**INTERVENTIONS BY THE NURSING TEAM IN THE
ORGAN DONATION PROCESS**

Por

Marisa La Salette Moreira Teixeira

Sob orientação da Prof. Doutora Maria de Lurdes Martins

Lisboa
Março, 2021

*Tudo bem estar cansado.
Só Deus sabe
O quanto você tem lutado.
Mas não desista da sua verdade.
Até que o sonho se transforme na sua realidade.*

Dihony Cardoso

AGRADECIMENTOS

A realização desta longa caminhada, só foi possível pelo apoio de várias pessoas que acreditaram em mim, e na minha capacidade para o concretizar. Foram momentos de profunda dedicação, mas marcada pela angústia e incerteza de conseguir chegar ao fim.

Não conseguiria concluir este trabalho sem ajuda preciosa, motivação e apoio incondicional do meu querido marido Jorge e do meu amado filho Dinis, que sempre estiveram presentes, mesmo quando eu tive que abdicar do tempo em conjunto para me dedicar a este projeto de vida.

Deixo a minha gratidão à minha Orientadora Professora Maria Lurdes Martins, que me guiou durante este árduo caminho, através da sua orientação, clínica e pedagógica. Este trabalho não seria possível sem a sua preciosa ajuda e disponibilidade.

Agradeço às Sr^a. Enfermeiras Ana Luísa Nabais e Cristina Rocha, enquanto orientadoras clínicas, pela sua disponibilidade e partilha de conhecimentos.

A todo o corpo docente da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, pela oportunidade de aprendizagem.

À D. Otilia Calheiros, pelo seu amor, dedicação e disponibilidade.

Às equipas dos contextos de estágio que me acolheram tão bem e me proporcionaram momentos de aprendizagem.

Aos meus queridos pais, que apesar da distância que nos separa, estiveram sempre presentes e me motivaram diariamente para seguir em frente e lutar pelo meu sonho. São o meu orgulho e a minha referência de vida. Sem vocês jamais seria a pessoa que hoje sou.

À minha irmã, a minha alma gémea, que me inspirou e motivou, como sempre em todos os momentos importantes da minha vida.

Aos meus colegas de trabalho e de mestrado Elizabete e Marcel, que compreenderam os momentos de maior ansiedade e apoiaram incondicionalmente as minhas escolhas.

RESUMO

O presente relatório de estágio enquadra-se no âmbito do 13º Mestrado da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica. O presente relatório reflete as vivências, descreve as experiências, a aquisição de competências e os conhecimentos mais significativos ao longo desta caminhada académica e de prática clínica.

Através da realização deste relatório, procuramos dar visibilidade às soluções desenvolvidas para as situações identificadas, exercer uma prática reflexiva das atividades desenvolvidas, aliando a investigação e procura incessante de novas evidências, que pudessem realçar a díade da teoria – prática e assim obter ganhos em saúde.

Os cuidados de enfermagem partiram da premissa de Enfermagem especializada, com base na evidência científica, na gestão de cuidados diferenciados, na consciência crítica para os problemas da prática, mas de igual modo assentes na relação terapêutica e processos de comunicação. Pelo que foi imprescindível aliar referenciais teóricos, como a Teoria das Necessidades Fundamentais de Virgínia Henderson e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

O relatório abrange dois períodos de estágio realizados em diferentes contextos: Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. A escolha dos locais de estágio prendeu-se pelos objetivos delineados pelo curso e pela ambição de compreender mais profunda e detalhadamente, através da observação, experiência do percurso da Pessoa em Situação Crítica, aliados á temática escolhida, sobre as *Intervenções da Equipa de Enfermagem no Processo de Doação de Órgãos*. Em conjunto, ambos os locais de estágio foram de grande interesse e enriquecedores pelo crescente corpo de conhecimentos, mobilização de saberes, habilidades e competências.

A escolha da temática, deveu-se ao interesse pessoal em investigar e desenvolver competências especializadas nessa área, ao questionar quais as intervenções de que o enfermeiro é detentor no seu exercício de autonomia e interdisciplinaridade. Através de uma Revisão Scoping da Literatura, permitiu o desenvolvimento de competências no campo da investigação, bem como a partilha dos dados analisados, através da divulgação dos resultados.

O papel desempenhado pela equipa de enfermagem no decurso do processo de doação de órgãos é crucial. Requer uma praxis baseada em conhecimentos técnico-científicos, habilidades e competências específicas para a identificação do potencial dador, após confirmação e diagnóstico de morte cerebral, manutenção fisiológica do potencial dador, notificação do gabinete de transplante, bem como habilidade na comunicação terapêutica e de más notícias, sendo condutas fundamentais na ética e legislação vigente. A relação/ interação entre a equipa de enfermagem e os familiares, são determinantes na tomada de decisão, confiança e segurança em todo o processo.

Palavras-chave: Enfermagem, Família, Doação de Órgãos, Morte Cerebral, Processo de Transição Saúde-Doença.

ABSTRACT

This internship report falls within the scope of the 13th Master's Degree at the Catholic University of Portugal - Institute of Health Sciences in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of specialization for People in Critical Situation. This report reflects the experiences, describes the experiences, the acquisition of skills and the most significant knowledge throughout this academic and clinical practice journey.

Through the realization of this report, it was possible to give visibility to the solutions developed for the situations identified, to exercise a reflexive practice of the activities developed, combining the investigation and unceasing search for new evidence, which could enhance the dyad of theory - practice and thus obtain gains in Cheers.

Nursing care started from the premise of Advanced Nursing, based on scientific evidence, on the management of differentiated care, on critical awareness of the problems of practice, but equally based on the therapeutic relationship and communication processes. So it was essential to combine theoretical references, such as Virginia Henderson's Theory of Fundamental Needs and Afaf Meleis's Theory of Transitions.

The report covers two internship periods carried out in different contexts: the Emergency Department and the Intensive Care Unit. The choice of internship locations was due to the objectives outlined by the course and the ambition to understand more deeply and in detail, through observation, experience of the path of the Person in Critical Situation, allied to the chosen theme, about the Nursing Team Interventions in the Organ Donation Process. Together, both internships were of great interest and enriched by the growing body of knowledge, the mobilization of knowledge, skills and competences.

The choice of the theme was due to the personal interest in investigating and developing specialized skills in this area, by questioning which interventions the nurse has in his exercise of autonomy and interdisciplinarity. Through a Scoping

Review of Literature, it allowed the development of skills in the field of research, as well as the sharing of the analyzed data, through the dissemination of results.

The role played by the nursing team during the organ donation process is crucial. It requires a praxis based on technical and scientific knowledge, specific skills and competences for the identification of the potential donor, after confirmation and diagnosis of brain death, physiological maintenance of the potential donor, notification of the transplant office, as well as ability in therapeutic and poor communication. news, being fundamental conducts in ethics and current legislation. The relationship / interaction between the nursing team and family members, are decisive in decision making, trust and security in the entire process.

Keywords: Nursing, Family, Organ Donation, Brain Death, Health-Disease Transition Process.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CCI – Comissões de Controlo de infeções

CPT – Colangiografia Percutânea Trans- Hepática

DE – Diagnóstico de enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EE – Enfermeiro Especialista

EOT – Entubação Orotraqueal

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FOUR - Full Outline of UnResponsiveness-score

GSC – Escala de Coma de Glasgow

HSA – Hemorragia Subaracnoideia Aguda

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IPST – Instituto Português do Sangue e Transplantação

IVM – Intoxicação voluntária Medicamentosa

MC – Morte Cerebral

NAS – Nursing Activities Score

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PDA - Personal Digital Assistant

PDO – Potencial Dador de órgãos

PE - Processo de Enfermagem

PPCIRA - Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAE - Sistematização de Assistência de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

STM – Sistema de Triagem Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUC – Serviço de Urgência Central

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

TIPS – Transjugular Intrahepatic portosystemic shunt

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

UC – Unidade Curricular

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UP – Úlcera de Pressão

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

VV – Via Verde

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVEAM- Via Verde Enfarte Agudo do Miocárdio

VVT – Via Verde Trauma

N.º - Número

Art.º - Artigo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	25
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	33
1.1. Estado de Arte.....	33
1.1.1. Identificação, diagnóstico de Morte Cerebral	37
1.1.2. Exame de Consentimento informado – Aspectos éticos e legais	47
1.1.3. Abordagem Familiar – Comunicação de más notícias.....	51
1.1.4. Perceção e adaptação dos Enfermeiros.....	59
1.2. Discussão e Identificação das intervenções de Enfermagem.....	71
1.2.1. Identificação do doente em Morte Cerebral e manutenção do potencial dador.....	72
1.2.2. Cuidados à família do potencial dador de órgãos	75
1.2.3. Aspectos ético-legais associados á doação	77
1.2.4. Formação dos Enfermeiros	78
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PERCURSO CURRICULAR E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	81

2.1. Serviço de Urgência	85
2.2. Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos	92
3. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	99
3.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	99
3.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação	103
3.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica	104
4. CONCLUSÃO	107
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	
ANEXOS I	122
Escala de Coma Glasgow	123
ANEXO II	124
Escala FOUR Score	125

ANEXO III	126
Formulário RENNDA	127
ANEXO IV	129
Diário da República N.º 94/1993	130
ANEXO V	131
Classificação do Protocolo de Manchester	132
ANEXO VI	133
Norma DGS	134
ANEXO VII	140
Sistema de Triagem de Manchester	141
ANEXO VIII	142
Algoritmo Suporte Avançado de Vida	143
ANEXO IX	144
Protocolo NIHSS	145
ANEXO X	146
Protocolo NAS e TISS 28	147

ANEXO XI	149
Escala de Ramsy	150
ANEXO XII	151
Escala de Barden	152
APÊNDICES	153
APÊNDICE I	154
Reflexão Crítica – Serviço de Urgência	155
APÊNDICE II	177
Reflexão Crítica – Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos	178

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Síntese das Necessidades Básicas	46
Tabela 2 – Fluxograma PRISMA.....	63
Tabela 3 – Caraterização da Amostra.....	71

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do plano de estudos do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem. Através deste relatório pretendemos: relatar, descrevendo criticamente acontecimentos vivenciados no contexto clínico, demonstrando conhecimentos e desempenho, consolidado ao longo deste percurso, descrever e analisar os objetivos definidos e o modo como incidiram no pensamento crítico e desenvolvimento de competências especializadas ao longo do estágio final, enfatizado a relação dicotómica entre a prática e os conhecimentos teóricos. Tal como nos diz Lima, M.M. (2018) *“a formação do enfermeiro, ao ser vivenciada nos contextos de saúde, possibilitará ao estudante refletir sobre articulação entre o aprendido na teoria com o encontrado no campo da prática, bem como manejar situações reais e concretas, capacitando-o para assistir o seu humano na sua integralidade”*. A excelência do exercício de enfermagem exige cada vez mais uma prática diferenciada, que dentro da complexidade permite a prestação de cuidados crescentes da saúde do doente/família e comunidade. Os alicerces desta construção, só se tornam consolidados e/ou sustentados quando a mudança de atitude mobiliza os conhecimentos para uma prática mais eficiente e segura, resultando em ganhos em saúde.

O contexto clínico proporciona vivências de grande reflexão crítica sobre as experiências adquiridas, representam aprendizagens que promovem a observação, o conhecimento e o saber. Esta mobilização de Saber- Ser, Saber- Aprender e Saber-Fazer, *“permite a interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho”* (Dias, 2004). Neste sentido, e tendo em consideração as recomendações da Academia e da Ordem dos Enfermeiros (OE) optou-se pela realização de estágio I na Urgência Geral Polivalente do Hospital X, num período

compreendido de 1/09/2020 a 21/10/2020. Este hospital encontra-se integrado no Centro Hospitalar X, caracteriza-se por ser um serviço diferenciado e de referência a nível nacional, em que o nível de conhecimento depreende-se elevado, para dar resposta às situações de grande complexidade, de forma rápida e eficaz, com o objetivo de colmatar as necessidades vividas pelo doente/ família e comunidade, ou pelo menos encaminhar para unidades especializadas, após uma abordagem primária e inicial. Muitos destes serviços, onde o doente crítico é alocado secundariamente, face à gravidade da sua condição clínica é nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Para dar continuidade a esta caminhada no contexto clínico, em aprofundar conhecimentos, desenvolver capacidades e adquirir competências, torna-se de todo pertinente, a realização de estágio numa unidade de Cuidados Intensivos. Surge a oportunidade de efetuar o estágio II num Hospital Privado de Lisboa, numa UCI, no período compreendido de 28/10/2020 a 15/11/2020. A referida UCI apesar da sua cultura organizacional ser de cariz privado, é um local de eleição para a prestação de cuidados à PSC e ou falência multiorgânica associada a diversas patologias. A exploração e análise das diversas atividades constatadas no contexto clínico, geraram e clarificaram no enfermeiro uma perspetiva conceptual dos cuidados que pratica, de forma a capacitar para uma prestação de cuidados de excelência, assegurando a resposta mais adequada às necessidades, à luz do paradigma a nível do ensino e da aprendizagem (Santos, 2003).

Deste modo, o processo de aprender a aprender e de mudar na prática pela autocrítica e consciência da tomada de decisão, desenvolvem-se pela reflexão estruturada da análise consciente, dinâmica, persistente e cuidadosa, através da análise descritiva das situações (Kim, 1999). Permitindo, a construção de uma nova perspetiva de conduta futura, com conhecimento científico e competências especializadas. Segundo a OE *“os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”* (2019, p.4744), o que garante maior objetividade a todos os processos intrínsecos e valorização da díade teoria-prática, bem como a construção de um processo sistemático e racional

do conhecimento, através da investigação. Este último é um elemento particular de domínio de conhecimentos que interessa ao enfermeiro e o motiva a fazer pesquisa na área (Ferreira, 2013). O interesse em estudar determinado tema, vem no seguimento das metas e orientações desenvolvidas pelo plano de estudos da academia e pelas competências de mestre descritas no art.º 15 Dec. Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto, onde se apresenta o Mestre como aquele que apresenta e demonstra conhecimentos, capacidade de refletir e agir de acordo com as suas responsabilidades éticas e sociais, desenvolve investigação e que é capaz de desenvolver capacidade de aprendizagem ao longo da vida.

Neste sentido, a temática abordada e que serviu de fio condutor para o desenvolvimento de competências ao longo deste percurso, foi o estudo acerca das *Intervenções da equipa de Enfermagem no Processo de Doação de Órgãos*. Este tema surgiu, com base na motivação e interesse pessoal, bem como pela necessidade de ampliar o leque de conhecimentos, uma vez que a sua abordagem constitui uma estratégia para o desenvolvimento de cuidados especializados de enfermagem, cujas ações são de uma dimensão complexa e que necessitam de competências especializadas e acrescidas. Convém destacar a importância que a enfermagem apresenta nos cuidados relacionados à manutenção da saúde e numa perspetiva de cura e de manutenção do ciclo vital dos doentes, todavia nem sempre este foco é possível, e o enfermeiro depara-se com a realidade da morte, pelo que cabe a necessidade de cuidar do doente no percurso final de vida, e demonstrar nas suas intervenções uma mensagem de conforto e alívio à família (Araújo, 2017). Concomitantemente, ao longo deste processo existe a necessidade de esclarecer o conceito de morte cerebral (MC), com o intuito de atender às necessidades quer pelos profissionais, quer pelos familiares, uma vez que na sociedade atual ainda é difícil de ser abordado por questões filosóficas, religiosas, sociais e emocionais (Garcia, 2015). É importante ressaltar a capacitação e compreensão de todo o processo que se desenrola em torno de um potencial dador de órgãos (PDO), desde a manutenção e viabilidade do corpo, ao acolhimento e esclarecimento dos familiares, no sentido de facilitar a decisão e desmistificar medos que os permeiam num momento de luto e dor. A decisão de consentir é direcionada por um ato moral, que determina a ação de salvar a vida de outras pessoas (Castro, 2018). Castro (2018, p.187) cita que “a preocupação com o outro, que diante do momento de dor,

permitiu-se perceber que a dor do outro é maior que a sua, consentido com a doação para amenizar e melhorar a qualidade de vida de alguém". Mesmo perante, todos os dilemas éticos que intrinsecamente possam sobressair desta conduta, salienta-se o ato de amor e solidariedade social, ao abrigo do princípio ético da autonomia (Barcelos, 2009) e que irá beneficiar o doente cuja terapêutica disponível é o transplante, com este gesto de solidariedade e compaixão. Pelo que a doação de órgãos se traduz num processo de grande complexidade e amplitude, onde envolve necessariamente o contributo de uma equipa multidisciplinar empenhada e com conhecimentos técnico-científicos, no qual o enfermeiro tem um papel crucial nesta modalidade terapêutica.

Este percurso de construção de conhecimentos e aquisição de habilidades, corrobora a necessidade de existir uma relação estreita entre a teoria e a prática e investigação (Ribeiro, 2018 citando McEwen, 2016^a). Segundo este autor, a sustentabilidade teórica é fundamental para o processo de enfermagem, uma vez que centrar as intervenções de enfermagem em fundamentos teóricos, vai permitir uma melhoria nos cuidados de enfermagem. A contextualização teórica torna-se o alicerce da prática, com base em pressupostos científicos e filosóficos de cada teórico (Zarzycka et al., 2013). Ribeiro (2018, p:42 e 47)), cita "nenhum cuidado de enfermagem pode existir sem um referencial teórico... a sua consolidação permitirá uma prática sustentada e sistematizada". Neste sentido, houve a necessidade de escolher um referencial teórico que norteou o pensamento e julgamento crítico da temática escolhida, bem com refletir o desenvolvimento de competências, assentes na perspetiva dos cuidados prestados à PSC. Recorreu-se a duas teorias de médio alcance, sendo elas a Teoria das Necessidades Básicas de Virgínia Henderson diretamente relacionada com a manutenção dos órgãos, numa perspetiva de que a enfermagem assiste o ser humano no atendimento das suas necessidades que favorecem a saúde ou a recuperação ou uma morte tranquila; e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, em que o conceito central da transição compreende os processos de mudança que implicam necessidade de ajustamento e /ou adaptação, pelo que o papel ativo dos enfermeiros no PDO é o de ajudar a família a adaptar-se à nova condição ou estado. Uma vez que o inesperado gera sentimentos de dor, raiva e angústia, segundo Meleis (2011). Relativamente ao percurso de aquisição de competências, optou-se pelo testemunho do Modelo de Iniciado a Perito de

Patrícia Benner (2001), dado que responde às exigências da sociedade e à missão da profissão – satisfação dos cuidados ao doente, família e comunidade.

A formação em todas as profissões, é um bem essencial, uma vez que permite aprofundar e demonstrar conhecimentos, a sua visibilidade só é possível quando exposta, em que o intuito de descrever, analisar criticamente o desenvolvimento de competências é uma mais valia, não só pelo crescimento pessoal, como pela continuidade de cuidados de excelência para uma prática em Enfermagem especializada. Pelo que existe uma necessidade crescente da enfermagem se diferenciar, de se especializar com a finalidade de integrar a teoria na prática e vice-versa, realçando o papel do enfermeiro especialista (EE) que corrobora a qualidade dos cuidados e segurança dos cuidados de saúde. Pelo que o EE deve ser detentor de competências especializadas, que segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) é *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...) orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744).

Face à evolução e aos diferentes desafios nos cuidados de saúde, gera uma sistematização de diferentes especialidades, com competências representativas, mas que comumente partilhem um conjunto de competências comuns. Salienta-se neste relatório, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (4 domínios: a) a responsabilidade profissional, legal e ética; b) a melhoria contínua da qualidade; c) a gestão de cuidados; d) e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019)), e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (a) cuida da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Estes princípios foram fundamentais para delinear os objetivos na área de aprofundamento, aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências especializadas ao longo do estágio final. Assim definiu-se como objetivos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica e família em contexto de urgência/ emergência, em particular ao doente vítima de trauma e/ ou vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica e família em contexto de cuidados Intensivos, em particular ao doente em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), tendo em conta a metodologia científica do Processo de Enfermagem e no domínio da segurança do doente.

Salienta-se que estes objetivos foram estrategicamente delineados, primeiro que pudessem ir ao encontro da temática abordada e segundo pela impossibilidade de abarcar em pouco tempo todas as competências que um enfermeiro nestas unidades de saúde requerem para o seu excelente desempenho e profissionalismo.

Importa destacar, que o percurso formativo descrito e analisado neste relatório, assenta em conceitos que contextualizam melhor a redação do corpo teórico, tal como o conceito de Pessoa. Segundo os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, Pessoa “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna uma pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...) influenciada pelo ambiente (...) na procura incessante do equilíbrio e da harmonia (...) ou é o centro de processos não intencionais (...) que influenciam o bem-estar e conforto físico...” (OE, 2001).

Estruturalmente este relatório está dividido em dois capítulos. Na presente introdução é contextualizado o tema, a pertinência para o desenvolvimento de uma prática mais especializada, são identificados os objetivos e a estrutura do trabalho. O primeiro capítulo, destina-se a um enquadramento temático, com uma revisão de literatura e as implicações éticas e deontológicas sobre o tema:

Intervenções da equipa de Enfermagem no Processo de Doação de órgãos. O segundo capítulo subdivide-se pelos locais de estágio, onde visa contemplar a descrição e análise reflexiva do desenvolvimento de competências e atividades desenvolvidas, adquiridas ao longo do percurso formativo, no sentido de elucidar e facilitar a sua leitura e interpretação. Por último as considerações finais, em jeito de conclusão, onde se espelha algumas implicações práticas e limitações do percurso efetuado, bem como considerações sobre a aquisição e desenvolvimentos de competências e a sua operacionalização no futuro da prática profissional.

A redação deste relatório cumpre as diretrizes para a realização de citações em texto e referências bibliográficas, criadas pela American Psychological Association (APA) – 7º edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo, destina-se à revisão de literatura realizada com o tema: Intervenções da equipa de Enfermagem no Processo de Doação de Órgãos, determinando o atual estado de arte, bem com se definem alguns conceitos e intervenções especializadas de enfermagem, tornando-se geradoras de entendimento e aplicabilidade de competências ao longo do contexto clínico.

1.1. Estado de Arte

Este tema surgiu, com base na motivação e interesse pessoal, na necessidade de ampliar o leque de conhecimentos, uma vez que a sua abordagem constitui uma estratégia para o desenvolvimento de cuidados especializados de enfermagem, cujas ações são de uma dimensão complexa e que necessitam de competências especializadas e acrescidas. O profissional de enfermagem foi educado para manutenção da vida, promover a saúde e prevenir a doença, mas por vezes vê-se confrontado com a morte, processo difícil de gerir e requer habilidade e competência pelo enfermeiro, no sentido de gerir as suas próprias emoções, bem como lidar com a família no processo de perda e luto.

Magalhães et al. (2018) cita que *“o cuidado tem a sua origem no desejo de perpetuar a vida. É um valor, bem social, produto de um sistema organizacional de cuidados, com múltiplas interações humanas estabelecidas entre o enfermeiro e os pacientes, suas famílias, bem como os demais profissionais da equipe de saúde e da gestão dos serviços, para cuidar do ser humano no seu processo saúde-doença, bem como na sua morte”*. Embora a prestação de cuidados de saúde diga respeito à preservação da vida, os enfermeiros em unidades críticas ou de agudos, paradoxalmente, também são responsáveis por identificar potenciais órgãos para corrigir o desequilíbrio que existe entre a procura e a oferta de órgãos, doadores e

assim avaliar a seu potencial, manter clinicamente estáveis as funções dos órgãos (Douville et al., 2014).

Entende-se por Dador “*qualquer fonte humana, viva ou morta, de órgãos, tecidos e células de origem humana*” (Lei n.º 12/93, de 22 de Abril); e por Órgão “*uma parte diferenciada do corpo humano, constituída por vários tecidos, que mantém, de modo significativamente autónomo, a sua estrutura, vascularização e capacidade de desenvolver funções fisiológicas, incluindo as partes do órgãos que tenham como função serem utilizadas para servir o mesmo objetivo que o órgão inteiro no corpo humano, mantendo as condições de estrutura e vascularização*” e por Colheita “*processo por meio do qual os órgãos doados são disponibilizados*” (DL n.º 168/2015, 21 de Agosto, p:6236).

A doação de órgãos traduz-se num processo de grande complexidade e amplitude, onde envolve necessariamente o contributo de uma equipa multidisciplinar empenhada e com conhecimentos técnico-científicos, da qual o enfermeiro faz parte e cujo papel é essencial nesta modalidade terapêutica.

O desenvolvimento das políticas de saúde relacionadas com a doação de órgãos e transplantação tem sucesso quando a responsabilidade passa pelos líderes governamentais que criam políticas e decretam a legislação (OMS, 2010). Conta com a participação da população e das equipas multidisciplinares numa dimensão altamente especializada para que os resultados sejam bem sucedidos (Urden, Stacy e Lough, 2008).

As intervenções de enfermagem são cruciais, desde a identificação de doentes com suspeita de morte cerebral (coma irreversível, não reativo e apercetivo), orientação e coordenação com a equipa multidisciplinar sobre a necessidade de informar e esclarecer os familiares do possível doador, com objetivo de maior aceitação dessa condição, bem como compreender e aceitar que a pessoa faleceu (Moraes et al., 2015).

O ser humano é movido por objetivos, e o enfermeiro é um ser humano, entre a razão e coração deixa-se levar pela sua maior pertença – Ajudar a Cuidar. A doação

de órgãos escapa aos limites da vida e da morte, numa dimensão primordial entre a relação do homem com o mundo. Não se pode somente centralizar na tríade de obrigações de “dar, receber e retribuir” da famosa fórmula de Marcel Mauss, para dar conta do ritual de doação nas sociedades arcaicas, mas sim é necessário caracterizá-la de forma precisa, ordenada e conscienciosa, daí a complexidade de todo o processo envolvente deste ato. Desde a identificação do potencial dador, o diagnóstico de morte, exame de consentimento informado, coordenação com o centro de transplante, cirurgia para remoção e informação, acolhimento às famílias durante todo este processo (National Board of Welfare & Saúde, 2019^a).

O processo de doação de órgãos e tecidos tem sido considerado como um dos avanços mais significativos da medicina moderna e com um impulso mundial no sentido da sua crescente utilidade (Martinez et al., 2015), uma vez que o seu grande objetivo visa salvar a vida de todos os doentes que cujo único e último tratamento terapêutico passa pela transplantação de um órgão vital à sua sobrevivida, tal como cita Jawonily et al. (2015) “ *tissue and organ transplatation remains a well-established and highly regarded therapeutic procedure*”¹.

Nesta perspetiva, tem sido objeto de atenção por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, uma vez que estes são o que maioritariamente passam mais tempo com os doentes, marcando autonomamente a premissa do Cuidar, que espelha a sua função primordial. Tal como cita Henderson (2007, p:3) “ *a função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários (...) como membro de uma equipa médica, a enfermeira ajuda (...) a planear e executar o plano global, quer ele seja para a melhoria da saúde, quer para a recuperação da doença, quer para o apoio à morte*”.

¹O transplante de tecidos e órgãos continua a ser um procedimento terapêutico bem estabelecido e altamente considerado”.

Pelo que, no campo do conhecimento, crescimento da evidência vários estudos começam a refletir a dimensão subjetiva, vivencial, maior percepção e simbolismo, com significado e experiências que marcam mudanças no comportamento dos profissionais de saúde, em todo o processo de doação de órgãos (Martinez et al., 2015).

É um processo de grande complexidade, de ajuste profissional e pessoal. Uma vez que os enfermeiros foram formados para promover a saúde, prevenir a doença, maximizar a recuperação. Lidar com a morte, é um ato mais penoso. Segundo Praxedes et al. (2018), a vivência dos enfermeiros no processo de morte, implica uma preparação teórica sustentada, e uma prática baseada na aquisição de competências e perícia que permitam aos enfermeiros tornarem-se mais aptos na prestação do cuidado mais humanizado, incluindo o desfecho do ciclo de vida – a morte.

A visão de enfermagem como profissão cuidadora sempre esteve presente no cotidiano de seus profissionais, o que é fundamental para adquirir conhecimentos e habilidades, tendo o cuidado terapêutico como o foco do seu trabalho. Cuidado terapêutico, é aquele que é realizado com o objetivo de intervir na saúde da pessoa doente auxiliando-a no caminho da sua melhoria, ou então nos cuidados à sua morte requerendo habilidades e conhecimentos específicos do profissional de enfermagem. Estudos apontam o cuidado como essência do trabalho de enfermagem ou uma das finalidades do seu processo de trabalho (Schoeller, et al., 2011). Embora a prestação de cuidados de saúde diga respeito à preservação da vida os enfermeiros em unidades críticas ou de agudos, paradoxalmente, também são responsáveis por identificar potenciais doadores de órgãos para corrigir o desequilíbrio que existe entre a procura e a oferta de órgãos, doadores e assim avaliar a seu potencial, manter clinicamente estáveis as funções dos órgãos (Douville et al., 2014).

Para garantir o sucesso do mesmo, destaca-se ao longo dos diversos trabalhos pesquisados a necessidade da criação pelas unidades de saúde e instituições a criação de procedimentos e ou protocolos que viabilizem este ato. Genericamente, este envolve identificar e avaliar o potencial dador, com análise detalhada dos antecedentes clínicos de modo a anular qualquer risco para o possível recetor

(transplante). A identificação de dadores, a elegibilidade e obstáculos identificados podem aumentar as taxas de doação (Loughery et al., 2018).

As intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos, visam a assistência adequada à manutenção da integridade dos órgãos, após a identificação, diagnóstico de MC, manutenção dos sinais vitais do potencial dador e alterações fisiológicas de MC, exame de consentimento informado, abordagem familiar, comunicação de más notícias, contribuindo para a diminuição da angústia da perda do ente querido e efetivação e coordenação com o centro de transplante (Moreira et al., 2016; Silva et al., 2016; Araújo et al., 2017; Carvalho et al., 2018; Simonsson et al., 2019; Vlaisavljevic et al., 2020; Figueiredo et al., 2020).

1.1.1. Identificação, diagnóstico de MC

Segundo Moreira et al. (2016), não é função do enfermeiro declarar um doente com ME, contudo é ímpar, e de extrema importância o seu contributo, uma vez que reúne todas as condições de diagnosticar a ME, face ao seu conhecimento e desenvolvimento de competências, na prestação de cuidados à manutenção dos órgãos e coordenação para a doação. Cita que *“(...) o enfermeiro tem um papel importante na prestação de uma assistência adequada junto à equipe multiprofissional, incentivando, ensinando e atualizando os profissionais que lidam o paciente em morte encefálica, que deve ser visto como um potencial doador”* (Moreira et al., 2016, p.37).

O avanço da ciência, da medicina veio introduzir novos conceitos de MC, uma vez que a atividade cerebral define a vida e a morte do doente, pautando-se em critérios de morte cerebral (Silva et al., 2016). Segundo a Ordem dos Médicos (1994) para se declarar MC, em Portugal é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

“1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;

2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;

3) *Ausência de respiração espontânea;*

4) *Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.*

A verificação da morte cerebral requer:

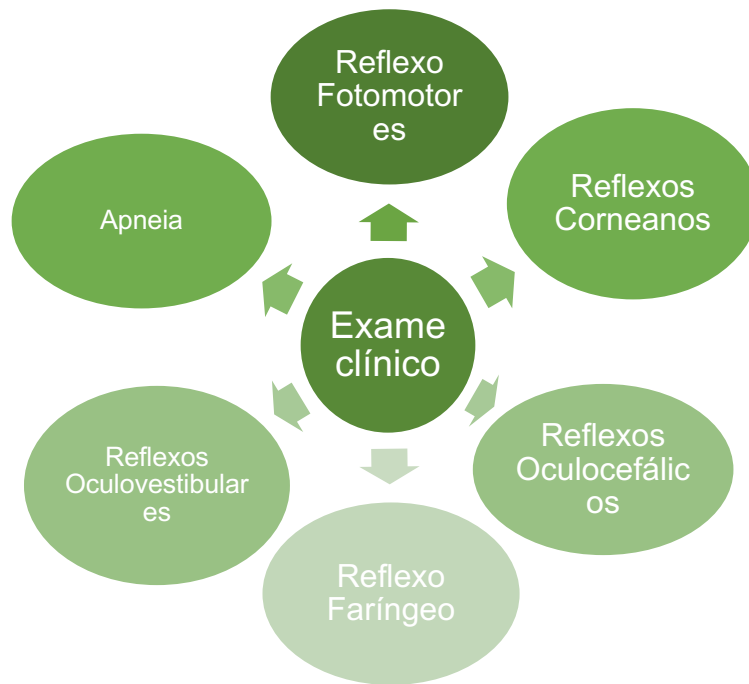
1) *Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade;*

2) *Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;*

3) *A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);*

4) *Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado”.*

A MC é uma situação clínica irremediável e irreversível da lesão nervosa, significando a morte clínica, legal e social. Num potencial dador, a avaliação clínica incide através da avaliação do estado de coma profundo, com recurso á Escala de Coma de Glasgow (GSC), com score < 5 (Anexo I) ou através da classificação Full Outline of UnResponsiveness-score (FOUR) < 5 (Anexo II), bem como dos seguintes dados clínicos, exposto no diagrama a seguinte:



Vários estudos, apontam que a grande maioria dos doentes em MC, deve-se a causas como: Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) e Lesão Hipóxico-Isquêmica, que no doente se podem traduzir numa condição irreversível das funções respiratórias, circulatórias e cessação de todas as funções do encéfalo e tronco encefálico. A salientar que paralelamente ao exame clínico, o diagnóstico de MC também é confirmado por Exames Complementares de Diagnóstico, tais como a Angiografia Cerebral, Eletroencefalograma e Tomografia Axial Computorizada (TAC). Estes exames preferencialmente devem ser realizados entre o primeiro e segundo exame clínico, com a finalidade de determinar ou não a ausência de irrigação sanguínea no encéfalo, ausência de atividade metabólica e inatividade elétrica (Costa et al., 2016; IPST, 2016).

Face à complexidade do estado de MC, é fundamental uma exigência superior dos cuidados de enfermagem, no sentido de evitar possíveis complicações, tais como: disfunção cardíaca, disritmias, coagulopatia e poliúria induzida pela hipotermia, que possam posteriormente inviabilizar a doação e respetivamente o transplante. Vários autores defendem, à luz do *Modelo de Iniciado a perito* de Patrícia Benner (1982) que todo este processo deve ser conduzido por enfermeiros com experiência, quer em tempo profissional, quer em competências e habilidades, com compreensão

global e percepção intuitiva de todas as fases que compõem este processo (Silva et al., 2016; Simonsson et al., 2019). Tal como cita Silva et al. (2016, p.43) (...) é da inteira responsabilidade da equipe de enfermagem realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador “(...) o enfermeiro possua conhecimentos a respeito das repercussões fisiopatológicas próprias da MC, da monitorização hemodinâmica e repercussões hemodinâmicas, oriundas da reposição volêmica e administração de drogas vasoativas (...) deverá realizar um controle hídrico rigoroso e eficiente (...) manutenção da temperatura corporal (...) e dosagens seriadas de glicose sanguínea”.

Pelo que o Processo de Enfermagem (PE) é essencial neste contexto, sendo uma metodologia que indica um trabalho profissional específico, com orientação de um conjunto de ações dinâmicas e interrelacionadas para a sua execução, sempre assentes num sistema de valores e crenças morais do conhecimento, técnico-científico e destreza física e psíquica na área de intervenção (Barreto et al., 2020) A implementação do PE visa ajudar a determinar o fenómeno observado e o seu significado, a concretização ou alternativas a esse fenómeno com vista a obter um determinado resultado (Santos et al., 2017). Muito embora, face à dificuldade de definir o PE neste contexto, Henderson (2006) propõem que o PE seja “*um processo analítico...que seja usado por todos os que prestam cuidados de saúde*” (citado por Nicely & Delário, 2011). Deste modo, os cuidados na manutenção ao doente em morte encefálica, segundo vários estudos resultam na aplicabilidade de Diagnósticos de Enfermagem (DE) cuja sua prevalência incide mais sobre as alterações fisiológicas: “*Hipotermia, Risco de volume de líquidos deficiente, Risco para débito cardíaco diminuído, Débito cardíaco diminuído, Troca de gases prejudicada, Risco de glicémia instável, Risco de Hemorragia, Risco de Infeção e Capacidade adaptativa intracraniana diminuída*”. (Barreto et al., 2020, Mattia et al., 2014).

Diagnóstico de Enfermagem é : “*Um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um individuo, uma família, um grupo ou uma comunidade*”; segundo a classificação internacional (NANDA-I, 2018-2020), que quando explorado, verifica-se que não existe nenhum DE propriamente dito ou que englobe todos os parâmetros

complexos da MC, num só, que segundo Barreto (2020) dificulta a priorização no atendimento aos potenciais dadores de MC (Santos et al., 2017).

Face a esta dificuldade, surge o DE *Síndrome do equilíbrio fisiológico prejudicado*, a ser encaminhado e apreciado pela NANDA-I, incluindo o domínio e a classe, para publicação; cuja acurácia pode proporcionar a implementação de intervenções adequadas aos potenciais dadores de órgãos em MC, com possibilidade de proporcionar sistematização do cuidado, conseqüentemente obter melhores resultados e viabilidade dos órgãos para transplante (Santos et al., 2017). O cuidado de enfermagem, é mais eficaz, quando planeado, uma vez que *“um plano escrito força aqueles que o fazem a pensar nas necessidades individuais...qual a sequência a seguir na prestação dos cuidados”* (Henderson, 2007, p.:22). Perante o diagnóstico de MC a *“satisfação das necessidades básicas existem indiferentemente do diagnóstico, no entanto são modificadas de acordo com ele(...) em grande medida são afetados por certos sintomas ou síndromas como o coma, choque, hemorragia(...) todos estes fatores devem ser considerados na avaliação da enfermeira em relação às necessidades de ajuda do doente”* (Henderson, 2007, p.:10-11).

Tal como já foi mencionado anteriormente, a prática evidencia-se pelo auxílio de uma teoria cariz científico, e vice-versa. Por isso, segundo os autores Delário e Nicely (2011) referem a importância que a visionária Henderson demonstra pela sua vasta gama de atividades, através das 14 necessidades básicas, o suficiente para serem aplicadas no processo de doação de órgãos. Citam que *“Regardless of the acuity of the patient is brain dead and a candidate for organ donation, Henderson’s experiences, which she parlayed into a concept and theory for nursing, give us the scaffolding on which to build excellent care”*.²

Na Tabela I, faz-se uma breve síntese da aplicação do modelo teórico de Henderson, com as 14 necessidades básicas sob a gestão do processo de doação

² *“Independentemente da acuidade do paciente com morte cerebral e candidato à doação de órgãos, as experiências de Henderson, que ela transformou em um conceito e teoria para enfermagem, nos fornecem a estrutura sobre a qual construir um tratamento excelente”*.

de órgãos, contextualizado no metaparadigma de enfermagem – pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, tendo como referência os autores Delário e Nicely (2011).

NECESSIDADES BÁSICAS	GESTÃO DE DADORES DE ÓRGÃOS- DELÁRIO & NICELY (2011)	VIRGÍNIA HENDERSON (2007)
<p>Ajudar o doente a respirar</p>	<p><i>“Because of the physiological assault on the body from a severely injured brain, an imbalance in the body’s circulating blood volume, which should be rich with oxygen, can occur. An imbalance can compromise or destroy organ function, if oxygenation is insufficient”.</i></p>	<p><i>“(…) é responsabilidade da enfermeira selecionar a melhor (...) posição que permitam uma respiração normal, (...), devem estar preparadas para, em determinadas circunstâncias, introduzir cateteres, aspirar e fazer drenagem postural. A enfermeira deverá, sem dúvida, ser capaz de atuar com os aparelhos de ventilação” (p. 26-27).</i></p>
<p>Ajudar o doente a comer e a beber</p>	<p><i>“The critical hour between the initial injury and the determination of brain death requires a shrewd nurse who can suggest fluid and electrolyte infusions, along with possible blood product transfusion, to maintain organ function, and pharmacological interventions, such as administration of desmopressin acetate and mannitol, to prevent diabetes insipidus, third spacing, or volume depletion. Because of the catastrophic instability and increased metabolic rates due to stress in potential organ donors, liver glycogen stores are depleted” (...) Although most organ procurement organizations do not include nutritional supplementation in organ donor management, some evidence suggests that the potential organ donor would benefit from supplementation of dextrose, amino and fatty acids, and glutamine. For the potential organ donor, Henderson’s concept of assisting a client to “eat and drink adequately” is expanded to establishing and maintaining hydration and normovolemia to support adequate organ function.</i></p>	<p><i>“Os doentes em determinadas circunstâncias, necessitam de ser alimentados por entubação (...), é comum para a enfermeira administrar perfusões endovenosas com fins terapêuticos e de nutrição (...) as alterações estão dependentes das observações e registos da enfermeira” (p. 31-32).</i></p>
	<p><i>“When brain function is impaired, production of antidiuretic hormone often decreases and halts completely with</i></p>	<p><i>“ É importante que a enfermeira consiga avaliar a função de eliminação através do aspeto das</i></p>

<p>Ajudar o doente na eliminação</p>	<p><i>brain death. Kidneys are often highly sensitive to this injury and frequently respond by decreased urine output, diabetes insipidus, or other anomalies. Insightful nurses who are working with potential organ donors also understand that fluid overload is often an unfortunate side effect of trauma care—although it may not be evident for several hours—so the nurses will monitor multiple indicators (eg, arterial and/or central catheters) and suggest interventions to maintain stability.</i></p>	<p><i>excreções (...) ter conhecimento dos valores normais das excreções capacitam-nas a ler os dados laboratoriais de forma inteligente e interpretar as necessidades dos doentes em função dos mesmos (...) e fazer todo o possível para melhorar o ambiente (...) a pessoa impossibilitada de eliminar com privacidade (...) causar desconforto (...), pelo que é função da enfermeira reduzir estes problemas ao mínimo” p. 33-36).</i></p>
<p>Ajudar o doente a manter uma boa postura quando anda, se senta e se deita; e ajudá-lo a mudar de posição</p>	<p><i>“Neurological devastation precludes all voluntary movement. As one would with a comatose patient, the nurse ensures frequent repositioning of the patient to prevent skin breakdown, pulmonary infiltrates, and pneumonia”.</i></p>	<p><i>“A importância da mecânica corporal (...), a enfermeira deve conhecer os princípios de equilíbrio, alinhamento e posicionamento (...) nomeadamente em decúbito lateral, dorsal, ventral e na posição de sentado. (...) verificar que nenhum doente fique na mesma posição durante muito tempo (...), o doente incapacitado, inconsciente ou sedado, não é capaz de se mover. A prevenção de úlceras de decúbito, pela mudança frequente de posição e pela higiene é um critério comum de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente” p. 37-38.</i></p>
<p>Ajudar o doente a repousar e a dormir</p>	<p>Os autores incluem esta necessidade associada á anterior.</p>	<p><i>“Dado que o repouso e o sono estão parcialmente dependentes do relaxamento muscular, a enfermeira que conhece a mecânica corporal atrás mencionada tem, em princípio, competência para ajudar o doente a repousar e a dormir” p. 39.</i></p>
<p>Ajudar o doente a escolher a roupa</p>	<p><i>“In the case of brain- dead potential organ donors, the same respect for modesty and dignity are in order as with any other patient. Maintaining proper covering for the potential donor reminds others that the donor’s value as a human person is not lost to the circumstances leading to death. Nurses caring for potential donors must remain mindful that the donor in their care may have links to other living patients”.</i></p>	<p><i>“A enfermeira vê-se obrigada a escolher roupas (...) para todo aquele que é incapaz de o fazer (...), olhar para o vestuário como uma extensão da personalidade. A privação da roupa representa uma perda da liberdade. (...) Os fisiologistas têm investigado as características que tornam o vestuário protetor contra frio e o calor” p. 41-43.</i></p>
	<p><i>“Along with loss of voluntary nervous control, neurological devastation also</i></p>	<p><i>“As enfermeiras devem conhecer os princípios fisiológicos da produção e</i></p>

<p>Ajudar o doente a manter a temperatura do corpo num nível normal</p>	<p><i>compromises the hypothalamus, weakening the ability to regulate temperature. It is not uncommon for a brain-injured patient to experience body temperatures ranging from hypothermic to hyperthermic”.</i></p>	<p><i>da perda de calor e ser capazes de promover qualquer destes processos alterando a temperatura, a humidade e o movimento do ar (...). A exposição prolongada ao ar livre pode ser prejudicial. As enfermeiras devem estar informadas sobre as medidas para proteger os olhos e a pele, da luz solar, ou extremidades, do frio, (...) no sentido de manter a temperatura do doente dentro dos limites normais” p. 43-44.</i></p>
<p>Ajudar o doente a manter o corpo limpo, com bom aspeto e a proteger os tegumentos</p>	<p><i>“Protection of the skin and basic cleanliness are 2 activities that provide opportunities for nurses to interact with patients in a very caring and nurturing manner. While respecting the patient’s privacy and dignity, the act of bathing the patient and providing skin protection, as well as the physical motion, can be an extension of the care the nurse is providing. The goal for brain-dead patients is not recovery, but the caring measures provided by the nurse send important messages to the patient’s family about the scope of the care being given. A enfermeira pode querer estimular a família a participar desse tipo de cuidado”.</i></p>	<p><i>“A higiene (...) pode ser discutida sob dois pontos de vista: o valor psicológico e o seu valor fisiológico. O banho na cama era ponto fulcral (...) era também durante a higiene que tinham a atenção total da enfermeira (...) deixar o doente com boa aparência e confortável (...) esta atividade é essencial para a função normal do corpo (...) de doentes em estado crítico em que a “enfermeira profissional” presta a totalidade dos cuidados” p. 45-51.</i></p>
<p>Ajudar o doente a evitar perigos no ambiente e proteger outros, de perigos potenciais, causados por ele, tais como infeções ou violência</p>	<p><i>“(...) but nurses are also responsible for protecting the emotional environment surrounding organ donation, both for the potential donor’s family and for the hospital staff working with the patient. Brain death often complicates the situation, because the dead person’s physiological functions are maintained by mechanical ventilation and administration of intravenous fluids, vasopressors, and other medications, and vital signs are routinely monitored. (...) it can also be challenging for nurses to reconcile the visible with the invisible. Nurses may need to review the fact that without the ventilator there would be no breathing and may need to allow the patient’s family to be present during apnea testing. The nurse may need to review the legal and ethical definitions of</i></p>	<p><i>“Quanto melhor a enfermeira conhecer os perigos reais (...) mais probabilidade tem de afastar ou controlar o perigo (...) ajudar os doentes a proteger-se contra traumatismos (...), de perigos físicos (...), de químicos tóxicos; de animais ou insetos nocivos; e de micro-organismos patogénicos, sempre presentes no ambiente. (...) as enfermeiras devem compreender e conhecer os métodos de controlo as infeções (...) proporcionar a proteção máxima. O pessoal de enfermagem é que está mais tempo junto dos doentes e é na sua observação que se baseiam as prescrições de proteções restritivas ou de vigilância constante” p. 51-54.</i></p>

	<p><i>brain death and review the criteria under which brain death is determined. If a patient's family perceives uncertainty from the nurse, they may be hesitant to trust a brain death declaration, which may adversely affect organ donation".</i></p>	
<p>Ajudar o doente a comunicar com outros expressando as suas necessidades e sentimentos</p>	<p><i>"(...) communication is appropriate until death is determined. Once death has been determined, however, it is important that the nurse cease any verbal communication directed toward the patient. Speaking directly to the patient could send a confusing message to the family. Spending additional time with families, explaining brain death and allowing them to ask questions, will enhance their experience at the end of life. Organ donation nurses must call upon their skills to actively listen, probe, and provide concise, honest answers. (...) When a patient is declared brain dead, health care professionals commonly use terminology such as "brain-dead" rather than "dead" and "life-support" when referring to the ventilator. These terms can be confusing to the patient's family. Using the term "dead" sends a more definitive message to the family that their loved one is, in fact, dead. (...) It can aid in the healing of the donor family by offering some solace or comfort in their grief by looking at donation as a way to bring meaning to the death of their loved one, (...) nurses must do so with great finesse so as not to undermine individual belief systems or values".</i></p>	<p><i>"(...) as enfermeiras ajudam as pessoas que cuidam numa função tão complexa, tão individual e tão ligada à personalidade como é a comunicação. As enfermeiras são inevitavelmente intérpretes e na medida em que fomentam relações (...) para o doente, promovem o seu completo bem-estar (...). A separação da família e amigos e o medo de alteração nas relações são responsáveis por grande parte do sofrimento (...). Quanto mais compreensiva for a enfermeira, tanto mais ganha a confiança (...) da família. Aceitar o papel de intérprete-comunicador, acolherão com prazer as oportunidades de estar com o doente, de conhecer os que com ele se relacionam, ouvi-los e falar-lhes" p. 54-57.</i></p>
<p>Ajudar o doente nas suas práticas religiosas ou agir de acordo com o seu conceito certo e errado</p>	<p><i>"Patients and patients' families may have different beliefs, which nurses must respect. In the case of an organ donor, clergy may be called in to support the family. When considering donation, the family may look to a faith leader for answers. Nurses may find opportunities not only to communicate information to the clergy, but perhaps also to facilitate worship or end-of-life rituals for the family at the bedside to outwardly express their grief".</i></p>	<p><i>"Faz parte do código deontológico dos profissionais de saúde, servir o doente, sem olhar à raça, credo ou cor.(...) respeitar as necessidades espirituais do doente (...), tomar possível que ele receba os sacramentos que fazem parte da sua vida religiosa (...), quanto maior for o desenvolvimento espiritual e quanto maior for a sua tolerância às diferentes religiões, melhor será a sua prestação de cuidados aos doentes" p. 57-59.</i></p>

<p>Ajudar o doente no trabalho ou ocupação produtiva</p>	<p>Os autores não fazem menção desta necessidade básica, pela complexidade da própria temática.</p>	<p>“É difícil de conceber um dia em que nada tenha sido feito, a não ser que o indivíduo esteja em coma” p. 59-60.</p>
<p>Ajudar o doente nas atividades de recreação</p>	<p><i>“Play and recreation will no longer apply to the organ donor, but remain important for the family and for the health care team. Nurses may need to remind patients families of the need to take care of themselves. nurses must also recognize the need for their own care. As a consequence of stress relating to caring for suffering patients and their families, caregivers going outside, walking around, or by just experiencing their heartache. nurses may need to remind patients families of the need to take care of themselves. nurses must also recognize the need for their own care. As a consequence of stress relating to caring for suffering patients and their families, caregivers can experience compassion fatigue, a secondary traumatic stress disorder. The bedside nurse and donation coordinator may also find themselves susceptible to the same stress a caregiver experiences and may benefit from the interventions (talking a walk, hiking, biking, running)”.</i></p>	<p><i>“Muitas vezes a doença priva as suas vítimas de oportunidades de diversificar e restaurar as suas energias, de aliviar o seu sofrimento ou de se recriar. Contudo, a enfermeira (...) delicada e imaginativa, pode muitas vezes, ajudar os familiares e amigos dos doentes a satisfazer as suas necessidades de recreação” p. 62-65.</i></p>
<p>Ajudar o doente a aprender</p>	<p><i>“Again, the activity is no longer relevant for brain-dead patients; however, many families of donors may be encountering grief and bereavement for the first time. A mourning family begins at the bedside to transition the relationship with the decedent from one of presence to one of memory. The nurse may stay in contact with the family after the donation”.</i></p>	<p><i>“Ensinar é inerente a tudo o que a enfermeira faz (...), deve ter em consideração a importância do ensino (...) ao familiar, (...) aceitar o fim inevitável de modo que o doente pudesse ter tido que “morreu bem”” p. 68.</i></p>

Tabela 1- Síntese das necessidades básicas

Salienta-se que apesar de existirem necessidades básicas em que a sua aplicabilidade é mais difícil no potencial dador de órgãos, não obstante a sua funcionalidade na família e amigos, cujos os princípios de Henderson funcionam do mesmo modo. Efetivamente, este tipo de intervenção requer que o enfermeiro seja

competente e com conhecimento elevado sobre a MC, só assim consegue objetivar boas práticas de enfermagem e aplicar uma enfermagem avançada.

1.1.2. Consentimento Informado - Aspectos éticos e legais

Tal como já mencionado anteriormente, o enfermeiro desempenha um papel importante em colaboração com a equipa médica na identificação de possíveis dadores, bem como na determinação da morte, suportado pela sua formação técnica, legal e ética (Smith, 2015). Independentemente da circunstância da morte encefálica, a intervenção para dar início ao processo de doação, só pode ser realizada depois da pessoa em causa ter consentido livremente a sua vontade. Este critério difere muito de país para país e de continente para continente, todavia a livre vontade é apontada como o bem maior da pessoa. Face à vasta diversificação, neste trabalho opta-se por mencionar os critérios usados em Portugal, os quais estão bem clarificados e definidos na legislação e no guia para doação do Instituto Português de Sangue e Transplantação (IPST). Nos termos do artigo 15.º do DL n.º 244/94, de 26 de setembro, *“a colheita post mortem de órgãos só pode ser realizada após verificação da não oposição ou inexistência de restrições à dádiva, através da consulta do Registo Nacional de não Dadores (RENDA)”*.

Entende-se por consentimento, a permissão para a realização da atitude terapêutica, que em caso algum não pode violar a autonomia, nem a dignidade humana. *“Uma das razões fundamentais para a existência do consentimento informado é o respeito pela pessoa (...) um ser único, cuja dignidade passa por poder assumir a sua própria individualidade (...) associada ao conceito de autonomia, que neste âmbito não pode ser dissociada da capacidade de escolha e autodeterminação”* (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p. 3-7). *“A autonomia, é definida como a liberdade, o direito ou a capacidade de escolher por si mesmo, o direito de criar a própria posição moral, assumir a responsabilidade por seus atos”* (Ferreiro et al., 2019, p:818).

Em relação à temática abordada, sobre a doação de órgãos, existem princípios éticos a ter em consideração. O processo de doação de órgãos deve ter por base

o princípio da autonomia, isto é, o consentimento do dador, o qual pode ser em regime de *opting in system* (consentimento informado) ou *opting out system* (consentimento presumido). O primeiro legitima que o consentimento para a colheita e doação de órgãos *post mortem* tenha sido obtido em vida, em que a pessoa manifesta explicitamente a vontade de o fazer. O segundo o consentimento é obtido junto dos familiares, aos quais são atribuídos os direitos sobre o cadáver, isto na ausência de decisão em vida por parte do falecido. Caso contrário, exige a rejeição declarada e escrita pela pessoa em vida para a doação de órgãos *post mortem*, no registo nacional – RENNDA.

O RENNDA consiste num ficheiro informático, legalmente criado pela entidade do Ministério da Saúde para o registo de pessoas que não queiram ser dadoras após a sua morte (Anexo III). O seu objetivo é organizar e manter atualizada, a informação de todos os cidadãos inscritos, sejam cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal como não dadores (DL n.º 12/93 de 22 de abril). Os cidadãos que o fazem, devem fazer-se acompanhar de um cartão que lhes é atribuído aquando do registo. Como cita o autor Ferreiro *et al* (2019), “o consentimento informado é realizado em plena vida e é um gesto altruísta com profundo conteúdo social”. No processo de doação de órgãos, o dador é autónomo e livre de decidir se quer ou não doar, em caso de morte e de acordo com os princípios éticos, científicos bem estabelecidos (Anexo IV). Saliencia-se a intervenção da enfermagem neste contexto, uma vez o Código Deontológico que rege a profissão de enfermagem está expresso na Lei nº156/2015 de 16 de setembro (Diário da República, 1.ª série – N.º 181 - 16 de setembro de 2015, p. 8103), do dever de informação, no respeito pelo direito à autodeterminação, o profissional de enfermagem assume o dever de:

1. a) *“informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
2. b) *respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
3. c) *atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;*

4. d) *informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter*”.

Após a morte, a pessoa deixou de ter autonomia, prevalecendo o princípio da solidariedade através da conduta, ações e intervenção da sociedade. Uma aliança e comprometimento individual e coletivo da possibilidade de fazer o bem melhor pelo outro. *“Essa solidariedade aumenta diante do verdadeiro fato da morte encefálica”* (Ferreira et al., 2019, p. 818). Embora, em Portugal a lei não faça referência à intervenção da família no processo de doação em adultos, face ao sistema de consentimento presumido. Contudo, é prática comum e deontologicamente correto a equipa de saúde observar, ouvir a vontade expressa pela família, respeitando a sua decisão e muitas vezes não avançando com o processo de colheita.

Os princípios da bioética “abraçam” constantemente o processo de doação de órgãos, tal como já referido, uns precedem aos outros, pelo que o princípio da beneficência requer uma atuação positiva para ajudar os demais através de uma ação beneficiante em prol da dádiva, com equilíbrio e sem prejuízo ou danos para outros. Sensibilizar, informar e a responsabilidade profissional são condutas transversais a qualquer ato no cuidar. Tal como cita Ferreira et al. (2019, p. 818), *“a beneficência é aplicada porque ao aceitar que os órgãos sejam transplantados, eles serão úteis para os outros seres humanos”*. Pelo que não se pode dissociar o princípio da não-maleficência, uma vez que não se deve causar dano ou mal, antes preveni-lo garantindo a promoção do bem, tendo como foco o outro, o centro da sua própria ação, de acordo com os seus valores, crenças e princípios, integrando o código ético da convivência social. Pelo que, por um lado, não se deve causar dano desmedido aos dadores, e por outro, a colheita de órgãos deve ser executada em condições que garantam a qualidade dos órgãos a serem transplantados, não produzindo danos ou lesões ao recetor. *“O recetor, por sua vez tem um resultado benéfico. A justiça neste binômio dador-recetor está relacionada à distribuição adequada”* (Ferreira et al., 2019, p.818). Segundo os autores Victorino & Ventura (2017), a importância de compreender a não-maleficência como princípio básico moral, permite aos profissionais relacionar a prática de cuidados com os conflitos morais e gerir estratégias que advogam a obrigação de não causar danos

intencionais direta ou indiretamente numa esfera de vivência situacional, de respeito e compromisso para com o dador/ família e recetor.

Todo este percurso, não se pode dissociar do princípio da confidencialidade e da justiça. Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005), o princípio da justiça refere que todos os seres humanos devem ser tratados de forma justa e equitativa, atendendo aos seus princípios e respeitando a sua dignidade. Pelo que todas as pessoas podem beneficiar de um transplante de órgãos (Ferreira et al, 2019). Eticamente, deve-se promover a privacidade de todas as pessoas envolvidas, seja o dador, família ou recetor para transplante. Respeitar todas as informações, apenas somente usá-las para o propósito que foram recolhidas e consentidas.

Na Lei no156/2015 de 16 de setembro (Diário da República, 1.^a Série – N.º 181 - 16 de setembro de 2015, p.8103), do dever de sigilo, o profissional de enfermagem está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

- a) *“considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;*
- b) *partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutica, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;*
- c) *divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;*
- d) *manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.*

Segundo Henderson (2007, p.58), *“faz parte do código de ética dos enfermeiros considerar estritamente confidencial tudo o que o doente lhe diz”*, pelo que no processo de doação de órgãos deve-se atender à confidencialidade da identidade

do dador e resguardar todas as informações, salvo em benefício de situações potenciais e terapêuticas, mas sem prejuízo para terceiros.

1.1.3. Abordagem familiar - Comunicação de más notícias

O enfermeiro é o profissional de saúde que habitualmente mais se envolve com as emoções dos familiares, pois realiza junto dos mesmos o cuidado, acolhimento e esclarecimento perante momentos de decisão, bem como desmistifica medos perante os receios que os assombram (Magalhães, 2019). É prática comum, o enfermeiro apoiar, cuidar da família como parte integrante de todo o processo assistencial. Tal como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) referenciado por Areia et al. (2020) deve-se garantir que as necessidades dos familiares sejam satisfeitas pelos profissionais da saúde, garantindo o seu bem-estar ao respeitar a dignidade no processo de morte. O reconhecimento da fase final do fim de vida é difícil, mas necessário para o planeamento do cuidado, preparação do doente e da família perante a perda e a morte (Moreira et al., 2016). Mesmo depois da morte do ente querido, o enfermeiro deve dar atenção a todo o processo de luto familiar.

O processo de decisão não é linear, pelo que se deve envolver todos e partilhar as suas angústias, receios e medos, primeiro na vontade própria que o doente tinha em vida, e secundariamente na decisão familiar. Focalizando a sua unicidade, dado que cada membro tem o seu tempo e perceção acerca do desafio que se apresenta diante dos seus olhos. Como refere Castro et al. (2018) ao mencionar Nucci (2011), a família é vista e sentida como a célula-mãe da sociedade, promotora de um vínculo forte de afeto entre os membros que a constituem e de relações de afeto, intimidade e consanguinidade.

A família é o ponto chave no processo de doação de órgãos, dado que a sua intervenção pode fazer beneficiar muitas pessoas que necessitam de receber órgãos, sendo este o último método terapêutico que lhes pode salvar a vida (Castro et al., 2018). A coesão familiar fortalece e estabelece o apoio a todos os membros que nela coabitam, perante a presença de mecanismos de doença. O suporte é

feito através dos seus valores, crenças e princípios, dando-lhe o equilíbrio necessário para ultrapassar momentos de sofrimento, ou seja, perante o processo de doença e mesmo a possibilidade de morte iminente. No processo de doação de órgãos, nem sempre é possível estabelecer este equilíbrio, uma vez que a morte inesperada, impossibilita a família de realizar uma preparação psíquica e social que lhe possa garantir o suporte necessário para viver com a dor e a perda (Castro et al., 2018, Magalhães et al., 2019, Dicks et al., 2019).

Ao longo deste processo, é de extrema importância o papel do enfermeiro junto dos familiares dos dadores, no momento da comunicação por parte da equipa multidisciplinar do diagnóstico de MC. Daí que muitos estudos relatam a necessidade de uma comunicação efetiva, respeitosa e com clareza sobre a situação delicada que todos embarcam perante momentos de angústia e sofrimento. Henderson (2006, p. 21), cita que as *“enfermeiras ajudam as pessoas que cuidam numa função tão complexa, tão individual e tão ligada à personalidade como é a comunicação”*. Porque, antes de considerar a possibilidade de doação de órgãos, os membros da família devem aceitar que o seu familiar está em MC, e que todos os esforços para salvar a vida não foram bem sucedidos (Dicks et al., 2019).

O modo como os familiares de dadores falecidos são informados sobre a morte é fundamental para a discussão e tomada de decisão sobre a possível doação de órgãos para transplante. Comunicar a morte de um doente, é uma das ações mais difíceis que os profissionais de saúde têm que enfrentar, uma vez que está implícito um grande impacto psicológico nos familiares. Acompanha-se sempre de uma sobrecarga de sentimentos e comportamentos difíceis de aceitar a situação, a compreensão do conceito de morte, que nem sempre é compreendido (Santos et al, 2012). Pois, para as famílias é difícil perceber como é que pode ser dador, se ainda está com *“batimentos cardíacos e ligado ao ventilador”*, mesmo em MC. Estas situações, quando não devidamente justificados, geram conflitos interiores e podem mesmo criar esperança pelos membros da família, que se encontra envolvida num sentimento de tristeza. Este fato, dificulta a aceitação da morte.

A família é o elemento fundamental, e a transparência e evidência do processo de doação de órgãos somente, pode ocorrer quando a família é devidamente

informada e esclarecida sobre a gravidade da condição do doente. O apoio, a clareza do discurso, empatia e compaixão facilitam a compreensão dos familiares, mesmo que a sua vontade seja contrária à doação. A falta de esclarecimento pode gerar angústia, dor e desespero. O respeito e a postura ética, do profissional de saúde, perante o sofrimento é um dever essencial ao apoio prestado (Santos et al., 2019).

A falta de sensibilidade pode condicionar toda a entrevista. Deve ser monitorizado, o bem-estar das famílias e mesmo da própria equipa de saúde, a primeira pelo luto e a segunda pela incerteza ao fornecer apoio emocional ou mesmo gerir o seu próprio sofrimento, são situações que requerem tempo, e esse nestes momentos são escassos, em virtude, da necessidade de viabilizar o possível dador para doação. Estudos descrevem, a necessidade de equipas treinadas, coesas, pois reconhecem que há pouco tempo para explorarem a doação de órgãos com as famílias (Venkat et al., 2014).

Explanations provided should balance availability of information and family's ability to comprehend that information... Because sharing bad news at this time is delicate, training is necessary to assist healthcare professionals to respond to the family and manage their own stress. Knowledge of crisis intervention techniques would assist healthcare professionals to support family members and colleagues in ways that foster creativity and resilience”³ (Dicks et al., 2019, p.3).

A entrevista visa potenciar o entendimento dos familiares perante o significado de MC, identificar a vontade do falecido, esclarecer dúvidas sobre o processo de doação, bem como apoiar emocional e psicologicamente a família perante a perda e o luto. Sempre com base em princípios ético e legais que norteiam as práticas no processo de doação (Santos et al., 2012). O enfermeiro deve gerir este momento recorrendo a estratégias de comunicação eficazes, uma vez que a essência da enfermagem é o cuidado, o qual depende competência técnica, mas

³ “As explicações fornecidas devem equilibrar a disponibilidade de informações e a capacidade da família de compreender essas informações ... Porque compartilhar más notícias neste momento é delicado, o treino é necessário para ajudar os profissionais de saúde a responder à família e gerenciar seu próprio stress. O conhecimento das técnicas de intervenção em crises ajudaria os profissionais de saúde a apoiar os familiares e colegas de forma a promover a criatividade e a resiliência” (Dicks et al, 2019, p:3).

essencialmente da relação interpessoal que se estabelece com base nas habilidades de interação e comunicação (Polt et al., 2013). Dependendo dos seus valores, crenças, história de vida e contexto cultural, assim será o impacto da notícia sobre a família, pelo que a comunicação, o diálogo é uma componente vital e necessária para um cuidado humanizado. Uma vez que, toda a informação que possa afetar as expectativas e perspectivas da família podem destruir os seus sonhos e esperanças, provocando uma mudança significativamente negativa nas suas vidas (Borges et al., 2012).

A contextualização em que é feito deve ser num ambiente adequado, específico e dedicado a esse momento. O conforto proporcionado pelo local pode potenciar e identificar outros métodos estratégicos no momento da informação, tais como conferir tempo e espaço para a família expressar ou manifestar-se por meios de gestos, comportamentos ou mesmo o silêncio, os seus sentimentos, emoções, de modo assegurar um apoio emocional, espiritual, social e cognitivo contínuo.

Com assistência colhedora e profissionais habilitados, com conhecimentos específicos nesta área, forma-se assim uma tríade de sucesso, facilitando o diálogo com os familiares (Fonseca et al., 2016 & Santos et al., 2019). *“A linguagem caracteriza a relação do Ser com o mundo que o circunda, pois é aberta a possibilidade de interpretá-lo, o que lhe traz a dimensão ontológica”* (Fonseca et al, 2016, p. 70, citando Gadamer, 2008). A diferença faz-se pelo cuidado, o enfermeiro que atua neste processo, sabe que a entrevista provoca grande impacto, há que estabelecer um equilíbrio entre identificar a situação familiar perante a perda e dialogar sobre a possível doação. Um processo mal conduzido pode levar ao fracasso, diminuir a confiança e a relação com os membros da família, contrariamente ao bem sucedido, que ajuda a família encarar a perda e a dor, como pode contribuir para o desejo de doar. O fato de saberem que podem ajudar outras pessoas, cujo único recurso terapêutico é o transplante, serve de mecanismo de defesa para ultrapassar o sofrimento e a perda. A compreensão geral do luto torna-se assim cada vez mais complexa, situação que se reflete no contexto de doação de órgãos, no campo dos dilemas morais, construção de significado, vínculos contínuos e narrativos quando está interligado às vivências familiares (Dicks et al, 2018).

A contextualização em que é feito deve ser num ambiente adequado, específico e dedicado a esse momento. O conforto proporcionado pelo local pode potenciar e identificar outros métodos estratégicos no momento da informação, tais como conferir tempo e espaço para a família expressar ou manifestar-se por meios de gestos, comportamentos ou mesmo o silêncio, os seus sentimentos, emoções, de modo assegurar um apoio emocional, espiritual, social e cognitivo contínuo. Estudos permitem evidenciar que uma abordagem clara, objetiva, segura, simples e humanizada é fundamental na contextualização da doação, onde se reflete a autorização por parte dos familiares e que simultaneamente será o início de encarar todo o processo de perda/ luto (Santos et al., 2019).

A vivência do luto, deve ser encarada e incluída em todo este processo, facilitando o desenvolvimento de um modelo teórico abrangente neste contexto (Castro et al., 2018). Ao longo dos anos, vários são os autores que chegaram á conclusão que uma estrutura conceptual ajuda a facilitar e compreender melhor as experiências familiares de modo a orientar a interação hospitalar. Abordam que explicações integradas no decorrer do processo podem e devem contribuir para o desenvolvimento de uma teoria que engloba a perspetiva da família. Este movimento é considerado por Meleis (2000), como mudança, processo, resultado e ocorre tanto a nível pessoal, como a nível familiar, designando-se por “*transição*”.

A transição é assumida como uma passagem de um estado, condição ou lugar para o outro. A vida é marcada por uma sucessão de passagens únicas e de profundo carácter pessoal (Colliére., 2003, citado por Santos, Eduardo et al., 2015). A profissão de enfermagem contribui para o entendimento deste conceito, deste *paradigma da transformação*, uma vez que no seu quotidiano depara-se por transições da saúde-doença; doença-bem-estar que pode ou não incorporar a cronicidade e a finitude. De acordo com a teoria de Afaf Meleis, as pessoas experimentam fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para o outro, caracterizando esses momentos por instabilidade, que podem ou não ser precedidos de estabilidade. A enfermagem ao atuar nestes períodos desenvolve o cuidado transicional, assume um papel de escuta e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto (Meleis, 2010).

Sucintamente, e reportando á teoria de Meleis, identifica-se quatro tipo de transições: as de desenvolvimento (mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida), as situacionais (mudança de papéis nos diferentes contexto em que a Pessoa está inserida, onde se inclui o acrescento ou a perda de um membro da família), as transições de saúde-doença (alteração súbita de papel ou funções que resultam da alteração de um estado de saúde para uma doença aguda ou crónica, ou o contrário) e por último as organizacionais (resultantes do contexto ambiental em que a Pessoa está inserida, sendo influenciadas por fatores socioeconómicos, culturais e políticos) (Santos, 2015).

Tendo em conta esta autora e aos estudos relacionados, é fácil de concetualizar o processo de transição no foco dos cuidados de enfermagem perante o processo doação de órgãos e o luto das famílias sob a perda do ente querido. Uma vez que a compreensão de todo este processo, só é possível através da perceção do enfermeiro e da família. *“Dispor a ouvir o outro, aceitar e compreender as suas experiências e os significados que confere ao seu percurso...”* (Colliére, 2003) são essenciais na adoção de uma verdadeira relação de ajuda. Porque todas as transições desencadeiam mudança, em especial e neste caso às famílias, pelo que é fundamental identificar os efeitos, bem como os seus significados. O cuidado em enfermagem passa para além da morte, isto é, o processo de continuidade para com a família continua a existir, perante a necessidade de conforto perante o luto. Assim, segundo vários estudos há que explorar esses significados, segundo a sua natureza, temporalidade, gravidades, expetativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilibrados, que podem levar a alterações nas ideias, identidades, perceções, relações e rotinas. A morte, é um ponto crítico que exige ao enfermeiro especial atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para a Pessoa (Meleis, 2010).

Assim, e tendo em conta a teoria de Meleis, os indicadores do processo, tais como, a interação, clarificação, o ajuste de comportamentos às respostas e o estar situado vai possibilitar que a família se desprenda do seu passado e enfrente novos desafios. O enfermeiro ao desenvolver confiança e *coping*, está a desenvolver diferentes etapas de compreensão de todo o processo relativo à necessidade de

mudança, utilizando recursos e estratégias que permitam ganhar confiança com os membros da família e assim ajudar a lidar com a situação, de modo a alcançar, o processo de transição o mais saudável e humanizado possível (Meleis, 2010).

Seguindo a Teoria das transições de Meleis, uma teoria de médio alcance, apresenta-se na figura 1 e 2, os processos de transição vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos, desde o confronto da MC e a sua percepção da doação como dádiva para outras pessoas, como ato de solidariedade e altruísmo.

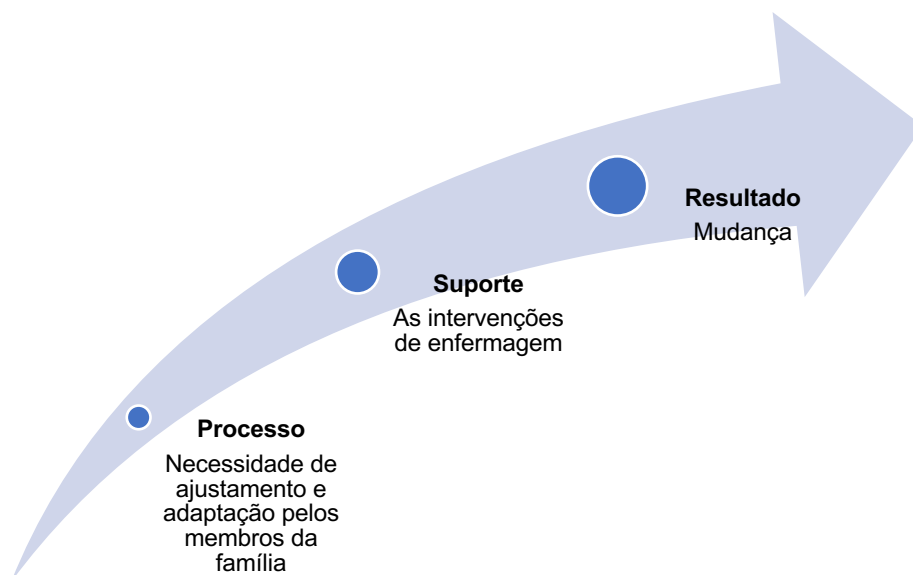


Figura 1: Teoria médio alcance, Meleis.

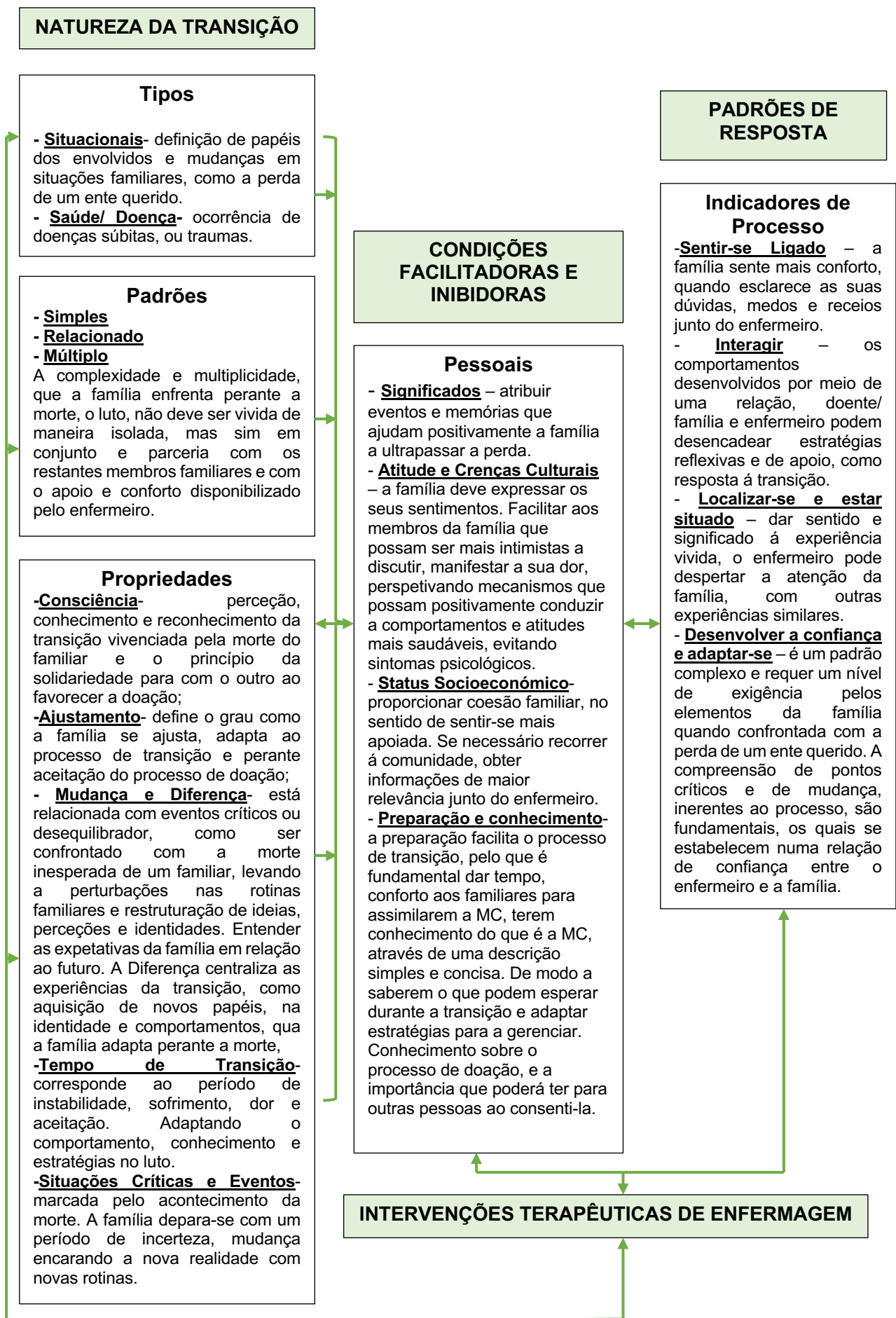


Figura 2: Processos de transição vivenciados pela família no processo de doação de órgãos.

1.1.4. Percepção e adaptação dos Enfermeiros

Em virtude da sua formação e educação, os enfermeiros perante estas situações, têm que estar preparados para lidarem com estas circunstâncias. É um processo complexo e multifacetado, onde envolve um elevado nível de responsabilidade (Simonsson, 2020). Muito embora, em todos os estudos abordados, haja unanimidade relativamente à dificuldade sentida no suporte de todo o processo que constitui a doação. Com mais ênfase, em lidar com a morte, uma vez que o enfermeiro foi formatado na sua grande ambivalência para o cuidar em “vida”, e menos acentuado para lidar com a “morte”. Todavia, o enfermeiro sabe que o doente crítico, pode ter a vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (Regulamento n.º 24/2011). Pelo que deve centrar-se numa sensibilidade acrescida de adequar mecanismos e estratégias que o levam a ter uma conotação especial, um envolvimento por vez sobrenatural ou transpessoal que possa colmatar lacunas no modo como suporta a perda de um doente e a constatação perante a dor da família.

Os enfermeiros devem estar sensibilizados para a identificação e referenciação de possíveis dadores. Tal como, Batista (2018, p. 48) cita *“a formação graduada e pós-graduada e a investigação em doação e transplantação de órgãos é um ponto importante para o desenvolvimento do papel dos enfermeiros”*. Devem ser detentores de um amplo conhecimento, competências e conjunto de habilidades, que possibilitem o reconhecimento de doentes críticos, o controle dos dados hemodinâmicos de um potencial dador, processos fisiológicos decorrentes da MC, conhecedor dos aspetos ético-legais (Silva et al., 2016), comunicação terapêutica (Figueiredo et al., 2020), bem como empatia, solidariedade e sensibilidade no momento da entrevista familiar (Carvalho et al., 2018). Estes aspetos são fundamentais para estabelecer a relação/ interação enfermeiro/ família e determinantes para o processo de doação de órgãos, de decisão autónoma e *coping* no processo de luto (Figueiredo et al., 2020).

O enfermeiro deve ser detentor da oferta de suporte técnico e emocional de forma constante e sistematizada (Figueiredo *et al*, 2020). Como cita Simonsson et al (2019, p.1617) *“Intensive critical care nurses with limited experience described the*

donation process as emotionally challenging and distressing. The become emotionally affected when relatives told them about their loved one's life. Being emotionally affected was described as energy-consuming, and after a day caring for an organ donor" ⁴. Sendo assim, é imprescindível vivenciar estes aspetos numa prática reflexiva, abarcando um nível de competências adequadas e com perícia para que as boas práticas de enfermagem cada vez mais se possam refinar numa enfermagem especializada e cujo apoio, atitude perante o processo de doação de órgãos seja uma prática mais facilitadora e não como um processo de inibição face á exigência que este possa traduzir.

A partir dos pressupostos anteriormente enunciados e dando continuidade ao nosso estudo formulámos a seguinte questão de investigação:

“Quais as ações de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros no processo de doação de órgãos?”

Propôs-se como objetivos deste estudo:

- Identificar as ações desempenhadas pelos enfermeiros no decorrer do processo de doação de órgãos e tecidos.

Para melhor clarificação e aprofundamento dos conhecimentos e realidade procedeu-se a uma Revisão Scoping da Literatura, visando mapear o conhecimento e evidência existente, bem como clarificar conceitos ou definições chave acerca das intervenções de enfermagem realizadas durante todo o processo de doação de órgãos, nos diferentes contextos de cuidados.

O campo da síntese das evidências, surge cada vez mais num processo estruturado, objetivo e clarificado. Pelo que, uma Scoping Review pode-se definir a nível geral como cita Arksey & O'Malley (2005), como um estudo que *“visa mapear*

⁴ *“Enfermeiros de terapia intensiva com experiência limitada descreveram o processo de doação como emocionalmente desafiador e angustiante. Eles ficam emocionalmente afetados quando os familiares lhes contam sobre a vida de seus entes queridos. Ser emocionalmente afetado foi descrito como um grande consumidor de energia, essencialmente depois de um dia a prestar cuidados a um potencial dador de órgãos”.*

rapidamente os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis, a qual pode ser realizada como projetos isolados por si só, especialmente quando uma área é complexa ou a qual não foi revisada antes”.

A consistência na terminologia e metodologia é de extrema importância, de modo a poder garantir a utilidade e a confiança na síntese do conhecimento, a fim de desenvolver um padrão que possa ser colocado em prática. Assim, em 2015 o Institute Joanna Briggs publicou diretrizes metodológicas para a realização de uma revisão por Scoping (JBI, 2015).

O modelo JBI tem quatro principais componentes do processo que são: a geração de evidências para os cuidados de saúde, a síntese da evidência, a transferência das evidências, e a utilização das evidências na prática. A evidência produzida pelos estudos primários é avaliada no que respeita à sua qualidade, sintetizada e transferida, e disponibilizada aos profissionais e aos locais de prestação de cuidados que, em seguida, a utilizam e avaliam o seu impacto nos resultados em saúde dos indivíduos, nos sistemas de saúde e na prática profissional (JBI, 2015).

Adota-se no presente trabalho os seguintes passos preconizados pelo JBI (2015, p.9):

- Formular questão de pesquisa;
- Especificar/identificar estudos de relevância;
- Extrair dados;
- Avaliar resultados de acordo com a sua pertinência, validade e análise;
- Extrair dados;
- Sintetizar as conclusões.

A revisão pretende-se em responder à questão de pesquisa, formulada de acordo com a mnemónica PCC (Participante, Contexto e Conceito) preconizada pela JBI (2015). Utilizou-se os seguintes critérios de Inclusão: todos os artigos de pesquisa originais e teóricos, publicados em inglês, português, espanhol entre 2011-2020, realizados no âmbito da temática pretendida, ou seja, foram incluídos os artigos em que os participantes dos estudos fossem os enfermeiros (P), que se relacionassem

com as suas ações (C), consideradas num contexto de doação de órgãos e tecidos (C). Os critérios de exclusão foram estudos que utilizassem outros profissionais de saúde, que não fossem enfermeiros, estudos com estatística e desenhos de pesquisa ou objetivos pouco explícitos ou pouco definidos, estudos cujas ações de enfermagem fossem sobre doação por coração parado, de tecidos e teses de doutoramento.

Para a busca ser abrangente, foram consultadas diferentes fontes, desde agosto e dezembro de 2020, através da plataforma: PubMed, Google Scholar, as quais abrangem as seguintes bases: SciELO (Scientific Electronic Library Online), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e a ferramenta Google Scholar.

Utilizou-se os seguintes descritores Mesh e as palavras chave de assunto em português, espanhol e inglês: “intervenção”, “enfermagem”, “vivência”, “família”, “doação”, “órgãos”, “morte encefálica”, “comunicação”. A busca foi feita em todas as bases de dados supramencionados, utilizando o operador booleano “and” para especificar a pesquisa com a seguinte articulação: “Nursing *and* interventions *and* organ donation *and* family *and* brain death *and* experience”. A seleção dos estudos respeitou várias fases metodológicas: leitura de títulos, leitura de resumos, leitura de textos integrais (esta leitura exclui artigos que não abordassem ou respondessem à questão de investigação); identificação e inclusão de estudos mencionados em referências bibliográficas, que tenham interesse para a resposta á questão de investigação e por fim a sistematização do fluxograma PRISMA do processo de amostragem (Tabela 2).

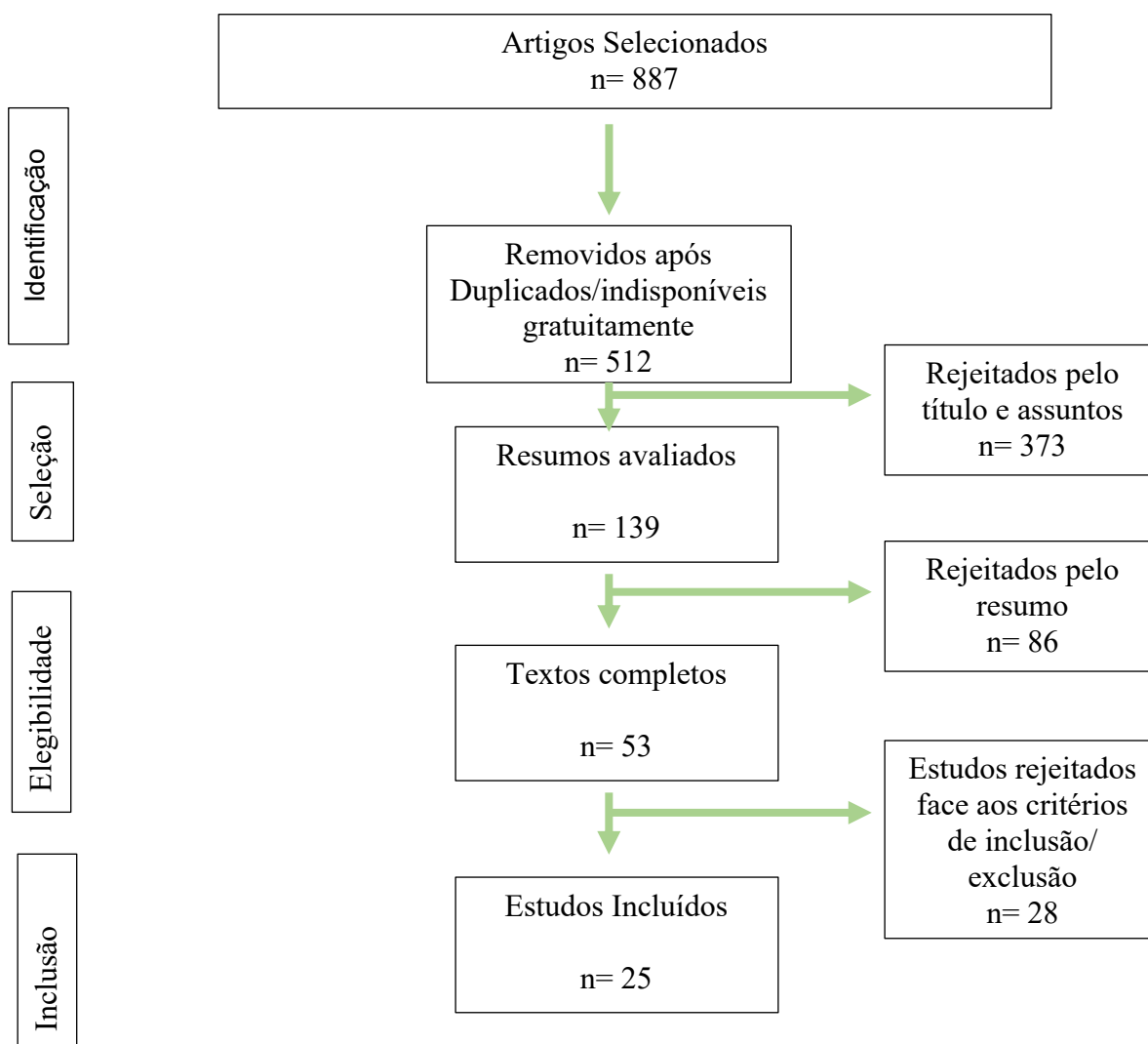


Tabela 2: Fluxograma Prisma (JBI, 2015)

Na tabela seguinte apresenta-se a caracterização geral dos artigos seleccionados, após a sua leitura na íntegra e referenciados segundo os autores, ano de publicação, título do artigo, objetivo do estudo, revista em que foi publicado e tipo de estudo. Foram identificados 25 artigos que cumpriam critério de inclusão na pesquisa, procurando responder à questão que norteia este trabalho.

n	Autores	Ano	Título do artigo	Objetivo	Revista	Tipo de estudo
1	Borges, Freitas, Gurgel	2012	A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde	Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da comunicação da má notícia.	Tempus Actas De Saúde Coletiva	Estudo Qualitativo
2	Santos, Moraes, Massarollo	2012	Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica	Apresentar alguns dilemas éticos enfrentados pelos familiares do potencial dador após a comunicação da má notícia	O Mundo da Saúde	Estudo Qualitativo
3	Douville, Godin, Vézina	2014	Organ and tissue donation in clinical settings: a systematic review of the impact of interventions aimed at health professionals	verify the efficacy of interventions aimed at HPs to promote organ and tissue donation in clinical settings	BioMed Central	Revisão Sistemática da Literatura
4	Moraes, Santos, Merighi, Massarollo	2014	Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para o transplante	Conhecer o significado de ação de enfermeiros no processo de doação para viabilizar órgãos	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo qualitativo com abordagem de Fenomenologia Social

5				e tecidos para transplante		
	Jawoniyi, Gormley	2015	How critical care nurses' roles and education affect organ donation	Examine the roles of the acute and critical care nurses and their supportive role in maximizing potential donation opportunities	British Journal of Nursing	Revisão Sistemática da Literatura
	Moraes, Neves, Santos, Merighi, Massorollo	2015	Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família	Compreender as experiências e expectativas dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva no cuidado de doadores de órgãos e suas famílias	Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	Estudo Qualitativo com abordagem na fenomenologia Social
	Martinez, Altamira, Medina, Pimienta	2015	Visão dos profissionais de saúde com relação à doação de órgãos e transplantes: revisão de literatura	Revisar os artigos empíricos sobre a visão do profissional de saúde em relação à doação e transplante de órgãos	Texto e Contexto Enfermagem	Revisão Scoping Review
8	Silva, Lubenow,	2016	Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos:	Averiguar a produção científica nacional sobre a assistência de enfermagem ao	Revista Ciência Saúde	

	Macêdo, Virgínio		Revisão Integrativa da Literatura	potencial doador de órgãos em morte encefálica	Nova Esperança	Revisão Integrativa da Literatura
9	Fonseca, Tavares, Silva Nascimento	2016	Situações difíceis e seu manejo na entrevista para a doação de órgãos	Identificar os fatores e/ou situações difíceis vivenciadas pelos coordenadores avançados em transplantes; e descrever como manejam tais fatores e /ou situações na condução da entrevista familiar	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Estudo hermenêutico, abordagem qualitativa
10	Moreira, Barbosa, Ribeiro, Damasceno, Alencar, Vieira	2016	Assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes	Discutir a partir da produção científica nacional e internacional sobre a assistência de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos	Revista Prevenção de Infecção e Saúde	Revisão Integrativa da Literatura
11	Costa, Costa, Aguiar	2016	A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI	Identificar o papel da equipa de enfermagem nos cuidados prestados aos pacientes em morte encefálica	Revista Bioética	Revisão Bibliográfica,

				nas unidades de terapia intensiva		tipo exploratório
12	Araújo, Santos, Rodrigues, Júnior	2017	O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos	Entender de maneira mais ampla as relações existentes entre o profissional de enfermagem e o paciente em estado terminal e discutir a atuação do enfermeiro, como parte integrante da equipa multidisciplinar de cuidados de saúde, em relação aos procedimentos de doação de órgãos para transplante	Revista Saúde em Foco	Revisão Bibliográfica
13	Victorino, Ventura	2017	Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação	Analisar a opinião de profissionais de saúde que atuam no processo de doação e transplante de órgãos a respeito da implementação da lei que regula o consentimento	Revista Bioética	Estudo Qualitativo

14				familiar para doação de órgãos no Brasil		
	Batista	2018	Doação de órgãos e tecidos: produção científica por enfermeiros portugueses em formação pós-graduada	Caraterizar os trabalhos de mestrado que os enfermeiros portugueses realizaram sobre doação de órgãos e tecidos	Revista Pensar em Enfermagem	Estudo Exploratório
	Castro, Costa, Pissaia	2018	Perceção da família dos doadores no processo de doação de órgãos	Conhecer os sentimentos dos familiares de doadores de órgãos sobre o processo de doação de órgãos para transplante	Revista Destaques Académicos	Estudo Qualitativo, com abordagem exploratória e descritiva
16	Carvalho, Sousa, Velo, Ataíde	2018	Nurses' professional performace in the organs donation and procurement process in eligible donors	Analisar a atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos, avaliar fatores favoráveis e desfavoráveis, bem como as implicações na efetividade do transplante e evidenciar intervenções para minimizar a	Revista de enfermagem da UFPI	Estudo tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa

				recusa á doação de órgãos		
17	Dicks, Ranse, Northam, Haren, Boer	2018	A novel approach to studying co-evolution of understanding and research: family bereavement and the potential for organ donation as a case study	Determinar as conexões entre as prioridades de pesquisa, compreensão e melhoria da prática associada ao luto familiar no contexto do potencial dador para doação de órgãos	Health Psychology Open	Estudo Longitudinal qualitativo
18	Dicks, Burkolter, Jackson, Northam, Boer, Haren,	2019	Grief, stress, trauma, and support during the organ donation process	Promover a empatia e a compreensão do impacto que os processos têm nos profissionais de saúde que desempenham papéis diferentes no sistema adaptativo complexo	Transplantation Direct	Revisão Sistemática da Literatura, com síntese qualitativa
19	Santos, Santos, Lira, Moura	2019	Perceção de familiares sobre a doação de órgãos e tecidos	Compreender as percepções de familiares a respeito da doação de órgãos e tecidos	Revista de Enfermagem UFPE On Line	Estudo Qualitativo, Exploratório e Descritivo
	Magalhães,		Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente	Compreender a gerência do cuidado de enfermagem aos		

20	Oliveira, Ramos, Lobato, Knihis, Silva	2019	em morte encefálica	pacientes em morte encefálica na perspectiva de enfermeiros atuantes no processo de doação e transplante de órgãos	Revista de enfermagem UFPE On Line	Estudo Qualitativo
21	Souza, Bento, Milagres	2019	Percepções do enfermeiro intensivista frente à morte encefálica e à doação de órgãos	Verificar a percepção dos enfermeiros intensivista diante da morte encefálica e da doação de órgãos	Enfermagem Brasil	Estudo qualitativo
22	Vlaisavljevic, Jankovic, Maksimovic, Culafic, Stulic, Milovanovic, Oluic	2020	Attitudes of Nurses Toward Organ Donation in Serbia	Analisar os fatores que influenciam as atitudes dos enfermeiros em relação à herança e doação de órgãos e tecidos	Elsevier	Estudo Transversal
23	Simonsson, Keijzer, Sodereld, Forsberg	2020	Intensive critical care nurses' with limited experience: Experiences of caring for an organ donor during	To describe how intensive critical care nurses, whose experience is limited, experience caring for an organ donor	Journal of Clinical Nursing	Estudo Qualitativo com abordagem indutiva

			the donation process	during the donation process		
24	Barreto, Cabral, Chies, Almeida	2020	Indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem. Síndrome do equilíbrio fisiológico prejudicado para doadores de órgãos	Selecionar indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem em desenvolvimento <i>Síndrome do equilíbrio fisiológico</i> prejudicado para potenciais doadores de órgãos em morte encefálica	Escola Anna Nery	Estudo de Consenso, através da técnica Delphi
25	Figueiredo, Marconato, Saidel	2020	Equipe de enfermagem na doação de órgãos: revisão integrativa da literatura	Identificar ações e atividades de equipa de enfermagem dirigidas à família do potencial dador de órgãos em morte encefálica, a partir da revisão integrativa da literatura	Revista Bioética	Revisão integrativa da Literatura

Tabela 3: Caracterização da amostra

1.2. Discussão e Identificação das Intervenções de Enfermagem

Para a realização da análise e discussão dos dados identificados após a leitura dos artigos, em resposta ao objetivo proposto, foram construídas quatro categorias

temáticas, a saber: identificação do doente em MC e manutenção do potencial dador de órgãos, cuidados á família do potencial dador, aspetos éticos - legais associados á doação e formação dos enfermeiros.

1.2.1. Identificação do doente em MC e manutenção do potencial dador de órgãos

A participação do enfermeiro no processo de doação de órgãos é fundamental. Requer conhecimento, competência e habilidade em virtude do paradigma complexo e humanizador que se encontra ancorado a todo o processo de doação. A maioria dos estudos analisados, relatam as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, perante a falta de formação e conhecimento sobre o processo, traduzindo-se em obstáculos que podem colocar em causa a doação.

Moraes et al. (2014), refere que a vivência dos enfermeiros no processo de doação de órgãos, está associado a diferentes realidades, marcado por obstáculos que vão desde a escassez de recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho até ao desconhecimento e inexperiência dos profissionais de saúde relativamente a esse processo; situações que interferem diretamente no reconhecimento do doente em MC, identificação de possível dador de órgãos, manutenção e viabilidade dos órgãos para transplante e por fim a assistência inadequada, comunicação fugaz com a família do possível dador. Todavia, a enfermagem é movida por *focus*, e como forma de ultrapassar os obstáculos, vêem-se movidos pela expectativa da melhor prestação de cuidados ao dador de órgãos, bem como o cuidado humanizado às famílias, permitindo que estas possam aceitar a morte do seu ente querido e possam facilitar a doação como sendo o único recurso terapêutico para outros aquando da realização do transplante (Moraes et al., 2015).

A mudança deste paradigma, pode ser facilitada por mecanismo formativos, baseados por estruturas teóricas sólidas, rigor dos métodos de avaliação e conhecimento apropriado sobre a prática assistencial (Douville et al., 2014), promovendo o aumento das taxas de doação e melhor as intervenções inerentes ao processo de doação (Jawoniyi & Gormley, 2015). Segundo o mesmo autor, é

importante salientar que o recurso e desenvolvimento de protocolos de doação, onde possam integrar várias etapas, como identificar e avaliar o potencial dador, tornam-se uma mais valia para os enfermeiros, servem de guias orientadores às suas ações e permitem um desempenho mais eficaz sobre a situação vivenciada, como paralelamente permite-lhes tempo associado às habilidades de comunicação, para procurar o consentimento informado e promover apoio e cuidados nas famílias.

Ao longo do processo o enfermeiro para prestar cuidados de qualidade, requer um conhecimento sobre todas as alterações fisiopatológicas decorrentes da MC (Costa et al., 2016), detenção de possíveis complicações, controle e manuseio da monitorização hemodinâmica, possibilitando o reconhecimento atempado e conseqüentemente a prestação para a manutenção e preservação dos órgãos (Silva et al., 2016). O profissional de enfermagem, enquanto cuidador tem como objetivo aliviar o sofrimento e promover a saúde de qualquer pessoa a quem presta cuidados, muito embora existam situações que o colocam frente a frente, como o processo de morrer. É imperioso, que o enfermeiro adote comportamentos que o ajudem ultrapassar os momentos de angústia e frustração (Araújo et al., 2017).

Não é função do enfermeiro, diagnosticar o doente com MC, mas sim o enfermeiro tem como intervenção crucial reconhecer e identificar o diagnóstico e implementar cuidados à manutenção dos órgãos, em complementaridade com os restantes membros da equipa multidisciplinar, uma vez que é o enfermeiro que mais tempo passa junto do doente, permitindo-lhe uma visão mais precisa dos fatos, instituir medidas terapêuticas adequadas, face á incapacidade do corpo do potencial dador as realizar, garantindo e contribuindo para a sua integridade (Moreira et al., 2016). Ainda segundo este autor, nem sempre o processo de assimilação do diagnóstico de MC, é efetuado pelos enfermeiros, dificultando ou até mesmo inviabilizando a prestação de cuidados adequada ao potencial dador, que pode ser facilmente contornada pela formação contínua e específica, capacitando os enfermeiros para esta área. Esta dificuldade pode igualmente ser entendida, como a falta de perceção que o enfermeiro tem perante a morte que culmina muitas vezes com dificuldade de aceitação, gerando stress profissional. (Souza et al., 2019). A autora, refere ainda, que o enfermeiro tem como importante intervenção a busca de

estratégias que possibilitem criar momentos que amenizem o stress e o sofrimento vivenciado, através da Teoria de Enfrentamento, no sentido de reagir positivamente perante os eventos adversos inerentes à morte e ao ato de morrer.

Barreto (2020), através do estudo que realizou, enfatiza o PE, como fundamental para assistência de enfermagem, neste campo de atuação, ao identificar indicadores clínicos (alterações endócrinas-metabólicas, hemodinâmicas e/ ou cardiovasculares, ventilatórias, nutricionais, coagulação, inflamatórias e /ou imunológicas), DE existentes nas taxonomias NANDA-I, NOC e NIC que vão permitir auxiliar o enfermeiro na acurácia diagnóstica, facilitando a implementação e avaliação de intervenções (Magalhães et al., 2019) relacionadas com a MC e cuidados prestados à manutenção do potencial dador. Requer por parte do enfermeiro uma prestação especializada e individualizada, com conhecimentos técnico-científicos, agilidade e consciência de que todas as etapas são importantes no processo de doação (Magalhães et al., 2019).

O cuidado de enfermagem, é mais eficaz, quando planeado, uma vez que *“um plano escrito força aqueles que o fazem a pensar nas necessidades individuais...qual a sequência a seguir na prestação dos cuidados”* (Henderson, 2007, p.22).

Batista (2018), analisou que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na manutenção do potencial dador, exigem um conhecimento que vão desde a legislação até as alterações fisiopatológicas decorrentes do MC. Em Portugal, esse nível de conhecimento está mais presente nos enfermeiros, comparativamente aos outros países do mundo, a sua sensibilização e formação, são pontos chave para que o sucesso de doação esteja presente, e assim garantir um bem maior de salvar vidas de outros doentes, cujo único recurso terapêutico passa pela transplantação.

Após identificação do doente com MC, o enfermeiro recolhe outros dados importantes, com vista a sinalizar o gabinete de colheita (Carvalho et al., 2018). A identificação do potencial dador e notificação dos centros de transplante é realizada pelo enfermeiro coordenador e deve ser feita o mais precocemente possível, pela importância de conhecer os aspetos ético-legais da remoção de órgãos, respeitando a autonomia e vontade de poder doar, através do consentimento

presumido, que em Portugal é feita através do Sistema RENNDA. Este sistema, permite identificar todas as pessoas que nele se inscrevem, a não serem dadoras de órgãos e tecidos, caso contrário, entende-se por livre vontade em doar em caso de morte (Batista, 2018). Em outros países, a doação só é possível, aquando a autorização em vida, por parte da pessoa, o chamado consentimento informado. Ímpar, a estas duas situações, destaca-se o papel do enfermeiro junto da família. A credibilidade do enfermeiro, é crucial e contribui positivamente, no modo como a família é abordada, ou seja, deve efetuar uma abordagem ética, utilizar uma linguagem clara, objetiva e esclarecedora, respeitando e confortando o momento da perda e simultaneamente oferecendo espaço e tempo para a família na tomada de decisões (Carvalho et al., 2018).

1.2.2. Cuidados à família do potencial dador

A evidência mostra que há dificuldades em aceitar por parte dos familiares, o diagnóstico de MC, nomeadamente no que concerne ao conhecimento do diagnóstico e sobre o processo de doação. Santos et al. (2019), alertam para o fato de ser imprescindível aumentarem o fluxo de informação para a população em geral, no sentido de desmistificar e esclarecer dúvidas que possam existir pelos membros da sociedade. É aqui que o enfermeiro desempenha um papel estratégico, pois pela sua perícia e conhecimento podem influenciar positivamente a tomada de decisão por parte dos familiares, ao informar a pertinência de doação como finalidade terapêutica para outros. Ainda segundo o mesmo autor, a divergência das opiniões dos membros da família, podem criar por um lado, o sentimento de negação, por outro um sentimento de altruísmo, em que a solidariedade corrobora o desejo de ajudar o próximo.

O modo como a família é abordada, deve ser devidamente planeada e estruturada, antes e depois do diagnóstico de MC, diminuindo o distanciamento com a família (Dicks et al., 2019). Através de estratégias de comunicação, apoio, empatia, as intervenções de enfermagem passam por diminuir dúvidas, esclarecer os fatos, dar liberdade para os familiares se expressarem a sua angústia, dor e raiva, conflito de sentimentos, bem como procurar o momento oportuno de transformar a situação

trágica da perda do ente querido, em uma situação nobre de doação, como estratégia para minimizar a sua dor e confortar os familiares numa situação de tristeza profunda (Moreira et al., 2016). O enfermeiro ao desenvolver confiança e *coping*, está a desenvolver diferentes etapas de compreensão de todo o processo relativo à necessidade de mudança, utilizando recursos e estratégias que permitam ganhar confiança com os membros da família e assim ajudar a lidar com a situação, de modo a alcançar, o processo de transição o mais saudável e humanizado possível (Meleis, 2010).

O cuidado aos familiares, destacam-se pela entrevista que os enfermeiros elaboram com os familiares do potencial dador, a qual deve ter em consideração ao modo como os membros da família são acolhidos, o cuidado e esclarecimento do desconhecido, desmistificação de medos e receios, aceitação dos seus valores, princípios e crenças (Magalhães et al., 2019). O enfermeiro tem como papel respeitar o princípio da autonomia da família, não a persuadindo á doação (Castro et al., 2018). Ainda segundo este autor, é imprescindível, o enfermeiro e toda a equipa multidisciplinar adotar com conduta de compreensão empática, ou seja, devem ser capazes de ouvir, compreender, autoconsciência e consciência do outro, prestando todo o apoio à família num momento de grande pesar.

O enfermeiro deve gerir este momento recorrendo a estratégias de comunicação eficazes, uma vez que a essência da enfermagem é o cuidado, o qual depende competência técnica, mas essencialmente da relação interpessoal que se estabelece com base nas habilidades de interação e comunicação. Uma comunicação efetiva, respeitosa e com clareza sobre a situação delicada. Henderson (2006, p. 21), cita que as *“enfermeiras ajudam as pessoas que cuidam numa função tão complexa, tão individual e tão ligada à personalidade como é a comunicação”*.

A entrevista aos familiares, não isenta de lidar com situações difíceis e diversas, no estudo abordado por Fonseca et al., 2016, destaca entre outros, o ambiente como sendo um dos fatores representativos que dificultam a entrevista. Refere que o local onde os enfermeiros a realizam, deve ser acolhedor, confortável, que possibilite á família privacidade e tranquilidade. Segundo o autor, nem sempre é possível, em virtude da inexistência de locais apropriados para o fazerem, ou até mesmo pela

falta de conhecimento, profissionais não capacitados em lidar com fatores que facilitem ou dificultem o diálogo com os familiares. Compete ao enfermeiro, o papel de intervir, no sentido de dar resposta a situações constrangedoras, como criar ou designar um local específico, confortável para acolher os familiares, estabelecer uma comunicação capaz de desencadear relações interpessoais, minimizando o impacto do evento, no sentido de permitir abertura por todos os intervenientes e com vista a interpretar os fatos da melhor maneira possível. Com recurso protocolos de comunicação de más notícias o enfermeiro será capaz, adotar estratégias eficazes e vínculos de confiança. Apoiar emocional e psicologicamente a família perante a perda e o luto (Borges et al., 2012, Souza et al., 2019).

O apoio aos familiares exige do profissional de enfermagem, uma preparação e ancoragem persistente. Simonsson et al. (2019), destaca que a experiência e conhecimento do enfermeiro numa UCI, permite-lhe angariar uma série de ferramentas que facilitam o apoio á família, pelo fato de existirem profissionais mais treinados e por se encontrarem numa esfera de cuidados mais controlada, em relação a um serviço de urgência (Batista, 2018). Este último, é visto como um local, em que os enfermeiros sentem mais dificuldades em lidar na identificação de potenciais dadores, na manutenção do dador, bem como na comunicação à família, em virtude de ser um serviço lotado, com escassez de recursos, muito embora comece a ser prática comum (Magalhães et al., 2019). Apesar de ser uma situação por um lado de difícil manuseamento, por outro consideram ser muito gratificante, cujo papel desempenhado ser alvo de grande significado e compreensão de todo o processo (Simonsson et al., 2019). O enfermeiro tem como função estar junto da família, estabelecer uma relação de proximidade, presença, confiança, de alívio do sofrimento e de ligações afetivas (Araújo et al., 2017).

1.2.3. Aspetos ético-legais associados à doação

O enfermeiro deve ter em consideração no exercício das suas funções, os aspetos ético-legais que regem o processo de doação, desde o conhecimento da legislação em vigor (Batista, 2018), bem como os princípios da bioética que norteiam todo o processo. Deve ser detentor de uma sensibilidade, respeito, acolhimento para com

o potencial dador, membros da sua família que vivem um momento de dor, desespero e luto (Santos et al., 2012). É função do profissional de saúde, nomeadamente do enfermeiro, cuja presença em todo o processo é transversal e assertiva em informar, esclarecer a família, quanto à gravidade da condição do doente, comunicar as más notícias, através da confirmação do diagnóstico de MC, bem como obtenção do consentimento informado, como um ato altruísta (Victorino & Ventura, 2017).

1.2.4. Formação dos Enfermeiros

A grande maioria dos artigos selecionados são unânimes quanto à necessidade de formação que os enfermeiros necessitam para fazer frente à complexidade do processo de doação, uma vez que é apontado como uma das maiores lacunas em todo o processo. Apesar de ser uma vivência/ experiência que comporta desafios que nem sempre são fáceis de gerir, pela forte conotação de sofrimento e tristeza presente. A todos os enfermeiros que desempenham funções nesta atividade, devem angariar estratégias, construir, consolidar e adquirir competências e habilidades que sirvam como ferramenta para a evolução e sucesso de todo o processo (Figueiredo et al., 2020, Vlajsavljevic et al., 2020).

O apoio da instituição e a educação especializada, são critérios que os enfermeiros consideram essenciais para um bom desempenho, nomeadamente quanto ao contato com a família, na comunicação de más notícias e nos aspetos éticos vigentes na doação (Simonsson et al., 2019).

Evidencia-se a necessidade de criar protocolos, realizar formações, partilha de experiências com outros colegas, bem como introduzir a temática na formação académica, no sentido de reduzir procedimentos inadequados na manutenção dos órgãos, diminuir a perda de potenciais dadores (Moreira et al., 2016), bem como aumentar a confiança e a relação de ajuda com a família.

Devem ser detentores de um amplo conhecimento, competências e conjunto de habilidades, que possibilitem o reconhecimento de doentes críticos, o controle dos dados hemodinâmicos de um potencial dador, processos fisiológicos decorrentes

da MC, conhecedor dos aspetos ético-legais (Silva et al., 2016), comunicação terapêutica (Figueiredo et al., 2020), bem como empatia, solidariedade e sensibilidade no momento da entrevista familiar (Carvalho et al., 2018). Estes aspetos são fundamentais para estabelecer a relação/ interação enfermeiro/ família e determinantes para o processo de doação de órgãos, de decisão autónoma e *coping* no processo de luto (Figueiredo et al., 2020).

A formação contínua e pós-graduada é uma das intervenções que o enfermeiro deve desenvolver e aprimorar, no sentido de poder dar resposta às necessidades geradas pelo processo de doação, processos de tomada decisão, tornando mais competente nas suas ações (Batista, 2018).

A presente investigação, baseada em estudos de revisão de literatura, dá suporte à PBE, essencial para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e ciência. Todavia, o foco da temática carece de mais investigação, no sentido de dar continuidade e melhorar o cuidado de enfermagem nos diferentes domínios abordados. Apesar de ser amplamente documentado, requer refinamento em algumas intervenções, nomeadamente à formação especializada nesta área.

Em suma, a elaboração deste trabalho suporta e demonstra a aquisição de conhecimentos e a consecução da capacidade para aprofundar, consolidar competências de investigação que visam a obtenção do grau de mestre. Um dos requisitos cruciais é analisar e refletir sistematicamente as atividades desenvolvidas no contexto clínico, corroborando a aquisição de competências, como um bem necessário para cuidados de excelência. É nesse sentido, que no capítulo seguinte, se aborda o percurso desenvolvido das competências do EE.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PERCURSO CURRICULAR E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O objetivo deste capítulo prende-se com a necessidade de elucidar o percurso desenvolvido na aquisição de competências, bem como a compreensão do processo de aprendizagem decorrente do estágio. Assente em premissas e valores, que permitam a análise, reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas, a aquisição e consolidação de competências que justifiquem a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente à Pessoa em Situação Crítica. O grau de Mestre em Enfermagem exige ao mestrando *“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”* (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018, p. 4162). Segundo a OE (2018), o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de ação, onde demonstram elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão na área de especialização. Posteriormente, ao conhecimento oriundo do campo de intervenção, o grau de Mestre e tendo por base o Regulamento n.º 394/2016 exposto no DR a 21 de Abril de 2016, p. 12749, deve integrar *“uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especificamente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final”*. Tal como cita Costa et al (2016, p.1), *“o julgamento clínico é uma das competências do enfermeiro e está ligado ao ato de julgar as necessidades de cuidados de cada indivíduo e ao ato de elaborar o planeamento da assistência de enfermagem a ser realizada ao paciente, de forma que possa atender às suas necessidades e*

expetativas”. Corroborando estes fatos, é imprescindível perceber a essência do conceito de competência, dado que é objeto central na descrição deste trabalho. Segundo Camelo et al. (2013, p. 556), definem competência “*como uma mobilização, de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva, de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas, de maneira a gerar resultados reconhecidos individualmente ou coletivamente*”. Ainda segundo o mesmo autor, é fundamental associar estas concepções a uma análise prospectiva, de reflexão das práticas de enfermagem (Camelo et al, 2013).

A prática reflexiva surge perante a necessidade dos praticantes exporem a problemática da prática e aprenderem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria praxis obriga (...) tem um movimento intelectual centrado na ciência e na razão, uma vez que existe a ideia que se pode ficar fora de nós mesmos e chegar assim a uma compreensão mais lucida de quem somos e do que fazemos (...) é um diálogo entre o pensar e fazer, através do qual a pessoa se torna mais proficiente; baseia-se na ciência da ação que envolve a reflexão na e sobre ação e a reflexão sobre a reflexão na ação (Peixoto, N. & Peixoto, T., 2016). O desenvolvimento da prática reflexiva desafia a percepção, podendo atribuir um novo significado ao conhecimento e a todas as situações de incerteza que a prática permitiu experimentar. Segundo a OE (2019), descreve que as competências do Enfermeiro Especialista (EE) se devem pautar no domínio de competências específicas, nomeadamente no que concerne às competências comuns as profissionais, éticas e legais, à melhoria contínua da qualidade, à gestão de cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Porém, na vertente à PSC, o EE deve mobilizar os conhecimentos e habilidades, identificar, intervir, implementar e avaliar o plano de cuidados, de modo a responder eficazmente às situações que surgem, num *continuum* de cuidar, promotora da segurança e da qualidade de cuidados (OE, 2018). Atualmente, os cuidados de enfermagem definem-se como complexos e de grande exigência técnica, humana e científica (OE, 2015), mas o significado do Cuidar é transversal em todos os momentos de prestação de cuidados, e independentemente do local e especialidade que se intervém. Segundo Leininger (1998), “*cuidar define-se como*

a essência da enfermagem e característica central, dominante e unificadora (...) através de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas e processos de cuidado orientado à manutenção e desenvolvimento de condições favoráveis de vida e de morte". Estabelece-se uma relação fundamental de parceria e confiança entre o profissional que presta cuidados e a pessoa cuidada. Esta dicotomia enfermeiro-doente, permite percorrer um longo percurso reflexivo, que viabiliza o desenvolvimento de competências, refinando as que já existem e adquirindo as mais específicas, que vão ao encontro das necessidades dos doentes e obter respostas significativas na excelência de enfermagem. Atendendo a este pressuposto, importa salientar que apesar de prestar cuidados de enfermagem há mais de 19 anos, dos quais 16, com foco na prestação à PSC, da qual sou perita (à luz de Benner) em Bloco Operatório (BO), onde exerço funções de apoio à anestesia, circulação e instrumentação, nas valências de cirurgia geral, esofagástrica, colo-retal, endócrinas, hepatobiliopancreática, cirurgia ortopédica, esporadicamente cirurgia vascular e torácica e transplantação hepática, pancreática e renal. Pelo que foi determinante a realização de estágio nos locais determinados pela Academia, dado que permitem uma visão do que antecede (à priori) e o que precede (posteriori) à PSC, em relação à minha realidade profissional, nomeadamente no que concerne ao dador de órgãos. A perspetiva e a curiosidade do que antecede até ao momento do transplante, despoletou a necessidade de saber toda a metodologia e cuidados prestados em torno do processo de colheita e transplantação. Paralelamente, exerço funções na Radiologia de Intervenção, onde me deparo com a prestação de cuidados a doentes com as mais diversas e complexas patologias, cujos sinais e sintomas da doença, podem ter uma tentativa ou resolução através de procedimentos terapêuticos menos invasivos e com menor tempo de internamento, ou procedimentos de diagnóstico, tais como; quimioembolizações, termoablações de lesões hepáticas, colangiografia percutânea trans- hepática (CPT), alcoolização de nódulos hepáticos, biópsias hepáticas, renais, drenagens de abscessos, transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS)...e em situações de urgência ou emergência, embolização dos pontos de hemorragia ativa, evitando a necessidade de intervenção cirúrgica. Muito destes doentes, estão em lista de espera para transplante, e realizam este tipo de procedimentos radiológicos, para minimizar o tempo de espera de um órgão.

A aprendizagem e aquisição/ consolidação de competências, neste percurso foi efetivada nos contextos de Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Apesar das horas planeadas pela Unidade Curricular serem poucas para a concretização dos objetivos a atividades requeridas, foi de extrema importância esta experiência, uma vez que permitiu prover um maior leque de competências, determinantes na prestação e responsabilidade de cuidados à PSC, numa conduta de boas práticas de enfermagem, bem como aquisição de conhecimentos de Enfermagem Especializada. Saliencia-se que foram locais de excelência, pelos cuidados prestados, bem como pela oportunidade de irem ao encontro do enquadramento concetual desenvolvido neste trabalho, tornando-se uma mais valia, para o enriquecimento pessoal e profissional de saberes.

As competências surgem pela adaptada e congruente aplicação do conhecimento, em situações concretas do intervir. A análise reflexiva do presente trabalho revê-se no testemunho do *Modelo de Iniciado a Perito de Patrícia Benner* e no *Modelo de prática Reflexiva de Gibbs*.

Tal como referido anteriormente, a materialização de competências dos últimos 16 anos da minha atividade profissional centram-se na prestação de cuidados a doentes do peri-operatório, da qual dotou-me de uma perícia, quer pela experiência, quer pela compreensão da situação a cada ato apropriado, do modo intuitivo solucionar o problema (Benner, 2001). Porém, este nível de conhecimento não se constata nos locais de estágio, uma vez que são fontes novas de conhecimentos, onde permitiu o desenvolvimento da capacidade criativa, reflexiva e crítica, partindo dos conhecimentos e aptidões adquiridas em contato direto com a PSC. Segundo Benner (2001, p.14) refere a importância da interligação que a prática tem no seu todo com o conhecimento e a competência possam contribuir para o desenvolvimento da mesma, sendo fundamental para a sua construção o exercício do ciclo reflexivo, uma vez que “ *a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico*”.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio do serviço de urgência central (SUC) decorreu no Hospital Central da área da grande Lisboa (contexto A). Que tem como missão “prestar cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade” (Quadro de Referência da Instituição, 2014). É um serviço diferenciado e de referência a nível nacional. De acordo com o despacho nº. 5414/2008 de 28 de fevereiro de 2008 do Ministério da Saúde é classificado como um serviço de urgência polivalente (SUP). Sendo constituído por duas áreas principais, a de ambulatório e a de internamento. A primeira área corresponde aos setores da triagem, duas salas de reanimação, sala de espera da prioridade laranja, amarela, verde/azul (esta última atualmente condicionada pela pandemia do Sars Cov-2, isto é os doentes classificados pela triagem de Manchester (Anexo V) a este nível são encaminhados sempre que possível para unidade de Cuidados de Saúde Primários), uma sala para pequena cirurgia e uma sala para doentes do foro respiratório que atualmente está convertida em gabinete de colheitas de Esfregaço para SarsCov-2. A área de internamento, corresponde o Serviço de Observação (SO) que aloca 16 unidades. No decorrente ano e para fazer face à pandemia por Coronavírus, criou-se um novo serviço no exterior ao serviço de urgência, mas cuja prestação de cuidados é realizada pela equipa de enfermagem do SUC, destinado á triagem , acolhimento de doentes para SarsCov-2 e doentes com patologia respiratória.

É um serviço que abrange um grande leque de utentes com diversas patologias, sendo as mais frequentes: Politraumatizados, através da Via Verde Trauma, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM, Acidente Vascular Cerebral (AVC), através da Via Verde AVC, doentes com Sépsis, através da Via Verde Sépsis (VVS) Insuficiência Respiratória (IR) e Cardíaca (IC), Intoxicação Voluntária Medicamentosa (IVM), hemorragias do trato gastrointestinal, cólica renal e outro tipo de queixas álgicas de carácter urgente e com necessidade de intervenção.

Neste contexto de estágio, defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação Crítica e Família em contexto de urgência/ emergência.

Para operacionalizar este objetivo geral definimos os objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência/ emergência;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializadas à Pessoa em situação crítica em particular ao doente vítima de trauma;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica, em particular ao doente com suspeita ou vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Ao longo deste percurso tive a primazia de prestar cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica no contexto da reanimação e doentes alocados ao setor laranja, de acordo com o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester (STM), acreditado pela Ordem dos Médicos e concomitantemente estabelecidas pela DGS, norma 002/2018 (Anexo VI), uma vez que por um lado, estes locais possibilitam uma prestação de cuidados que me permitiu atingir os objetivos definidos e por outro iam ao possível encontro da temática concetual esplanada ao longo deste trabalho, a qual foi “fio condutor” de desenvolvimento de conhecimento enquanto EE.

O Sistema de Triagem de Manchester (2015), consiste num método de triagem que visa fornecer ao profissional de saúde (Enfermeiro), critérios metodológicos baseados na prioridade de identificação de problemas e não num diagnóstico. Os critérios estão assentes numa lista de 50 fluxogramas, baseados nas queixas de apresentação, onde incluem quase todas as situações apresentadas no SU. Salienta-se que 2 desses fluxogramas estão direcionados a situações de catástrofe. Ao selecionar os itens do fluxograma, o enfermeiro está a ser o mais específico em relação á dor, posteriormente percorre os discriminadores do mesmo, e escolhe o primeiro positivo. Este cruzamento rigoroso de dados,

estabelece a prioridade clínica e assim encaminhar o doente para o setor respetivo ao seu atendimento (Anexo VII). Como relatam os autores Costa et al. (2020),” *a adoção de um sistema de triagem com classificação de risco, como o STM, requer um monitoramento com análise sistemática e contínua, com a finalidade de determinar se a metodologia empregada e os resultados obtidos satisfazem os critérios previamente estabelecidos, de modo que se possa garantir o desempenho esperado, promovendo a qualidade de ações realizadas nos serviços de saúde*”. Realço, que paralelamente à avaliação realizada pelo STM, o enfermeiro realizou uma observação atenta sobre o doente, como complementaridade que conjuga a experiência e perícia do enfermeiro, permitindo uma visão mais ampla e muitas vezes fazendo questionar-se para além do que possa ser visível. Tive oportunidade, de observar esta dinâmica e questionar e discutir situações específicas, com os colegas e enfermeira orientadora, dando-me a perceção da especificidade e pertinência desta intervenção, bem como, lidam e desenvolvem competências relacionais e comunicacionais, com os colegas, mas essencialmente com o doente/família, tentando colmatar a sua ansiedade e expectativa, embora face à pandemia o acesso da família, era muito mais limitado, gerando um desconforto por todos os intervenientes. Contudo, existirão muitas situações, que face aos sinais e sintomas apresentados pelo doente, a triagem era efetuada na sala de reanimação, uma vez que, o seu encaminhamento era direto, pela célere necessidade de atuação e intervenção à pessoa que se apresentava com focos de instabilidade.

A sala de reanimação, no contexto A, era dividida por 2 salas, com capacidade de receção de 3 doentes em simultâneo. Caracteriza-se por um “mundo”, onde tudo acontece. É onde, o enfermeiro e toda a equipa se depara com o atendimento a doentes em situação muito crítica, face ao seu nível de gravidade, seja por politraumatismo, AVC, EAM, IVM, taquidistritmias ou bradiarritmias, vítimas por arma branca, entre outras. Neste setor, tive a oportunidade de prestar cuidados a vários doentes, em situação crítica, bem como observar toda a dinâmica e envolvência da equipa multidisciplinar, coordenação dos fatos, rapidez de atuação e gestão de emoções. Saliento, a importância que o enfermeiro especialista, pela capacidade de gestão da sala e comunicação entre os seus pares, agilizando mecanismos de atuação e segurança, através da sua experiência e utilização de protocolos

implementados. O princípio de atuação célere mediante situações agudas de doença, vai ao encontro de uma das competências do EE, descritas pela OE, que visa mobilizar conhecimentos e habilidades, desde a identificação, implementação até à avaliação do plano de intervenção, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica, garantindo a segurança, qualidade de cuidados, munindo e ajustando o doente/ família/ cuidador a processo de transição saúde/doença (Regulamento n.º429/2018).

É nesta esfera de atuação, que os protocolos da Via Verde (VV)⁵, têm um contributo muito considerável, porque permitem atempadamente, perceber a necessidade de atuação, gerir cuidados de enfermagem e a sua articulação na equipa, pela celeridade dos cuidados e o seu encaminhamento para unidades específicas (regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, requerem um leque de conhecimentos e habilidades, para intervenções terapêuticas rápidas. Ao vivenciar uma situação limite, associada ao risco de vida, o enfermeiro, doente e a família experienciam de forma muito intensa e emocional todos os momentos. Relata Sá et al. (2015, p. 33), *“o contexto da urgência e emergência imprime características únicas ao cuidado de enfermagem à família da pessoa em situação crítica, exigindo ao enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática (...), o paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa (...) e família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar”*. Todavia, realça-se que perante a crise pandémica atual, a presença da família era muito limitada, a sua angústia somente era atenuada através de um diálogo a posteriori, pelo enfermeiro especialista ou chefe de equipa, excetuando situações em que o risco de vida por disfunção orgânica ou falência era iminente, como no caso de grandes politraumatizados ou Hemorragias Subaracnoideias Agudas (HSA), AVC's hemorrágicos ou Ruptura de Aneurisma.

⁵ ⁴VV- São sistemas de resposta rápida, em que o desempenho da ação tem início no local do evento ou da apresentação dos sintomas, com continuidade do sistema pré-hospitalar e hospitalar, no sentido de dar continuidade e integração de cuidados específicos e dirigidos a causa do problema, minimizando perdas de tempo e rápida ação (Despacho n.º 10319/2014)

Durante o estágio ocorreram várias situações em que vivenciei e prestei cuidados de enfermagem à PSC, sendo uma realidade constante no SU. Porém gostaria de ilustrar o meu percurso de aprendizagem relatado, 3 das situações vividas que tiveram mais impacto na nossa aprendizagem, uma vez que foram ao encontro dos objetivos propostos e ao tema desenvolvido neste trabalho: “as intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos” e esplanadas na reflexão final de estágio através do recurso ao ciclo de Gibbs . Os três doentes foram encaminhados para o meio hospitalar através da ativação de resposta rápida pela VV, 2 pela VVT e 1 VVAVC. À sua receção, constatou-se a gravidade dos sinais e sintomas, com uma intervenção rápida da equipa multidisciplinar, através da estabilização por meio de Suporte Avançado de Vida (SAV) e realização de exames complementares de diagnóstico no sentido de minimizar os danos provocados pelo incidente, indo ao encontro das competências descritas pela OE, que salvaguarda “*perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime*” (Regulamento nº.429/2018). Saliento que um dos casos, o doente com 28 anos, foi vítima de acidente de viação, após receção pela VVT, detetou-se múltiplas fraturas, nomeadamente a nível da bacia e membros inferiores, Paragem Córdio- Respiratória (PCR), com intervenção de manobras de ressuscitação através dos algoritmos de SAV (Anexo VIII) e conseqüentemente um hematoma subdural extensíssimo, detetado com recurso a Tomografia Axial Computorizada (TAC) de crânio. A severidade das lesões era tão presente que foi diagnosticada MC, com Score inferior a 3 na GSC. O mesmo ocorreu à vítima 2, que após queda de um telhado, chega-nos à sala de reanimação, com múltiplas fraturas, nomeadamente a nível do crânio e face, com presença de hematoma subdural extenso. Neste caso, a equipa pré-hospitalar já tinha procedido à estabilização do doente, para transporte. À chegada já apresentava, GSC de 3-5, embora com estímulo respiratório mantido, ao teste de apneia, uma vez que já trazia proteção da via aérea. O terceiro doente, deu entrada, através da ativação VVAVC, onde se constata parésia e plégia do hemicorpo direito, discurso arrastado, disartria. Realizou-se a monitorização dos sinais vitais, temperatura timpânica, glicémia capilar, cabeceira a 0º, acesso venoso periférico, administração de oxigênio por cateter nasal. Observado pela neurologia, que realiza NIHSS –

National Institutes of Health Stroke Scale (Anexo IX) e posterior encaminhamento para a imagiologia, com a finalidade de realizar TAC Crânio-encefálica. Observa-se extensa hemorragia intraparenquimatosa. No regresso à sala de reanimação, doente inicia quadro de convulsão, vômitos e afundamento do seu estado de consciência. Classifica-se em GSC de 3, sem reversão da severidade dos sintomas. Nestas três situações, constata-se a “cessação irreversível das funções do tronco cerebral” (Lei 141/99, de 28 de agosto, art.º 2), e assim declarada MC.

Após todo o contributo da equipa multidisciplinar, chega aquele momento de tristeza e angústia para todos os elementos, em que todos os esforços desvanecem-se pela impotência de reverter a situação. Segundo a autora Souza et al. (2019), alguns profissionais internalizam sentimentos como a angústia, frustração, vergonha e derrota, com fim a evitar o sofrimento da perda do doente que esta sob os seus cuidados. Surge então um duplo sentimento, se por um lado o de frustração, por outro o de esperança, nomeadamente identificar o doente para potencial dador de órgãos, possibilitando a outros doentes, cujo único recurso terapêutico passa pela transplantação.

Salienta-se a importância do papel que o enfermeiro tem junto da família, quanto à comunicação das más notícias, em que o EE, deve demonstrar conhecimentos e sensibilidade em técnicas de comunicação. Em todos os casos relatados anteriormente, foi realizado pela enfermeira especialista e chefe de equipa, pela sua perícia, competência e habilidade em o fazer. O EE demonstra conhecimentos e habilidades, sobre a gestão da ansiedade e do medo vivenciados pela família e perícia nos processos facilitadores da “dignificação da morte” e do luto (Regulamento n.º 429/2018). Tive a oportunidade de estar presente num destes momentos, observar o acolhimento, humanização e esclarecimento da enfermeira, possibilitando à família expressar os seus sentimentos, de sofrimento, dor pela perda inesperada do seu ente querido. *“A comunicação da má notícia pode ser definida como sendo a que altera drástica e negativamente a perspetiva do próprio individuo ou de sua família em relação ao futuro (...) é uma desordem emocional ou de comportamento (...), depende dos mecanismos de enfrentamento (...) de experiências anteriores, de crenças religiosas, de fatores sociais e culturais”*, como cita Moraes et al. (2015, p.130). Respeitando estes valores, e os princípios da

família, introduz-se a importância de que o seu ente querido pode, apesar de estar em MC, salvar vidas de outras pessoas, através da doação de órgãos. A tomada de decisão, é um momento difícil, apesar de em Portugal não exigir o consentimento da família, é imperioso o respeito pela mesma, através da compreensão dos fatos e aceitação de todo o processo. O enfermeiro ao confrontar a família, perante este dilema, vê-se movido pela experiência, expectativa e motivação de salvar vidas (Moraes et al., 2015), expressando a necessidade e importância de o fazer, uma vez que *“ajudar alguém pressupõe fazer uma reflexão sobre a finitude humana”* (citado por Moraes et al, 2015, p.133). Esta reflexão, tem maior conotação, pela presença da família junto do seu familiar, onde pode manifestar a sua dor e despedir-se, iniciando o processo de luto. Após a aceitação, inicia-se o processo de doação de órgãos em doadores em MC. Trabalhar nesse contexto, foi stressante, mas contribuiu para o crescimento pessoal e profissional. A natureza do relacionamento com os membros da equipa foi crucial para adaptar um comportamento ajustado à realidade dos fatos.

A salientar que não é comum, no SU operacionalizar estas situações durante um período alongado, isto é, perante um potencial dador de órgãos, este tem á priori indicação para ser acompanhado numa UCI. Contudo, face á pandemia por coronavírus e pela consequente sobrelotação dos serviços de cuidados intensivos, houve a necessidade de proceder à prestação de cuidados na sala de reanimação, onde estiveram alocados mais do que 24 h, e até ser possível o seu encaminhamento para o Bloco Operatório (B.O.), para colheita de órgãos. Corroborando, o descrito pela OE, quando salienta que os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de exceção, isto é, quando ocorre um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo uma adaptação, gestão e coordenação mais rigorosa dos recursos humanos e técnicos existentes, garantindo a continuidade dos cuidados. (Regulamento nº, 429/2018).

Para a prestação de cuidados seguros, efetivos e eficientes, os enfermeiros desta unidade de saúde, adotam medidas de segurança, prevenção e controlo de infeção, como parte integrante na qualidade dos cuidados de saúde. Pude observar e integrar a preocupação constante da equipa de enfermagem na manutenção de todas as precauções padrão, mesmos perante os múltiplos contextos de atuação

urgente/ emergente, tendo sempre em consideração os riscos de infeção associados a medidas terapêuticas, invasivas e diagnósticas necessárias á manutenção de vida da pessoa. Saliento, que perante o contexto pandémico, as medidas de prevenção e controlo de infeção ainda eram mais rigorosas, com a instituição de circuitos próprios, utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), higienização das mãos, higienização e desinfeção das áreas de atuação, rastreabilidade de matéria orgânica, armazenamento e condicionamento de produtos analíticos, orgânicos, serológicos, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O contexto B, foi realizado na UCI de um Hospital de Lisboa. É um serviço diferenciado onde se prestam cuidados a doentes em estado de saúde crítico ou que apresentam potencial risco, necessitando de uma vigilância contínua e intensiva. A unidade é constituída por 12 unidades de internamento, das quais 1 com um quarto de isolamento, com antecâmara e 4 quartos individuais para doentes com necessidade de cuidados de um nível mais diferenciado. Cada enfermeiro fica responsável pela prestação de cuidados a dois doentes cuja criticidade seja maior (rácio 2:1) e no máximo três doentes por enfermeiro cuja prestação de cuidados seja intermédia, isto é, “ são locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com funções de órgão e em risco de falência de funções vitais (...) embora não estando em estado grave, necessitam de vigilância organizada e sistemática durante 24 h por dia” (DGS, 2003, p.6). As unidades de cuidados intensivos são assim “*locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais*” (Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento, 2003, p.6). É uma unidade que admite doentes na área de cuidados médicos e cirúrgicos, nomeadamente, doentes do foro cardíaco, respiratório,

neuroológico e renal, doentes de pós-operatório imediato, do foro cardíaco, hepático e renal, bem como doentes vindos da Unidade de Hemodinâmica.

Nesta unidade preconiza-se o método de trabalho individual, de acordo com a situação clínica e a carga de trabalho avaliada com base em Nursing Activities Score (NAS), instrumento que visa medir o tempo de assistência de enfermagem em UCI (Miranda et al., 2003). Surge do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28), com a finalidade de o tornar mais representativo das atividades realizadas pela enfermagem nas UCI's (Anexo X).

Assim, defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica em contexto de Cuidados Intensivos.

Relativamente aos objetivos específicos, defini:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa m situação crítica em contexto de cuidados intensivos de acordo com a metodologia científica do Processo de Enfermagem;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação Crítica e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, em particular ao doente em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI);
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos, no domínio da Segurança do Doente.

Cuidar numa Unidade de Cuidados Intensivos, significa intervir com doentes em estado crítico, os quais são admitidos por apresentarem uma situação clínica instável com potencial compromisso da função de um ou mais órgãos ou sistemas vitais, bem como todos os doentes que revelam um elevado risco de desenvolvimento de complicações graves, necessitando de vigilância mais “apertada”, uma monitorização mais rigorosa. Apesar de ser uma área, cuja

unidade está dotada de tecnologia avançada e a qual ajuda os processos de trabalho, tratamento e manutenção, o grande foco da prática de enfermagem é o doente, que requer cuidados de saúde de qualidade e excelência, o que acaba por ser influenciado pelo próprio comportamento organizacional. Neste sentido, é de extrema importância um desempenho e conhecimento sejam refinados, evolutivos, atualizados para uma aplicabilidade assertiva e baseada em conhecimento científico. Pelo que aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, inevitavelmente passa por fases de aprendizagem relacionadas com o nível de experiência do profissional, este age com maior perspicácia, quanto maior a sua experiência, logo melhor o seu desempenho. (Benner, 2001).

As práticas do Cuidar são baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto. Tornar-se um membro participante na prática de enfermagem, implica que se assume um a intenção de ajuda e um compromisso de desenvolverem práticas de cuidar (Benner, 2001 p.12).

Neste contexto da prática clínica, o meu nível de competências é inferior ao definido na minha vida profissional. Enquanto, que neste último classifico-me como *Perita*, no ensino clínico considero que foi mais de *Competente*, dado à similaridade da dinâmica e patologias específicas com a minha vida profissional. Não sendo, uma área totalmente desconhecida, uma vez que é o meu dia-a-dia profissional, foi-me facilitada a aprendizagem e consolidação de conhecimento e prática de cuidados a este grupo de doentes. Logo os atributos e aspetos de cada situação presente ou prevista são mais conscientes, de ação mais rápida e uma fundamentação mais consistente. Benner (2001, p. 54) refere que a uma enfermeira competente consegue de forma consciente e deliberada planificar, organizar, ser eficiente e demonstrar um sentimento que sabe bem das coisas e é capaz de lhe fazer frente, mesmo perante imprevisto, a capacidade de resposta está presente. Todavia, é importante destacar, outras vertentes das quais requereu pela minha pessoa um estudo autónomo e mais aprofundado, bem como uma orientação/acompanhamento e contributo prestado pela senhora enfermeira orientadora, tendo sido uma mais valia para o esclarecimento e perceção dos cuidados a ter com os doentes do pós-operatório do foro da cárdio-torácica. Uma vez, que para existir conjugação de competências é fundamental desenvolver-se uma

aprendizagem experiencial, onde se presta atenção e modos privilegiados de reagir às situações dos cuidados, como modo de aquisição no conhecimento e destreza.

Sustentando este caminho, baseado na *interação e reflexão* (Alarcão et al., 2005, p. 376) e com recurso aos objetivos traçados inicialmente, a prática de enfermagem neste contexto clínico obedece inequivocamente a um conjunto de ações dinâmicas e interrelacionais, na adoção de um determinado método ou modo de fazer que compõem o Processo de Enfermagem (PE). Segundo Garcia *et al* (2009), a implementação do PE, através das suas etapas ajudam a determinar o problema observado e qual o seu significado, bem como os julgamentos (necessidades humanas específicas) que daí resultam e os critérios de realização. O PE facilita e permite organizar condições imprescindíveis à realização do cuidado, melhorar o reconhecimento profissional e avaliação da prática profissional. O PE vai contribuir de forma significativa perante o trabalho exigente, complexo e intenso das UCI, onde o papel do enfermeiro culmina com a capacidade permanente de cuidar de pessoas em estado crítico. Sistematização e ambientes altamente tecnológicos caminham lado a lado para combater o fenómeno e obter o resultado positivo e desejável, em que as intervenções são rápidas e eficazes. Destaco a importância, que teve no meu percurso, uma vez que constitui uma ferramenta indispensável, facilitando a integração e adaptação a um contexto desconhecido, como a UCI.

Perante os padrões de mais alta qualificação técnica, os cuidados de enfermagem na pessoa em situação crítica, devem ser eficazes, em que o enfermeiro deve possuir o mais alto nível de motivação, resiliência emocional e um amplo conhecimento para fazer frente à situação e transformações repentinas das condições do doente (Benner et al, 1999). Um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade, que se remete à segurança de doentes. Esta é definida pela DGS (2011) como “ *a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para o mínimo aceitável*”. Sendo alvo de uma abordagem multicêntrica e multiorganizacional, onde cada profissional está incluído com as respetivas funções e intervenções. A UCI do hospital do contexto B, não poupa esforços nesse sentido, através da utilização de múltiplas ferramentas que permitem reduzir erros e melhorar segurança dos doentes e a qualidade em saúde, indo ao encontro do que a OE dos enfermeiros

contempla no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, que relata como cuidados altamente qualificados, que tem como foco cuidados na resposta às necessidades da pessoa com funções vitais em risco, prevenindo complicações e restringindo incapacidades, promovendo sempre que possível a recuperação total (OE, 2015).

Importa salientar que para se conseguir melhorar a segurança dos doentes, deve existir mudanças estruturais, culturais e comportamentais por parte dos profissionais, doente e família, definindo a organização onde estão com vista a ganhos da saúde e o bem-estar do doente e sua integridade física, psíquica e social. Pelo que a relevância dos sistemas de prestação de cuidados devem assentar sob a premissa de que a segurança do doente deve consistir “ *em evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde (...) . A segurança emerge da interação dos componentes do sistema, não reside num indivíduo, dispositivo ou departamento. A melhoria da segurança depende da aprendizagem de como a segurança emerge das interações dos vários componentes. A segurança de doente é um subconjunto da qualidade dos cuidados de saúde*” DGS (2011, p.136).

A UCI pelas suas características específicas, quer pela exigência e perícia de prestação de cuidados, quer pela tecnologia de ponta, transforma-se num ambiente propício para a ocorrência de erros. Importa salientar, que estes erros podem ser colmatados ou pelo menos minimizados com o recurso a instrumentos, por parte dos profissionais. Pelo que tive a oportunidade de recorrer a diversos instrumentos que minimizavam, a ocorrência de erros ou danos, tais como, Personal Digital Assistant (PDA). Trata-se de um dispositivo portátil, que provê o armazenamento de informação clínica relativa a cada doente. Ou seja, aquando da admissão do doente nos serviços de saúde é gerada uma pulseira com a sua identificação (nome, data de nascimento), número de processo e um código de barras único; a qual depois de colocado no membro do doente só é removida com a sua alta da instituição. Através do código de barras, e com o sistema PDA consegue-se aceder às prescrições terapêuticas, exames complementares de diagnóstico, serviços diatéticos e outro tipo de intervenções que sejam relevantes para a prestação de cuidados relativamente àquele doente, sem que haja cruzamento de dados ou

informações de outros doentes. Apesar de dar uma noção empresarial, têm ganhos de eficiência e melhoria da qualidade da segurança, no sentido de evitar erros de administração de terapêutica, troca de exames e outros, mas também permitiu-me dispensar menor tempo administrativo e assim reservá-lo para estar mais próximo do doente. Tem a possibilidade de interconexão com o computador, onde os registos ficam formalizados automaticamente após a sua validação.

Outro aspeto a referir, é o tempo prolongado que os doentes podem permanecer na UCI, ou então a fragilidade do seu estado geral, podendo despoletar outros danos ou eventos adversos como as úlceras de pressão (UP). Perante esta iminência, foi possível prestar cuidados no sentido de minimizar o evento adverso, através da utilização de colchão de pressão, meias de compressão alternada em situações de potencial tromboembolismo e alternância de decúbitos frequente, bem como massagem das zonas de proeminência óssea, situação transversal a todos os doentes. Outras medidas, que fui consolidando e implementado em cada turno e sendo prática corrente do serviço, para minimizar o risco e oferecer segurança aos doentes foi verificação da temperatura ambiente (22º-24ºC), sinalização do alarme e de fácil acesso ao doente, verificação das rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, verificação do carro de urgência, verificação e realização do teste de fugas dos ventiladores, reposição e validação do material da mala de emergência (a equipa de enfermagem e médica da UCI, é a que atua perante a necessidade de intervenção rápida intra-hospitalar). Estas medidas eram da responsabilidade da EE, ou chefe de equipa.

Qualquer descuido em um destes aspetos importantes num ambiente desta índole pode determinar riscos na saúde e segurança do doente, principalmente se este estiver dependente de ventilação mecânica (VM).

A VM consiste num recurso terapêutico de assistência ao doente crítico em insuficiência respiratória, independentemente da sua etiologia. Contudo, requer uma equipa que trabalhe de forma eficiente e integrada, consciente e com perícia (Schwonke, 2014). Tal como Benner cita (2001, p.58), *“enfermeiro perito tem que ter uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”*. Face á sua vasta experiência consegue fazer frente a todos

os desafios e dar resposta às necessidades do doente, promovendo a sua recuperação e segurança. Não obstante, o aprimoramento e atualização constante da tecnologia e evidência científica, objetivando restabelecer o equilíbrio hemodinâmico e as funções alteradas.

A monitorização dos doentes em suporte respiratório é fundamental e em conjunto com dados de testes e observação clínica permitem agir em consonância ou mesmo evitar possíveis complicações. A prestação de cuidados em doentes em VM deve ser criteriosa e rigorosa.

Este princípio norteia a ação terapêutica do enfermeiro no doente ventilado, pelo que me foi possível, prestar cuidados aos doentes em suporte ventilatório nomeadamente: aspiração traqueal; controle da pressão do *cuff* do tubo orotraqueal (reduzindo o risco de complicações da traqueia), higiene oral (minimizando secura das mucosas e proliferação de microorganismos, conforto e bem-estar do doente), alternância de decúbitos em intervalos variados, transporte do doente para exames de diagnóstico ou outras unidades e prevenção de possíveis complicações, como UP, Pneumonias, barotraumas, pneumotórax, extubação acidental.

Observar, adquirir conhecimento sobre as diferentes modalidades ventilatórias, constituíram um marco importante na minha aprendizagem, pois diferem em muito da minha realidade profissional, em que a expertise da enfermeira orientadora, foram uma mais valia para o meu processo de aprendizagem.

Inúmeros cuidados de enfermagem são considerados como boas práticas assistências, com a finalidade de promover a segurança do doente e contribuir para a qualidade do serviço prestado. Santos et al. (2020) refere que na enfermagem, *“boas práticas entendem-se como um conjunto inter-relacionado e indissociável de teorias, técnicas, processos e atividades visto como as melhores opções disponíveis para o cuidado da área, guardando consistência com conhecimentos, valores, contextos, ambientes, objetivos e evidências no interesse da saúde”*.

3. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Após a reformulação da lei de Bases do Sistema Educativo decorrente do Processo de Bolonha, as competências de Mestre passam a ser baseadas num novo modelo de organização, com recurso à atividade de investigação, de inovação e de competências. Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológica e humanas altamente diferenciadas, pelo que o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados na sua área de intervenção, sendo que a presente se refere à Pessoa em situação Crítica, a qual tem como capacidade de:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica.

Este capítulo pretende de forma sucinta ser uma reflexão sobre a aquisição das competências supramencionadas, ao longo do meu percurso no contexto clínico.

3.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Enfermagem de urgência, implica um vasto leque de conhecimentos e habilidades para dar resposta às necessidades de todos os doentes em situação de doença aguda/crítica, ou de agudização da doença crónica, requerendo um conjunto ímpar de capacidades de avaliação e intervenção geral ou especializada. O tratamento e resolução pode implicar cuidados mínimos ou mesmo de reanimação. Antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica implica que abordagem à pessoa em situação crítica seja munida de um conjunto de conhecimentos e habilidades altamente específicos. Para o efeito, foi fundamental, a realização de cursos teórico-práticos que colmassem essas necessidades. Deste modo, a aquisição de competências de Suporte Básico de Vida foi iniciada em 2002, tendo sido re-certificada pelas formações mandatárias dadas pela instituição onde exerço funções nos anos de 2008, 2013, 2018 associadas à Pós-Graduação de Urgência e Emergência hospitalar realizado em 2007. Durante este período tive a oportunidade de aprofundar e aprimorar as competências na área de Suporte Avançado de Vida com o curso em 2007 e o atendimento do doente vítima de politraumatismo, através do curso Trauma Life Support no ano de 2002 e 2015. Apesar de durante algum tempo, não ter tido oportunidade de re-validar os cursos anteriores, fui-me atualizado através da literatura e guidelines. Todavia, não sendo o que considero suficiente, tive a necessidade de ingressar na especialização em enfermagem, na vertente à pessoa em situação crítica. Efetivamente, foi um marco como referência teórica para a sua aplicação na prática, em conjunto permitiram desenvolvimento de capacidades de monitorização, avaliação, implementação e de adequação de *Outcomes* de enfermagem perante a prestação de cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica em situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, em tempo útil e de forma holística (O.E., 2010).

Considero que esta orientação foi imprescindível, para o contexto de estágio e para a realização dos objetivos propostos. Importa salientar, que a aquisição de competências não foram somente do domínio interventivo, mas sim e não menos importante, o domínio das emoções, no que concerne à gestão da ansiedade e medo vivenciados por mim enquanto enfermeira, mas também pelo doente e família. Estabelecer relação terapêutica, de ajuda, escuta ativa perante a complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica, tais como, doentes politraumatizados, AVC's, EAM, grandes queimados, foi fundamental

munir-me de um conjunto de conhecimentos teóricos, experiência dos pares, nomeadamente estratégias de comunicação, que visassem suprir as necessidades sentidas. Um dos desafios ultrapassados, foi a capacidade de ligação dos cenários por forma a compreender o potencial risco envolvido, pela exigência e compreensão de um conjunto de sinais e sintomas, focos de instabilidade, exigindo cuidados diferenciados e um elevado nível de conhecimento técnico e científico, desde a sua triagem até alocação da respetiva área de tratamento. No que concerne à sala de reanimação, a prestação de cuidados, corresponde a uma avaliação sequencial, que requereu rapidez e eficiência na abordagem á vítima, desde a sua triagem e compreensão de possíveis alterações provocadas pelos mecanismos de ação, uma observação padrão (A- Via aérea, B- Ventilação, C- Circulação, D- Disfunção Neurológica, E- Exposição) completa e segura para o doente, definindo um conjunto de intervenções necessárias, específicas e individualizadas, no sentido de dar resposta e capazes de salvar a vida (Despacho n.º 1057/2015). Neste sentido, foi necessário colocar em prática o adquirido e assimilado, quer o lecionado pela Academia, quer pela experiência profissional e dos pares, quer o suporte prático fornecido pelos cursos, permitindo-me uma resposta imediata, atempada perante os focos de instabilidade e com recurso ao suporte imediato e avançado de vida. Importa destacar, que todo o processo, exigiu-me perspicácia, dinamismo, conhecimentos e muita capacidade de organização mental em todas as intervenções, em virtude de estar preparada para eventuais alterações adversas. Porque, apesar de ser possível utilizar protocolos ou modelos padrão, o inesperado/ o imprevisto pode acontecer, cabe ao enfermeiro estar desperto para mudar o percurso da intervenção. É uma missão exigente e que requer um nível de conhecimentos aprofundados, habilidades e destreza em manter a vigilância do estado do doente, detetar complicações ou mesmo antecipadamente preveni-las, ter a capacidade de avaliação e compreensão dos fenómenos, diagnóstico e intervenção/ atuação.

Outro aspeto a realçar, foi a pertinência de poder aprofundar e aplicar conhecimentos ético-deontológicos, nomeadamente, no que concerne à tomada de decisão, em particular perante o estado de inconsciência do doente crítico e na impossibilidade de o fazer. A família como parceira dos cuidados ocupa esse lugar para o consentimento mediante os cuidados considerados necessários. Compete

ao enfermeiro o dever de informar, acolher, esclarecer todas as intervenções, respeitar as decisões através de momentos oportunos de interação e que sejam extremamente necessários à execução do plano terapêutico (Regulamento n.º 338/2017), embora perante o cenário pelo Coronavírus, nem sempre foi fácil agilizar este processo, pela limitação da presença familiar no espaço confiado ao doente, mas tendo sido colmatada, em local específico. A pandemia pelo Coronavírus, implicou uma mudança estratégica nas práticas diárias, nomeadamente pelo distanciamento social, pelo risco de contágio acrescido, havendo uma reinvenção do conceito de acessibilidade aos cuidados de saúde (Fontes et al., 2020). A bioética surge pela necessidade dos profissionais de saúde, possuírem um eixo de regras morais capazes de os ajudar a enfrentar novas situações perante os direitos do doente, tais como os princípios da autonomia, justiça, não – maleficência e beneficência, permitindo ter uma conduta moralmente correta, alicerçada ao respeito e á dignidade humana (Felix et al., 2014). A comunicação nestes casos é fundamental, uma vez que a evidência científica preconiza a importância de estabelecer uma relação terapêutica positiva com o doente/ família, relativamente às intervenções realizadas e aos cuidados prestados, obtendo um maior benefício na relação/ interação (Benner, 2001). Nem sempre é fácil, nomeadamente no que concerne à comunicação de más notícias, sendo estas alvo de um ato multidimensional (Pereira et al., 2013), e que requereu uma preparação e intervenção emocional grande, em virtude no meu quotidiano profissional, não existir essa envolvimento. Para o efeito, a aquisição de uma comunicação assertiva (Fonseca, 2012), no sentido de combater conflitos e stress emocionais, tornaram-se uma mais valia, gerindo a realidade com mais clareza e efetividade quando empregues corretamente e com apoio de enfermeiros treinados e formados na transmissão das más notícias, respondendo assim ás necessidades identificadas.

Todas as intervenções que tive oportunidade de acompanhar e executar na prestação de cuidados aos doentes em situação crítica conduz-me a ter uma opinião muito clara do papel desempenhado pelos enfermeiros na identificação de focos de instabilidade. Além das referidas anteriormente, destaco quer no contexto da urgência, quer o da UCI, a importância da prestação de cuidados a doentes com necessidade de VMI e ventilação mecânica não invasiva (VNI),

nomeadamente nos ajustes de modos ventilatórios de acordo com a evolução clínica do doente, grau de sedação através da escala de Ramsay (Anexo XI), o risco de alteração de integridade da pele, através da Escala de Barden (Anexo XII), a qual permite ter perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção. Outro aspeto a considerar, foi as intervenções registadas a nível da dor, como 5.º sinal vital de acordo com a DGS, que agi em conformidade através da administração de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da mesma. A dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados, diagnosticados e registados sistematicamente, como boa prática em saúde e cujos cuidados de enfermagem requerem uma ação humanizada, independentemente da idade, origem ou se é dor aguda ou crónica (DGS, 2003), na tentativa de minimizar o desconforto e potenciar alterações físicas, psíquicas e sociais.

A realidade do contato com doentes em situação crítica, não sendo totalmente desconhecida por mim, em virtude da minha experiência profissional, foi no entanto desafiante no sentido de desenvolver outro nível de conhecimentos e habilidades. Reitero que as competências do enfermeiro especialista são extremamente essenciais para o sucesso dos cuidados prestados, pelo que considero ter alcançado quer do ponto de vista teórico-prático, cognitivo e autoconhecimento, relacionais, espírito de interajuda, assertividade, ou seja, conhecimentos específicos e em prol do bem-estar do doente/ família e comunidade.

3.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Conceção à Ação

Perante a massificação da população a nível global, é prioritário existirem planos de segurança institucionais como resposta a situações de catástrofe e multi-vítima, com o objetivo de reduzir o máximo ou eliminar o número de baixas humanas, diminuição da saúde e os efeitos físicos, psíquicos e sociais consequentes da devastação que a situação de emergência/ catástrofe pode acarretar. Para o efeito, é necessário que cada unidade de saúde esteja munida de tais planos, recursos humanos e materiais, bem como a definição estratégica das prioridades e o uso de métodos simplificados de diagnóstico e tratamento, no sentido de adotar uma resposta rápida, eficiente e eficaz. Todavia, a intervenção dos profissionais de

saúde deve ser assegurada pelo treino sistematizado, através de formações e simulacros, detentores do plano de emergência interna e externa do hospital, no sentido de estarem preparados para eventuais situações, bem como o conhecimento do Plano Nacional de Emergência e Catástrofe (regulamento n.º429/2018), da responsabilidade da Autoridade Nacional de Proteção Civil, que se encontra em articulação com os demais.

No meu contexto profissional foi-me possibilitado a realização do curso de Segurança Contra Incêndios, em 2015, cuja finalidade foi limitar a propagação do fogo, através do conhecimento dos pontos de corte de gases medicinais, quadros elétricos, extintores de dióxido de carbono e de pó químico e localizadores de saída, através de uma atuação rápida e o mais segura possível.

No contexto de estágio, não me deparei com cenários de catástrofe propriamente dito, embora houve necessidade de me reajustar à realidade vivida pela pandemia, ou seja, foram criados critérios e planos de ação orientadores das intervenções a serem realizadas, tais como, triagem dos doentes, alocação de doentes em estruturas específicas, reconhecendo o risco de eventos adversos à exposição pelo Sars-Cov2, prestando cuidados adequados e baseados nas orientações científicas mais recentes.

Integrar a equipa multidisciplinar, foi muito importante para conhecer a dinâmica, a organização e os meios técnicos de intervenção, nomeadamente perante a adesão de multi-vítimas por trauma em simultâneo. Definir a prioridade de atuação, é crucial na capacidade de respostas às necessidades vivenciadas, de forma sistemática e criteriosa. O desempenho do EE é fulcral, quando dotado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que mobiliza neste contexto. O processo de tomada de decisão é algo inerente à prática de cuidados de enfermagem e requer a compreensão profunda, de maneira intuitiva de cada situação.

3.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou em Falência Orgânica, face à

Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

Cuidar da pessoa em situação crítica é cada vez mais acompanhado de tecnologia e técnicas invasivas, que ajudam a manter o suporte vital do doente, mas que simultaneamente acarretam mais riscos de infeção. Daí que, a implementação e adoção de uma cultura de segurança é primordial, com o intuito de prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), considerada pela DGS, como uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos procedimentos e cuidados prestados, podendo de igual modo afetar os profissionais envolvidos, sendo responsável pela principal causa de agravamento do prognóstico da doença e conseqüentemente maior causa de morte em contexto hospitalar (DGS, 2007). As recomendações de boas práticas, a formação dos profissionais e o cumprimento de normas, devem ser encarados como parte integrante da prestação de cuidados, no sentido de garantir a sua qualidade e a segurança do doente.

A sua aplicabilidade nos hospitais faz-se através das comissões de controlo de infeção (CCI), que através de normas e regras, geram uma cultura de segurança, ao doente/ prestadores de cuidados e profissionais de saúde (PNCI, 2008).

No meu contexto profissional, é prática corrente a adoção de medidas atuais, baseadas em PBE, através de formações de serviço, em que a divulgação é uma constante, em virtude da existência de um enfermeiro responsável pelo Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), a quem lhe foi reconhecida competência para desempenhar esta função e o qual serve de interlocutor. Estrategicamente nos elucida sobre a evidência mais recente, no sentido de obter ganhos em saúde. O PPCIRA tem como missão definir, detetar e controlar as infeções na instituição de saúde, em constante articulação com os demais serviços, unidades e órgãos técnicos. As suas atribuições vão desde a vigilância epidemiológica (processo, estrutura e resultado), recomendações de boas práticas e a formação e informação, consultadoria e apoio.

A implementação de medidas preventivas e de atuação na prática clínica, desde a higienização das mãos seja de lavagem das mãos ou fricção anti-séptica (solução alcoólica), utilização de luvas, utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI's), cumprimento de distância entre os doentes alocados (respeitando as distâncias mínimas), a remoção de material em excesso mediante doentes em isolamento de contato (tais como, Klebsiella, E-Coli...), a descontaminação e higienização dos espaços, superfícies e materiais reutilizáveis, utilização indevida de antibióticos, só é possível, quando existe uma cultura organizacional eficiente, atual e respeitadora das medidas implementadas. Compete a cada profissional adotá-las e seguir padrões de atuação, garantido a segurança do doente/ família e profissionais envolvidos.

A minha experiência profissional, adquirida no meu contexto de trabalho associada aos conteúdos lecionados pela Academia permitiu a mobilização desta competência, na colaboração estreita com as equipas de enfermagem na prestação direta ao doente. Houve, uma preocupação acrescida, no que respeita à prestação de cuidados aos doentes do SU, em virtude das múltiplas entradas e em simultâneo, bem como o fato estarmos perante a pandemia por Covid-19, tornando-se um desafio na prevenção das medidas de controlo de infeção. Apesar da existência de circuitos definidos e restritos, protocolos e cartazes alusivos, compete ao enfermeiro a avaliação do risco de infeção na admissão, alocação/ isolamento dos doentes, constituindo um dos padrões de qualidade com o objetivo de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada (DGS, 2007). Estando atenta à realidade, procurando estar atualizada através dos despachos emanados pela DGS, foi possível responder às necessidades sentidas, garantindo o melhor desempenho na adoção de medidas de controlo de infeção e segurança do doente, refinando a complexidade desta competência e conhecimento a ela intrínseco.

4. CONCLUSÃO

O caminho percorrido ao longo deste percurso acadêmico, culmina com a realização do presente relatório, onde procurei dar ênfase ao conhecimento, desenvolvimento e aquisição de competências que justificassem o grau de Mestre em Enfermagem e o título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Cada momento foi alvo de reflexão e análise, no sentido de melhorar o meu desempenho à excelência do Cuidar. Foi fruto de um desempenho árduo, que exigiu muita dedicação, assertividade, seletividade e angústia, mas simultaneamente enriquecedor, tornando-me maior como Profissional e como Pessoa. O início deste processo formativo, surgiu pela necessidade, de cultivar e reforçar os conhecimentos, face à evolução exponencial que a Enfermagem tem tido, bem como pela curiosidade persistente e intrínseca presente na minha pessoa, que até então estava omitida, e antes centrada na prática de cuidados. Tive necessidade de ouvir, estudar e assimilar, partilhar experiências para que o nível de conhecimento fosse mais vasto e enriquecedor, mas acima de tudo prestar cuidados de enfermagem de qualidade, de excelência fundamentados no saber científico e nos resultados da investigação atualizada.

A enfermagem requer uma busca incessante do conhecimento, requer estímulo ativo do enfermeiro no exercício profissional, em atualizar-se perante a evidência, promovendo continuamente o desenvolvimento de competências e as boas práticas, com a melhor prestação de cuidados e ganhos em saúde.

A concretização deste Mestrado permitiu-me mobilizar conhecimentos e capacidades em todas as áreas, bem como desenvolver competências técnicas, humanas e relacionais sempre num domínio científico, em especial atenção no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A realização dos estágios constituiu o momento mais significativo, permitiu momentos e partilhas de ideias, de reflexão na prática, aliada ao assimilado na teoria, e no qual foi possível delinear, planejar e executar atividades consecutoras que fossem ao encontro dos objetivos propostos pelos serviços dispare, mas complementares. Foram momentos essenciais e determinantes na certificação de competências desenvolvidas e adquiridas, que sem o apoio imprescindível de quem me acompanhou tornaria tudo mais complexo.

Não obstante no grau de relevância, foi a temática investigada, permitiu através da sua análise e divulgação dos resultados, perspetivar a as intervenções que os enfermeiros desempenham no processo de doação de órgãos, que no meu entender e suportado também pelos achados na revisão da literatura, carece de investigação e intervenção. Neste sentido, o enfermeiro, deve ser detentor de um vasto leque de conhecimentos técnico-científicos, habilidades e competências, com formação pós-graduada e específica, que possibilite identificar o doente em situação crítica, despoletando um quadro clínico compatível com a MC. Uma conduta humanizada e habilidade na comunicação terapêutica na transmissão de más notícias, comportamentos e ações fundamentadas na ética e legalidade dos processos. Apesar de se tornar um grande desafio, estas intervenções no seu conjunto vão permitir estabelecer uma relação mais próxima, mais humana, de maior segurança e confiança para com os seus pares e com a família. De salientar, que o enfermeiro convive com os seus sentimentos e as suas necessidades, os quais requerem um suporte técnico e emocional, sistematizado e permanente no seu quotidiano, para fazer face à envolvimento emocional que todo o processo de doação emerge. Só assim, é possível, construir um paradigma equilibrado e estável para todas as partes envolvidas.

Ao refletir criticamente sobre o caminho percorrido, permitiu-me adotar comportamentos e competências na prática profissional, claro está que surgirão responsabilidades futuras, no contínuo desenvolvimento profissional e pessoal, mas que darão visibilidade e aplicabilidade de um exercício de excelência na Enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., Rua, I. (2005). Interdisciplinidade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto de Enfermagem*, 14 (3), 373-378. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3a08.pdf>

Araújo, C., Santos, J.A.V., Rodrigues, R.A.P., Júnior, L.R.G. (2017) . O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos. *Revista Saúde em Foco*, 9 Ed., 533 – 550.

Areia, N., Major, S., Fonseca, G., Oliveira, V., Relvas, A.P. (2020). Prevalência e preditores de morbidade psicológica nos familiares de doentes oncológicos terminais. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Psicologia, Saúde & Doenças*, 21 (1), 169-175. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210125>

Arksey H, O'Malley, L (2005). Scoping Studies: Towards a methodological framework. *Int. J.Soc. Res. Methodol*, 8 (1), 19-32.

Barcelos, M.D., Neves, M.P. (2009). Reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos: entre o respeito pela autonomia e a exigência de solidariedade. *Revista Portuguesa de Bioética*, 7º. Ed., 23-41.

Barreto, L.N.M., Cabral, E.M., Chies, N., Almeida, M.A. (2020). Indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem Síndrome do equilíbrio fisiológico prejudicado para doadores de órgãos. *Esc Anna Nery*, 24 (3), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0341>.

Batista, M.J. (2018). Doação de órgãos e tecidos: produção científica por enfermeiros portugueses em formação pós-graduada. *Pensar em Enfermagem*, 22 (1), 47-59.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)*. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., Hooper, P., Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking in action approach*. London: WB Saunders.

Borges, M.D.S., Freitas, G., Gurgel, W. (2012). A comunicação de má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6 (3), 113-116.

Carvalho, N.S., Sousa, J., Veloso, L.C., Ataíde, K.M.N. (2018). Nurse's professional performance in the organs donation and procurement process in eligible donors. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 8 (1), 23-29. ISSN 2238-7234.

Castro, M., Costa, A.E.K., Pissaia, L.F. (2018). Percepção da família dos doadores no processo de doação de órgãos. *Revista Destaques Acadêmicos, Lajeado*, 10 (3). ISSN 2176-3070. <http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v10i3a2018.1956>.

Collière, M.F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência. 2ª. Ed. ISBN: 972-8383-53-3.

Camelo, S.H.H., Angerami, E.L.S. (2013). Competência Profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 22 (2), 552-560.

Comissão Nacional da UNESCO-Portugal. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. UNESCO, Outubro 2005, publicada em 2006.

Costa, C.R., Costa, L.P., Aguiar, N. (2016). A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Revista Bioética*, 24 (2), 368-373. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242137>.

Costa, J.P., Nicolaidis, R., Gonçalves, A.V.F., Souza, E.N., Blatt, C.R. (2020). Acurácia do Sistema de Triagem de Manchester em um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>

Costa, M.H.A., Devechi, T.A.R., Fernandes, V.A, Siva, M.A.X.M., Assis, M.A. (2016). Julgamento clínico em enfermagem: a contextualização do desenvolvimento de competências e habilidades. Revista UNIVAP on-line, 22 (40). <http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v22i40.1665>.

Dias, J. (2004). Perspetivas das Competências. Nursing. Lisboa, n.º 188, 18-22.

DGS. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Obtido de Direcção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.

DGS. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa.

DGS. (2008). Programa Nacional de prevenção e Controlo da Infeção associada aos cuidados de saúde. DGS.

DGS. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional para a segurança do doente. Relatório Técnico Final. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicações/classificação-internacional-sobre-segurança-do-doente-png.aspx>.

Dicks, S.G., Burkolter, N., Jackson, L.C., Boer, D.P., Frank, M.P. (2019). Grief, Stress, Trauma, and Support During the Organ Donation Process. *Transplantation Direct*, 512-516. <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000000957>.

Dicks, S.G., Rause, K., Northam, H., Haren, F.M.P., Boer, D.P. (2018). A novel approach to studying co-evolution of understanding and research: Family bereavement and the potential for organ donation as a case study. *Health Psychology Open*, 1-18. <https://doi.org/10.1177/2055102917753706>.

Douville, F. Godin, G., Vézina-in, L.A. (2014). Organ and tissue donation in clinical settings: a systematic review of the impact of interventions aimed at health professionals. *Transplantation Research*. BioMed Central, 3-8 <http://www.transplantationresearch.com/content/3/1/8>.

Entidade Reguladora da Saúde (2009). Consentimento Informado. Relatório Final.

Felix, Z.C, Batista, P.S.S., Costa, S.F.G, Lopes, M.E.L., Oliveira, R.C., Abrão, F.M.S. (2014). O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35 (2), 97-102.

Ferreiro, E.C., Pérez, D.N., Arias, L.C., González, E.D.C. (2019) – Polémicas actuales sobre donación y el Trasplante de órganos desde una perspectiva bioética. *Revista Información Científica*, 98 (6), 815-827. ISSN 1028-9933.

Figueiredo, C.A., Marconato, A.M.P., Saidel, M.G.B. (2020). Equipa de enfermagem na doação de órgãos: revisão integrativa da literatura. *Revista Bioética*, 28 (1), 76-82. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281369>.

Fonseca, P. Tavares, C., Silva, T., Nascimento, V. (2016). Situações difíceis e seu manejo na entrevista para doação de órgãos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4ªed, 69-76. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0144>.

Fonseca, R. (2012). Comunicação de más notícias em contexto de urgência Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Dissertação de Mestrado). Retrieved from <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24660&code>.

Fontes, A.F., Barbosa, R.R., Brito, D. (2020). Onde mora a autonomia do paciente em tempos de crise em Portugal?. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25 (2), 4197-4200. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.26782020>.

Garcia, C.D., Pereira, J.D., Garcia, V.D. (2015). Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma.

Garcia T.R., Nóbrega M.M.L. (2009), Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Ver Enferm*, 13 (1), 188-193.

Instituto Português de Sangue e Transplantação. (IPST, 2013). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação. Comité Europeu (Acordo Parcial) para a Transplantação de órgãos + CD-P-TO, 5ª Ed. versão de 2016.

Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (1), 21.

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

IPST (sd). Acedido em 29 de Dezembro de 2020 em http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/DoacaoTransplantacao_1Semestre2018t.pdf

Jawaniyi, O.O., Gormely, K. (2015). "How critical care nurses" roles and education affect organ donation. *British Journal of Nursing*, 24, (13). <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.13.698>.

Joanna Briggs Institute (2015). *Methodology for JBI Scoping Reviewers. Reviewers manual 2015 edition/ supplement*. Retrieved from <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers - Manual- Methodology-for-JBI- Scoping- Reviewers-2015-v2.pdf>.

Kentish, B.N., Duranteau, J., Montlahuc, C., Charpentier, J., Lefevre, L.M., Joseph, L., Lefrant, J.Y., Fieux, F., Renault, A., Thuong, M., Chevret, S., Azoulay, E. (2017). Clinicians perception and experience of organ donation From Brain – Dead Patients. *Crit. Care Med*, 45(9), 1489-1499. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002581>.

Kim, H.S. (1999). Critical reflective inquiry for Knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5),1205-1212.

Lei no156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República*, 1.ª Série – N.º 181 - 16 de setembro de 2015, p. 8103.

Leininger, M. (1998). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>.

Lima, M.M., Reibnitz, K.S., Kloh, D., Silva, K.L., Ferraz, F. (2018). Relação pedagógica no ensino prático-reflexivo: elementos característicos do ensino da integralidade na formação do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, 27 (2),1-10. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001810016>.

Loughery, C., Zhang, N., Smith, A.H., Resnicow, K., Campbell, T., Culbertson, S., Sharma, P., Andrews, A. (2018). Organ donation attitudes and practices among older adults participating in evidence-based health programs. *Archives of Transplantation*, 2 (1), 1-6.

Magalhães, A.L.P., Oliveira, R.J.T., Ramos, S.F., Lobato, M.M., Knih, N.S., Silva, E.L. (2019). Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica. *Revista de enfermagem UFPE On Line*, 13 (4), 1124-1132. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a2384336p1124-1132-2019>.

Martinez, F.J.M., Altamira, C.P., Medina, B.D., Pimienta, C.S. (2015). Visão dos profissionais de saúde com relação à doação de órgãos e transplantes: Revisão de Literatura. *Texto Contexto Enferm*, 24 (2). p:574-583. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003842014>.

Mattia, A.L., Rocha, A.M., Filho, J.P.A.F., Barbosa, M.H., Rodrigues, M.G., Oliveira, M.G. (2010). Analysis of the difficulties in the process of organ donation: an integrative bibliographical survey. *Revista Bioethikos*, 4 (1), 66-74.

McEwen, M. (2016a). Visão geral da teoria de enfermagem. In M. McEwen & E.M. Wills (Eds.), *Bases teóricas de enfermagem* Porto Alegre, Brasil: Artmed 4.^a ed., 24-50.

Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, N.º 1, 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.

Meleis, A., Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-Range and situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.

Ministério da Ciência Tecnológica e Ensino Superior. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 – Diário Da República, 1.^a Série - N.º 157, 4147 – 4182. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>.

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da república N.º 153 – 2.ª Série. Ministério da Saúde, 20673 – 20678.

Ministério da saúde. (2015). Despacho n.º 1057/2015. Diário da República N.º 22 – 2.ª Série. Ministério da Saúde, 3039.

Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento. (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ministério Público. (1999). Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto. Procuradoria- Geral Distrital de Lisboa.

Moraes, E.L., Santos, M.J., Merighi, M.A.B., Massarollo, M.C.K.B. (2014). Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Ver. Latino-Am. Enfermagem, 22 (2), 226-233. <https://doi.org/10.159/0104-1169.3276.2406>.

Moraes, E.L., Neves, F.F., Santoa, M.J., Merighi, M.A.B., Massarollo, C.K.B. (2015). Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. Revista da Escola de enfermagem da USP, 49 (2), 129-135. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800018>.

Moreira, W.C., Barbosa, T.M.A., Ribeiro, W.R.A., Damasceno, C.K.C.S., Alencar, D.C., Vieira, S.K.F. (2016). Assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes. Revista Prevenção de Infecção e Saúde, 2 (1-2), 32-42.

NANDA- I (2018). Manual de diagnósticos de Enfermagem da Nanda – I, definições e classificação. Artmed Editora. ISBN: 9788582715031.

Nicelyl, B., & Delario, G. T. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, 21 (1), 72-77.

OE. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento concetual enunciados descritos. Conselho de Enfermagem, 3-19.

OE. (2011). Regulamento n.º 124/2011. Regulamento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35, 8656-8657. <https://dre.pt/application/conteudo/3477013>.

OE. (2015). Regulamento n.º 361/2015. Diário da República, 2.ª Série (N.º 123- 26-06-2015), 40918-40920. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislação/Documents/LegislaçãoOE/Regulamento_361_2015PadrõesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituaçaoCeítica.pdf.

OE. (2017). Regulamento n.º 338/2017. Diário da República, 2.ª Série (N.º 120- 23-06-2017), 12770-12772. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/107553282/details/maximized>.

OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª Série (N.º 135- 16-07-2018), 19359-19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

OE. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª Série, N.º. 26, p: 3054-3057. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

Peixoto, N.M.S.M., Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência Série IV – N.º.11 – out/nov/dez, 121-132.

Pereira, A., Fortes, I., Mendes, J. (2013). *Comunicação de más notícias*. Revista de Enfermagem UFPE On Line. ISSN: 1981-8963.

Pott, F.S., Stahlhoefer, T., Felix, J.U.C., Meier, M.J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Revista Brasileira de enfermagem, 66 (2), 174-179.

Praxedes, A.M., Araújo, J.L., Nascimento, E.G.C. (2018). A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Psicologia, Saúde e Doenças. Sociedade Portuguesa da Psicologia da saúde*, 19 (2), 369-376. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190216>.

Regulamento N.º 394/2016. *Diário da República*, 2.ª Série —N.º 78— 21 de Abril de 2016. 12748-12750.

Ribeiro, O., Martins, M.M.F.P.S., Tronchin, D.M.R., Silva, J.M.A.V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 19 (4), <https://doi.org/10.12707/RIV18040>.

Sá, F.L.F.R., Botelho, M.A.R., Henriques, M.A.P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1), 31-46.

Santos, E., Marcelina, L., Abrantes, L., Marques, C., Ricardo, C., Coutinho, E., Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem CIPE. *Millenium*, 49, 153-171.

Santos, E.M. (2003). Encontrar Sentido ao que se Percebeu. *Bise*, 30, 18-20.

Santos, C, Nascimento, E.R.P., Hermida, P.M.V., Silva, T.G. *et al* (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Esc Anna Nery*, 24(2), 2. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>.

Santos, J.I.R., Santos, A.D.B., Lira, G.G., Moura, L.T.R. (2019). Percepção de familiares sobre a doação de órgãos e tecidos. *Revista de Enfermagem UFPE (online)*, 13 (3), 578-586. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236473p578-586-2019>.

Santos, M.G., Betencourt, J.V.O.V., Silva, T.G., Frizon, G., Quinto, A.S. (2017). "Etapas do processo de enfermagem: uma Revisão Narrativa" – Revista de Enfermagem. Foco, 8 (4), 49-53. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.1032>.

Santos, M.J., Moraes, E.L., Massarollo, M.C.K.B. (2012). Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. Mundo da Saúde, São Paulo, 32 (1), 34-40.

Schoeller, S.D., Leopardi, M.T., Ramos, F.R. (2011). Cuidado, eixo da vida – desafio de enfermagem. Revista de enfermagem da UFSM, 1 (1), 88-96.

Schwonke, C.R.G.B., Filho, W.D. L., Lunardi, G.L. (2014). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a ventilação mecânica: análise sob a perspectiva da segurança do paciente. Retrieved from http://educacao.fau.com.br/site/arquivos/arquivo_20130115173304.pdf.

Silva, M.T., Lubenow, J.A., Virgínio, N.A. (2016). Assistência de enfermagem ao potencial dador de órgãos: revisão integrativa da literatura. Revista Ciências da Saúde Nova Esperança, 14 (1), 37-46.

Simonsson, J., Keijzer, K., Soderel, T. Fonsberg, A. (2020). A "Intensive critical care nurses" with limited experiences: experiences of caring for on organ donor during the donation process. Journal of Clinical Nursing, 29, 1614-1622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15195>.

Smith, N. (2015). Death Determination in Adult Patients: Assisting With. Nursing Practice & Skill.

Souza, M.F., Bento, J.C, Milagres, C.S. (2019). Percepções do enfermeiro intensivista frente à morte encefálica e à doação de órgãos. Revista Enfermagem Brasil, 18 (1). ISSN 1678-2410.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta, 5 Ed.

Venkat, A., Baker, E.F., Shears, R.M. (2014). Ethical controversies surrounding the management of potential organ donors in the emergency department. *Journal Emerg. Med*, 47(2), 232-236. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.10.23>.

Victorino, J.P., Ventura, C.A.A. (2017). Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação. *Revista Bioética*, 25 (1), 138-147. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251175>.

Vlaisavljevic, Z., Jankovic, S., Maksomovic, N., Culafic, M., Stulic, M., Milovanovic, T., Oluic, B. (2020). Attitudes of nurses toward organ donation in Serbia. *ELSEVIER. Transplantation Proceedings*, 20, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.01.031>.

World Health Organization (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. Obtido de <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf?ua=1>.

Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Slusarska, B., Wronska, I., Cuber, T., Pajnikihar, M. (2013). Theoretical foundations of nursing practice in Poland. *Nursing Science Quarterly*, 26 (1), 80-84. <https://doi.org/10.1177/0894318412466736>.

ANEXOS

ANEXO I




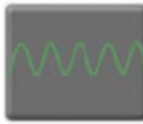











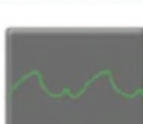




ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Parâmetro	Resposta	Pontos
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao comando verbal	3
	Ao estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Sons apropriados, sorriso social, segue com os olhos	5
	Choro consolável	4
	Choro inconsolável, irritado	3
	Inquieto, agitado	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Movimentos intencionais espontâneos	6
	Retirada em flexão à dor localizada	5
	Retirada em flexão generalizada	4
	Postura de flexão (decorticação)	3
	Postura de extensão (descerebração)	2
	Nenhuma	1

Fonte: enfermagemnovidade.com.br

ANEXO II

ESCALA FOUR SCORE

	Resposta ocular (E)	Resposta motora (M)	Reflexos do tronco cefálico (B)	Respiração (R)
4	 <p>As pálpebras abrem ou permanecem abertas; movimento de acompanhamento com os olhos; os olhos piscam a um comando.</p>	 <p>Sinal de aprovação (dedão para cima), sinal com o punho ou sinal de tudo bem em resposta a um comando.</p>	 <p>Presença de reflexos pupilares e corneanos.</p>	 <p>Sem intubação, padrão respiratório irregular.</p>
3	 <p>As pálpebras abrem, mas não há movimento de acompanhamento com os olhos.</p>	<p>Estímulo doloroso.</p>  <p>Localizando a dor.</p>	 <p>Uma pupila é ampla e fixa.</p>	 <p>Sem intubação, padrão respiratório de Cheyne-Stokes.</p>
2	 <p>As pálpebras permanecem fechadas, mas abrem ao som da voz.</p>	<p>Stimulus</p>  <p>Resposta flexora à dor.</p>	 <p>Ausência de reflexos pupilares ou corneanos.</p>	 <p>Sem intubação, padrão respiratório irregular.</p>
1	 <p>As pálpebras permanecem fechadas, mas abrem em reação à dor.</p>	<p>Estímulo doloroso.</p>  <p>Postura extensora.</p>	 <p>Presença de reflexos pupilares e corneanos.</p>	 <p>Presença de reflexos pupilares e corneanos.</p>
0	 <p>As pálpebras permanecem fechadas com a dor.</p>	<p>Estímulo doloroso.</p>  <p>Nenhuma resposta à dor ou estado epiléptico mioclônico generalizado.</p>	 <p>Ausência de reflexo pupilar, corneano e da tosse.</p>	 <p>Respira na frequência da ventilação mecânica ou apneia.</p>

Fonte: MedicinaNet

ANEXO III

**NINGUÉM É
OBRIGADO
A SER DADOR
DE ÓRGÃOS.
MAS SE DOAR
OS SEUS,
ALGUÉM
VAI DIZER
(OBRIGADO)**

Instituto Português do Sangue
e da Transplantação, IP
Serviços Centrais, Avenida Miguel
Bombarda, nº6, 1000-209 Lisboa
T. 210 063 065
E. transplantacao@ipst.min-saude.pt

*é essencial
saber*



**ORGÃOS,
(DOAR
OU NÃO
DOAR,
EIS A
QUESTÃO)
A RESPOSTA
É SUA**

www.ipst.pt



Instituto Português
do Sangue e da
Transplantação, IP



REPÚBLICA
PORTUGUESA



essencial
para
a vida

RENDA
REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES

130 202/2011

O QUE É O (RENDA)?

O Registo Nacional de Não Dadores é um registo informatizado de todos os cidadãos que se queiram opor à dádiva de órgãos e/ou tecidos após a morte. Compete às entidades autorizadas fazer a verificação de restrições ou oposição à dádiva no início do processo de doação.

QUEM PODE INSCREVER-SE NO RENDDA?

Qualquer cidadão nacional ou estrangeiro com residência permanente em Portugal. A inscrição de menores e incapazes deverá ser efetuada pelos representantes legais.

ONDE PODE SER FEITA A INSCRIÇÃO?

A inscrição no RENDDA pode ser feita em qualquer Centro de Saúde, que não obrigatoriamente na unidade da área de residência, onde se encontram disponíveis os formulários de inscrição. É também permitida a possibilidade de imprimir o formulário disponível no site do IPST,IP, devendo, neste caso, imprimir e preencher três exemplares do formulário.

A inscrição no RENDDA não é um processo irreversível. Para anular este processo e passar à qualidade de dador de órgãos, deverá dirigir-se a um centro de saúde e preencher o impresso do RENDDA, assinalando no cabeçalho a opção Anulação do registo no RENDDA (Passagem à qualidade de dador).

A INSCRIÇÃO TEM EFEITO IMEDIATO?

A inscrição no RENDDA só produz efeitos 4 dias após a receção do formulário na entidade responsável pela gestão do registo.

O cartão de não dador é enviado para a morada indicada no formulário, no prazo de 31 dias após a receção do impresso pela entidade responsável pela gestão do registo.

Após a inscrição no RENDDA e até à receção do cartão de não dador, o triplicado do formulário serve de comprovativo e deve sempre trazê-lo consigo.

A INSCRIÇÃO TEM ALGUMA IMPLICAÇÃO?

A inscrição do RENDDA não muda qualquer direito como utente do Serviço Nacional de Saúde, nem o direito de beneficiar de um transplante, caso necessite.



COMO É FEITO O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO?

O formulário do RENDDA é preenchido com letra legível, preferencialmente letra de máquina, sempre com maiúsculas.

formulário

No cabeçalho estão identificadas 4 opções para as quais o formulário pode ser preenchido, devendo assinalar apenas uma opção:

- Inscrição no Registo Nacional de Não Dadores
- Pedido de 2ª via do cartão
- Alteração de dados pessoais
- Anulação do registo no RENDDA (passagem à qualidade de dador)

1 IDENTIFICAÇÃO DO NÃO DADOR

Este campo é de preenchimento obrigatório. O campo referente ao número de não dador deverá ser preenchido pelos não dadores já inscritos que estejam a solicitar alteração de dados, anulação do registo ou 2ª via do cartão.

2 IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

Este campo é preenchido pelo representante legal, sempre que o utente a inscrever seja menor de idade ou incapaz. Os dados constantes deste campo referem-se ao representante legal e não ao utente a inscrever no registo.

3 RESTRIÇÕES À DÁDIVA

A objeção à doação de órgãos pode ser total ou parcial. Quando o formulário é entregue com o campo 3 em branco, assume-se objeção total. No caso de objeção parcial, ou seja, apenas se se opõe à dádiva de alguns órgãos ou tecidos e/ou de alguns fins, este campo deve ser preenchido, assinalando no ponto 1 para que fins se opõe. Relativamente à oposição de doação de alguns órgãos e/ou tecidos, identificar no ponto 2 quais são. Os órgãos que podem ser doados são: coração, pulmões, rins, fígado, pâncreas, intestino e estômago. Os tecidos que podem ser doados são: córnea, pele, válvulas, vasos e osso.

4 ANULAÇÃO DO REGISTO (passagem à qualidade de dador)

Este campo é preenchido sempre que um utente esteja inscrito no RENDDA e queira anular a sua inscrição.

5 A ASSINAR PELO REQUERENTE

O utente deve assinar o campo 5, confirmando a veracidade dos dados incluídos nos campos anteriores, independentemente da finalidade do preenchimento do formulário.

6 A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Este campo é preenchido apenas pelo funcionário que recebe o formulário.

Fonte: Instituto Português de Sangue e Transplantação

ANEXO IV

Segundo a legislação, através do DR n.º 94/1993, Série I-A de 1993-04-22 artº. 10 :

1 - São considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores.

2 - Quando a indisponibilidade para a dádiva for limitada a certos órgãos ou tecidos ou a certos fins, devem as restrições ser expressamente indicadas nos respetivos registos e cartão.

3 - A indisponibilidade para a dádiva dos menores e dos incapazes é manifestada, para efeitos de registo, pelos respetivos representantes legais e pode também ser expressa pelos menores com capacidade de entendimento e manifestação de vontade.

No artº. 11, refere-se á qualidade de estar inscrito ou não na base de dados a nível Nacional, isto é:

1 - É criado o Registo Nacional de não dadores (RENND), informatizado, para registo de todos aqueles que hajam manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores.

2 - O Governo fica autorizado, precedendo parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados, a regular a organização e o funcionamento do RENND e a emissão de um cartão individual, no qual se fará menção da qualidade de não dador.

3 - O RENND deve ser regulamentado e iniciar a sua atividade até 1 de Outubro de 1993.

Fonte: DR n.º 94/1993, Série I-A de 1993-04-22 artº. 10.

ANEXO V

CLASSIFICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER



Protocolo de Manchester: Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

Fonte: www.zetaphi.org

ANEXO VI

NORMA

NÚMERO: 002/2018
DATA: 09/01/2018

ASSUNTO: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata
PALAVRAS-CHAVE: Triagem de Manchester, *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*,
Implementação, auditoria interna e externa
PARA: Administrações Regionais de Saúde, Conselhos de Administração, Serviços de
Urgência Hospitalar, Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

NORMA

- Os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester.
- A triagem em idade pediátrica nos hospitais com serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), serviço de urgência polivalente (SUP) ou serviço de urgência polivalente pediátrica (SUPP) deve ser realizada na urgência pediátrica¹, com exceção do serviço de urgência básico (SUB) e do serviço de obstetrícia/ginecologia.
- As urgências pediátricas devem utilizar a versão mais recente do sistema de Triagem de Manchester ou do *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*¹.
- Os hospitais e serviços de urgência devem ter implementado:
 - Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO "Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizados"²;
 - Normas da Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde da Sépsis no Adulto.
- Os hospitais devem, ainda, implementar as seguintes Normas Clínicas a serem emitidas pela Direção-Geral da Saúde³ sobre Via Verde Coronária e sobre Via Verde do Trauma.
- No momento da triagem devem ser implementados os seguintes algoritmos:
 - Eletrocardiografia simples de 12 derivações, nas situações de dor torácica;

b) Nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional:

i. Previamente à radiografia simples do aparelho esquelético:

- (i) Avaliação da Dor, conforme Circular Normativa n.º 09/DGCG "A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor" ⁴, de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno;
- (ii) Avaliação do estado neurovascular e avaliação da necessidade de imobilização de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno.

ii. Radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional de acordo com algoritmo clínico que deve contemplar as incidências a considerar na realização da radiografia simples, previamente acordadas com a especialidade de ortopedia do respetivo hospital até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral da Saúde e Ordem dos Médicos.

c) Em idade pediátrica (idade inferior a 18 anos) nos casos com situação referida na alínea b) da presente Norma devem ser avaliadas por médico pediatra ou, na sua ausência, por médico de outra especialidade antes da solicitação de meios complementares de diagnóstico na triagem.

7. O diretor clínico deve aprovar e manter atualizados os algoritmos clínicos de encaminhamento interno⁵, sob proposta do diretor do serviço de urgência até serem emitidas Normas Clínicas pela Direção-Geral de Saúde com a Ordem dos Médicos, para as seguintes situações clínicas:

- a) Feridas incisas ou contusas (após penso compressivo efetuado na triagem);
- b) Feridas infetadas e/ou abscessos;
- c) Queimaduras (pessoas não emergentes);
- d) Amputação traumática das extremidades;
- e) Dor muscular aguda, pós esforço;
- f) Lombalgia intensa;
- g) Lesões articulares traumáticas;

- h) Traumatismo dos membros;
- i) Suspeita de corpo estranho ocular;
- j) "Olho vermelho";
- k) Alteração súbita da acuidade visual;
- l) Derrames hemáticos oculares;
- m) Traumatismo isolado do globo ocular;
- n) Disfagia por sensação de corpo estranho;
- o) Diminuição aguda da acuidade auditiva, otalgia ou otorragia não traumática;
- p) Epistaxes;
- q) Cefaleias;
- r) Traumatismo crânio-encefálico;
- s) Traumatismo torácico ou abdominal;
- t) Hemorragia digestiva;
- u) Dor abdominal;
- v) Trabalho de parto em período expulsivo;
- w) Patologia anorretal;
- x) Hemorragia vaginal;
- y) Suspeita de abuso sexual;
- z) Suspeita de violência e maus tratos;
- aa) Dor testicular aguda;
- bb) Traumatismo da face;
- cc) Celulite da face e/ou região cervical;
- dd) Hemorragia não controlada pós extração dentária;

- ee) Ideação de auto e/ou hétero-agressão;
 - ff) Ideação suicida;
 - gg) Pessoas com mandado de condução emitido pelas entidades judiciais.
9. O diretor clínico deve coordenar o planeamento e organização da implementação do sistema de triagem com a colaboração do enfermeiro-diretor.
10. O enfermeiro-diretor deve colaborar com o diretor clínico na compatibilização do planeamento e organização⁵ da implementação do sistema de triagem.
11. A triagem deve ser efetuada por médico e/ou enfermeiro.
12. O enfermeiro-diretor, sob proposta do enfermeiro-chefe, deve adequar a dotação e perfil dos enfermeiros no serviço de urgência.
13. O diretor clínico, sob proposta do diretor de serviço de urgência, deve adequar a dotação e perfil dos médicos no serviço de urgência.
14. Os serviços de urgência devem assegurar a formação em serviço, incluindo a mandatária, de médicos e enfermeiros³.
15. A implementação da triagem deve prever a retriagem/reavaliação da pessoa, definida a nível da unidade de saúde:
- a) Quando o tempo de espera excede o limite previsto;
 - b) De acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde;
 - c) Sempre que a família/acompanhante o solicite.
16. Os serviços de urgência devem implementar auditorias internas mensais ao sistema de triagem em uso, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços^{1,4}.
17. As auditorias internas mensais ao sistema de triagem de Manchester devem ser efetuadas nos termos previstos no protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e declaração de princípios a ele anexa⁶.
18. Cabe ao Grupo Português de Triagem realizar auditorias externas à implementação do sistema de Triagem de Manchester nos serviços de urgência¹.

19. Cabe a Direção-Geral da Saúde realizar as auditorias externas à implementação do *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*¹.
20. Os resultados das auditorias externas devem ser comunicados aos conselhos de administração das respetivas unidades de saúde e, semestralmente, às Administrações Regionais de Saúde¹ e à Direção-Geral da Saúde.
21. Os SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS) colabora com os hospitais para a garantia da integração dos registos clínicos do serviço de urgência nos registos clínicos em ambiente hospitalar, para garantia da implementação do(s) sistema(s) de triagem e de auditorias internas^{1,4}.
22. As situações clínicas mencionadas nos pontos 4, 5 e 6 e as situações clínicas a serem objeto de algoritmos clínicos, conforme previsto no ponto 7 da presente Norma, devem ser avaliados trimestralmente pelo diretor do serviço de urgência com a colaboração do enfermeiro-chefe, através de relatório dirigido ao presidente da comissão da qualidade e segurança^{6,7}.
23. As unidades de saúde devem enviar trimestralmente à Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, os indicadores da presente Norma de acordo com formulário disponível no sítio desta Direção-Geral (Anexo I).
24. As unidades de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, integram no relatório anual de atividades desenvolvidas no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e enviado à Direção-Geral da Saúde⁶, através do Departamento da Qualidade na Saúde, a avaliação da implementação do sistema de triagem realizada trimestralmente⁶, bem como as ações de melhoria implementadas, posteriormente analisadas conjuntamente com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros.
25. Os registos clínicos de todos os procedimentos realizados no âmbito da triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata devem permitir a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade:
- Demora média para triagem;
 - Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade;
 - Ponderação do número óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade;



d) Demora média entre a triagem e saída da pessoa do serviço de urgência por nível de prioridade.

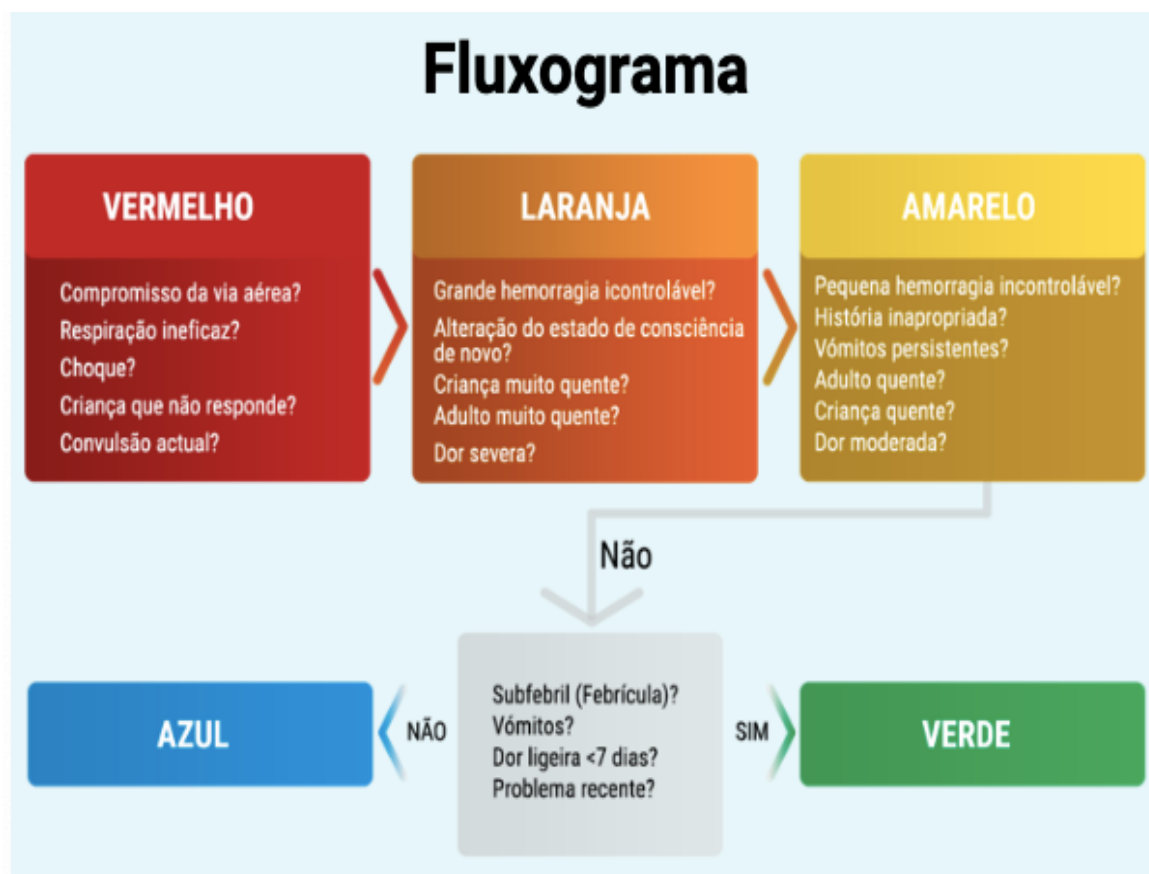
26.A presente Norma revoga a Norma da Direção-Geral da Saúde N.º 002/2015 de 23/10/2015.

Graça Freitas

Diretora-Geral da Saúde

ANEXO VII

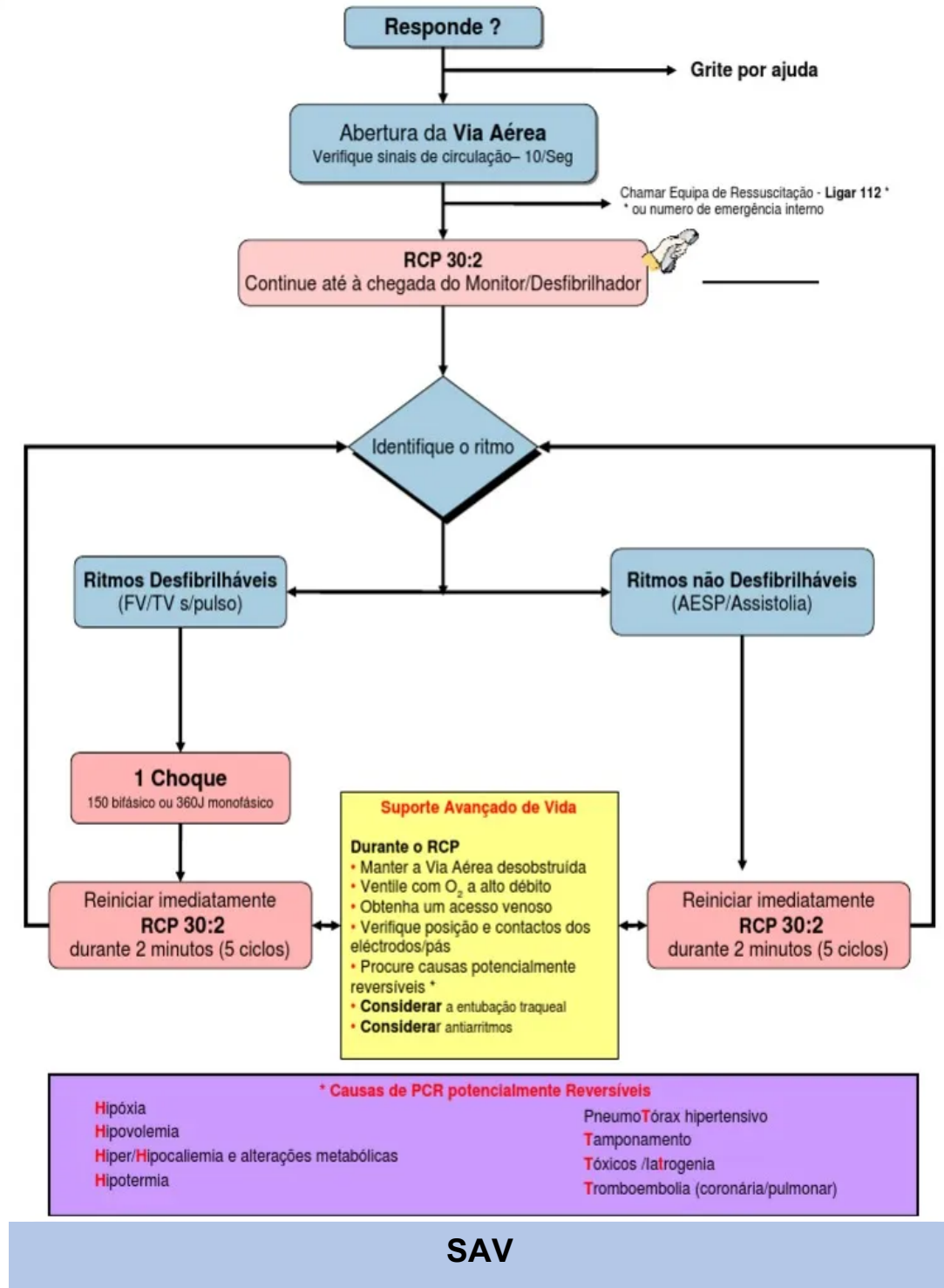
SISTEMA DE TRIAGEM MANCHESTER



Fonte: Grupo Português de Triage

ANEXO VIII

ALGORITMO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



Fonte: European Resuscitation Council

ANEXO IX

Identificação do Paciente

Nome: _____

Registro: _____

Exame inicial: Data ____/____/____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p>1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>
<p>1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>
<p>1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>
<p>2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>

ANEXO X

NURSING ACTIVITIES SCORE

Tabela 1 - Nursing activities score⁶

Atividades Básicas	Pontuação
1. Monitorização e controles	
1a. Sinais vitais horários, cálculo e registro do balanço hídrico.	4,5%
1b. Presença à beira do leito e observação contínua ou ativa por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não-invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, preparo e administração de fluidos ou medicação e auxílio em procedimentos específicos.	12,1%
1c. Presença à beira do leito e observação contínua ou ativa por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia.	19,6%
2. Investigações laboratoriais: Bioquímicas e Microbiológicas.	4,3%
3. Medicação, exceto drogas vasoativas	5,6%
4. Procedimentos de higiene	
4a. Realização de procedimentos de higiene, tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (p. ex.: isolamento), etc.	4,1%
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas em algum plantão.	16,5%
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão.	20,0%
5. Cuidados com drenos – Todos (Exceto Sonda Gástrica)	1,8%
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO Incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (p. ex. paciente imóvel, tração, posição prona).	
6a. Realização do(s) procedimento(s) até três vezes em 24 horas.	5,5%
6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência.	12,4%
6c. Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência.	17,0%
7. Suporte e cuidados aos familiares e pacientes: Incluindo procedimentos tais como: telefonemas, entrevistas e aconselhamentos. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes, permitem à equipe continuar com outras atividades de enfermagem (p. ex.: comunicação com os pacientes durante procedimentos de higiene ou comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente).	
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de 1 hora em algum plantão, tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia e lidar com circunstâncias familiares difíceis.	4,0%
7b. Suporte e cuidados aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão, tais como: morte, circunstâncias especiais (ex.: grande número de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis).	32,0%
8. Tarefas administrativas e gerenciais	
8a. Realização de tarefas de rotina, tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames e troca de informações profissionais (p. ex.: passagem de plantão e visitas clínicas).	4,2%
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão, tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	23,2%
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais de tempo em algum plantão, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	30,0%
Suporte ventilatório	Pontuação
9. Suporte Respiratório. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	1,4%
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1,8%
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória e aspiração endotraqueal.	4,4%
Suporte cardiovascular	Pontuação
12. Medicação Vasoativa, Independente do Tipo e Dose.	1,2%
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3l/m2/dia, independente do tipo de fluido administrado.	2,5%
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco.	1,7%
15. Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).	2,1%
Suporte renal	Pontuação
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7,7%
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. Sonda vesical de demora).	7,0%
Suporte neurológico	Pontuação
18. Medida da pressão intracraniana	1,6%
Suporte metabólico	Pontuação
19. Tratamento da acidose/alkalose metabólica complicada.	1,3%
20. Hiperalimentação Intravenosa.	2,8%
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou Outra Via Gastrointestinal (ex. Jejunostomia).	1,3%
Intervenções específicas	Pontuação
22. Intervenção(ões) específica(s) na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marcapasso, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: raio X, ecografias, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não são incluídos.	2,8%
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos	1,9%

Os sub-itens dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 são mutuamente excludentes.
Fonte: (QUEIRO, Padilha, 2009).

Fonte: reme.org.br

THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	Pontuação	
Atividades Básicas		
Monitorização padrão. Sinais Vitais horários, registros e cálculo regular do balanço hídrico	5	
Laboratório. Investigações bioquímicas e microbiológicas	1	
Medicação única. Endovenosa, intramuscular, subcutânea, e/ou oral / SNG	2	
Medicações endovenosas múltiplas. Mais que uma droga.	3	
Troca de curativos de rotina. Cuidado e prevenção de úlceras de decúbito / troca diária de curativo	1	
Trocias freqüentes de curativos. Troca freqüente de curativo (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados com feridas extensas	1	
Cuidados com drenos. Todos (exceto SNG)	3	
Suporte Ventilatório		
Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem PEEP. Com ou sem relaxantes musculares respiração espontânea com PEEP	5	
Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal sem PEEP; O ₂ suplementar por qualquer método exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica	2	
Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueostomia	1	
Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia de inalação, aspiração endotraqueal	1	
Suporte Cardiovascular		
Medicação vasoativa única. Qualquer droga vasoativa	3	
Medicação vasoativa múltipla. Mais que uma droga vasoativa independente do tipo e dose	4	
Reposição de grandes perdas volêmicas. Administração de volume >3l/m ² /d, independente do tipo.	4	
Cateter arterial periférico.	5	
Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	8	
Via venosa central.	2	
Ressuscitação cardiopulmonar (PCR nas últimas 24 horas).	3	
Suporte Renal		
Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	3	
Medida quantitativa do débito urinário (ex : SVD).	2	
Diurese ativa (ex : furosemida > 0,5 mg/Kg/dia)	3	
Suporte Neurológico		
Medida de Pressão Intracraniana.	4	
Suporte Metabólico		
Tratamento de acidose/ alcalose metabólica complicada	4	
Nutrição Parenteral Total endovenosa.	3	
Nutrição enteral (ex. SNG) ou outra via como por ex: jejunostomia.	2	
Intervenções específicas		
Intervenção específica única na UTI. Intubação naso ou orotraqueal, introdução de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24h, lavagem gástrica, não estão incluídas intervenções de rotina sem conseqüências diretas para as condições do paciente, tais como RX, ecografias, ECG, curativos, introdução de cateter venoso central.	3	
Intervenções específicas múltiplas na UTI. Mais que uma conforme descritas acima.	5	
Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	5	
TOTAL		

Fonte: Scielo.br

ANEXO XI

Escala de Ramsey

@ENFERMAGEMFACIL

GRAU 1

Paciente ansioso, agitado



GRAU 2

Cooperativo, orientado, tranquilo



GRAU 3

Sonolento, atendendo aos comandos



GRAU 4

Dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso



GRAU 5

Dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso



GRAU 6

Dormindo, sem resposta



Fonte: @Enfermagefacil

ANEXO XII

ESCALA DE BARDEN

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

Fonte: iespe.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE I



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**Universidade Católica Portuguesa : Instituto de Ciências da
Saúde**

Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica : A Pessoa em
Situação Crítica

Unidade Curricular

“ Estágio Final e Relatório”

Reflexão Crítica de Enfermagem

Serviço de Urgência Central

Realizado por: Marisa La Salette Moreira Teixeira N.º. 192019019
Sob Orientação Pedagógica da Sr.ª. Professora Doutora Lurdes Martins
Orientação Clínica da Sr.ª Enfermeira Mestre Ana Luísa Nabais

LISBOA, Outubro de 2020

CRIAR, REALIZAR, JAMAIS PARAR, pois tudo está em constante mudança, a maior aprendizagem é a arte de viver... e você não tem tempo a perder é vivendo que se aprende.

Paloma Novacov

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA.....	5
1-OBJETIVOS.....	5
1.1 Objetivo Geral.....	7
1.2 Objetivos Específicos.....	8
2-CONTEXTO CLÍNICO.....	8
3-REFLEXÃO CRÍTICA.....	9
3.1. Ciclo de Gibbs.....	11
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CCT- Coordenador de Colheita e Transplantes

CHD – Coordenador Hospitalar de Doação

DR – Diário da República

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

GCS – Glasgow Coma Score

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

HLA - Sistema de Antígeno Leucocitário Humano

MC – Morte Cerebral

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEEP – Pressão expiratória Final Positiva

PAM – Pressão Arterial Média

PVC – Pressão Venosa Central

RENDA – Registo Nacional de Não Dador

RPT – Registo Português de Transplantação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUC – Serviço de Urgência Central

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

NOTA INTRODUTÓRIA

A presente reflexão crítica surge no âmbito da Unidade Curricular “ A Pessoa em Situação Crítica – Relatório Final, do 3º. Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Instituto ciências da Saúde da universidade Católica Portuguesa. A prática reflexiva surge perante a necessidade dos praticantes expor a problemática da prática e aprenderem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria praxis obriga...tem um movimento intelectual centrado na ciência e na razão, uma vez que existe a ideia que se pode ficar fora de nós mesmos e chegar assim a uma compreensão mais lucida de quem somos e do que fazemos...é um diálogo entre o pensar e fazer, através do qual a pessoa se torna mais proficiente; baseia-se na ciência da ação que envolve a reflexão na e sobre ação e a reflexão sobre a reflexão na ação (Peixoto, N. et Peixoto, T., 2016). O desenvolvimento da prática reflexiva desafia a perceção, podendo atribuir um novo significado ao conhecimento e a todas as situações de incerteza que a prática permitiu experimentar, pelo que ao longo desta reflexão irei procurar descrever, analisar e apresentar o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito da especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, baseando -me nos pressupostos da unidade curricular e os principais documentos legais que orientam as boas práticas de Enfermagem.

1- Objetivos

É de extrema importância a definição clara de objetivos nas várias áreas da atuação humana, uma vez que orienta a ação tornando-a mais eficaz e avançada. Auxilia na participação e produção de conhecimento novo, desenvolve uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, bem como procurar liderar os diferentes contextos da prática de cuidados e possibilitando a mudança para uma prática de enfermagem avançada, a qual se centra numa lógica conceptual (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O estágio proporcionou uma forte aproximação entre o lecionado pela academia e pela prática clínica, uma vez que possibilitou a aplicabilidade de conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais apreendidos, fortalecendo as minhas competências. Tendo por base os objetivos gerais previamente delineados pela academia:

- I. Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- II. Capacidade para trabalhar na equipa multiprofissional e interdisciplinar;
- III. Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.
- IV. Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- V. Ser capaz de participar em investigação aplicada na sua área de especialização;
- VI. Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta na sua área de especialização;
- VII. Capacidade para refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem;
- VIII. Capacidade para aplicar os princípios, os valores e os deveres profissionais, assim como as normas legais que regulam o exercício da enfermagem;
- IX. Agir de forma segura, no cumprimento das normas institucionais de qualidade;
- X. Capacidade de gestão de cuidados, incluindo na articulação com outros profissionais;
- XI. Capacidade de autoavaliação, procurando uma continuada atualização científica na sua área de especialização;
- XII. Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização, segundo o Regulamento n.º429,

publicado em Diário da República (DR), a 16 de Julho de 2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pautam-se por:

- a) “Cuida da pessoa/ família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Neste sentido, os objetivos por mim propostos tiveram em consideração aos objetivos anteriormente mencionados e á realidade clínica, embora num contexto totalmente desconhecido, mas sob o qual objetivei com interesse, fascínio e ao mesmo tempo insegurança pelo inesperado e pela diversidade dos campos de atuação que um serviço de urgência central dispõem. Saliento que os objetivos específicos foram estrategicamente delineados, ou seja, com vista à intrusão e parceria com o trabalho final, bem como a impossibilidade de abarcar em pouco tempo todas as competências que um enfermeiro de urgência requer para o seu bom desempenho e profissionalismo. Uma vez, que o enfermeiro que exerce funções neste domínio, possuem um conjunto específico e extraordinário de Saberes, de modo a alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem (O.E, 2018)

1.1. Objetivo Geral

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação Crítica e Família em contexto de urgência/ emergência.

1.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem , na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência/ emergência;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializadas à Pessoa em situação crítica em particular ao doente vítima de trauma;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica, em particular ao doente com suspeita ou vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

2. CONTEXTO CLÍNICO

O estágio no SUC de um Hospital de Lisboa foi realizado num período compreendido de 1 de Setembro a 21 de Outubro numa carga horária de 257.30 h, cujos os turnos corresponderam ao *roulement* da enfermeira orientadora – turno da manhã das 8 – 15.30 h, tarde das 15 – 23h e noite das 22.30 – 8.30 h.

Segundo Lazear (2001), enfermagem de urgência abrange a prestação de cuidados em pessoas, de todas as idades, que apresentam alteração da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais , não diagnosticadas ou que necessitem de outras informações. Perante cuidados primários e normalmente agudos, os cuidados de enfermagem de urgência exigem um conjunto de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, quer no âmbito geral, quer no âmbito mais especializado.

O SUC é um serviço diferenciado e de referência a nível nacional. De acordo com o despacho nº. 5414/2008 de 28 de Fevereiro de 2008 do Ministério da Saúde é classificado como um serviço de urgência polivalente. Sendo constituído por duas áreas principais, a de ambulatório e a de internamento. A primeira área corresponde aos setores da triagem, duas salas de reanimação, sala de espera da prioridade

laranja, amarela, verde/azul (esta última atualmente condicionada pela pandemia do Sars Cov-2, isto é os doentes classificados pela triagem de Manchester a este nível são encaminhados sempre que possível para unidade de Cuidados de Saúde Primários), uma sala para pequena cirurgia e uma sala para doentes do foro respiratório que atualmente está convertida em gabinete de colheitas de Esfregaço para SarsCov-2. A área de internamento, corresponde o Serviço de Observação (SO) que aloca 16 unidades. No decorrente ano e para fazer face á pandemia por Coronavírus, criou-se um novo serviço no exterior ao serviço de urgência, mas cuja prestação de cuidados é realizada pela equipa de enfermagem do SUC, destinado á triagem , acolhimento de doentes para SarsCov-2 e doentes com patologia respiratória.

É um serviço que abrange um grande leque de patologias, sendo as mais frequentes: politraumatismo, enfarte agudo do miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência respiratória e cardíaca, intoxicação medicamentosa, hemorragias do trato gastrointestinal, cólica renal e outro tipo de queixas álgicas de carater urgente e com necessidade de intervenção.

Ao longo deste percurso tive a primazia de prestar cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica no contexto da reanimação e doentes alocados ao setor laranja (de acordo com o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester), indo de encontro aos objetivos delineados e por mim propostos.

3. REFLEXÃO CRÍTICA

A reflexão surge como uma importante fonte de conhecimento, simultaneamente aquisição de competências, bem como a oportunidade de cruzar a representação mental e a capacidade de agir.

Alarcão (1996) refere que a prática reflexiva contribui para que o profissional se possa libertar de comportamentos impulsivos e rotineiros. Valoriza a construção pessoal do conhecimento e legítima o valor epistemológico da prática profissional.

Segundo Benner (2001,p.14) refere a importância da interligação que a prática tem no seu todo com o conhecimento e a competência possam contribuir para o desenvolvimento da mesma, sendo fundamental para a sua construção o exercício do ciclo reflexivo, uma vez que *“ a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico”*.

Associado a esta descrição, também considero fundamental a descrição da minha reflexão contínua no modelo de prática reflexiva de Gibbs. É um modelo que representa um processo circular, que segue o fio do pensamento e permite “abraçar” os diferentes sentimentos vivenciados, as avaliações que se vão realizando e a análise do que vai acontecendo. A sua representação circular ilustra bem a aprendizagem como um processo clínico (descrição – percepção – avaliação – conclusão – ação) contribui para dar sentido à mesma e simultaneamente permite refletir sobre futuras alterações na prática.

Neste processo formativo, adquiri suporte teórico e capacidades que me permitiram desenvolver a reflexão e análise crítica sobre a prática e a experiência vivenciada. Segundo o autor KIM (1999, p.1205) *“ a emancipação profissional gera-se a partir do processo de aprender e de mudar na prática pela autocritica e consciência da tomada de decisão que se desenvolvem pela reflexão estruturada, a partir de um a face descritiva de situações”*.

Neste sentido, desencadeou-se a necessidade de refletir sobre a oportunidade vivenciada por mim durante o estágio e que vão de encontro á temática a desenvolver no trabalho final : “As intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos”. Foi uma experiência enriquecedora, no sentido de ter tido três situações que proporcionaram a manutenção do doente em morte encefálica para potencial dador de órgãos.

3.1.Ciclo Reflexivo de Gibbs

1º. Descrição

Ao longo destes últimos 19 anos, a minha experiência profissional baseou-se na prestação de cuidados a doentes do foro médico, pneumológico, nefrológico e por último, a doentes peri-operatórios, pelo que neste contexto de urgência no âmbito do Mestrado e Especialidade Médico-Cirúrgica foi um desafio de grande índole pessoal e profissional, com o grande objetivo de desenvolver competências de enfermeira especialista, uma vez que me encontro a nível de perita face ao largo número de anos de exercício profissional, em que parte dos mesmos foram dedicados aos cuidados prestados a doentes do foro peri-operatório e a todo o meu investimento académico e científico nessa área, tal como defendia Benner (2001). Visto que cada categoria, dos cinco níveis de proficiência referenciados pela autora (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), apresenta níveis de necessidades diferentes de aprendizagem/ ensino, relacionadas com o nível de experiência profissional.

Tendo em conta ao presente, diria que o estágio em contexto de urgência exige um desempenho profissional de grande destreza e conhecimento. Face a esta exigência e simultaneamente ao meu nível de proficiência, houve uma necessidade crescente de um estudo diário e contínuo de todas as situações relacionada com os cuidados prestados ao doente em situação crítica, com a finalidade de dar resposta e colmatar as lacunas existentes perante as dificuldades sentidas.

Abordagem ao doente crítico, tal com em todas as outras situações de cuidados, visa salvar vidas, melhorar a qualidade de vida, através da prevenção da doença e a promoção da saúde, mesmo que em fase aguda e primária requer uma resposta mais rápida e de coordenação entre equipas. Porém, tudo fica mais “vazio” quando nos deparamos por situações em que “salvar a vida” já não é mais possível pela dimensão das lesões físicas e orgânicas daquele indivíduo. O reconhecimento destas situações, possibilita o levantamento de outras necessidades, tais como o

transplante de órgãos, sendo uma terapêutica usada em doentes com insuficiência terminal de alguns órgãos e falência de alguns tecidos, e em que este procedimento constitui o fim da linha de tratamento possível para a sua sobrevivência. Daí que, a atuação e abordagem por parte do enfermeiro é crucial nestas circunstâncias para um conjunto de intervenções que visam: a manutenção do potencial dador, o vínculo de confiança entre o enfermeiro e a família, possibilitando por um lado, uma resposta favorável ao processo de doação, e por outro lado, estabelecendo uma relação de ajuda no processo que se inicia – luto, através da entrevista familiar.

A identificação de possíveis dadores pode acontecer em qualquer serviço no meio hospitalar, mas é no SU e nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), onde existe maior probabilidade de identificar um potencial dador. Segundo Garside, Fletcher e Finlayson (2012), é no SU que há maior probabilidade de identificar possíveis dadores e é a equipa de enfermagem que melhor visão tem para essa deteção. As intervenções dos enfermeiros são diversas, o seu contributo na identificação e referência de possíveis dadores e na manutenção e apoio às famílias dos potenciais dadores.

A formação sobre doação e transplantação de órgãos e tecidos está presente no programa formativo do enfermeiro com competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente à Pessoa em situação crítica (PSC) (OE, 2017).

Segundo o Regulamento nº.124/2011, o enfermeiro para valorizar a vida e a qualidade de vida não pode de todo esquecer que o doente crítico, é aquele cuja vida está sob ameaça de falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Define-se como potencial dador, o doente que não tem contra-indicação para doação de órgãos e tecidos com o diagnóstico de morte cerebral iniciado ou efetuado (World Health Organization, 2009). De acordo com o artigo 2º. da Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto, que estabelece os princípios em que se baseia a

verificação da morte, esta “corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral”, a avaliar segundo critérios definidos pela Ordem dos Médicos (OM). Se a Lei no 141/99 define os princípios gerais da verificação da morte, já a Lei no 12/93 de 22 de Abril, que regula a colheita e transplante de órgãos, indicava no artigo 12º. que “cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter atualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral (Diário da república,1994).

No meu contexto clínico, as causas de morte encefálica foram traumatismo crânio encefálico (2) (TCE) e acidente vascular cerebral (1) (AVC). O desejável era que a manutenção de um potencial dador, fosse assistida na UCI, uma vez que estas unidades dispõem de infraestrutura adequada, profissionais especializados e materiais de alta tecnologia necessários à terapêutica. Todavia e na impossibilidade de o fazer, estes potenciais dadores ficaram em vigilância na sala de reanimação do SU, até ao momento da colheita (2 doentes), ou até existir vaga em UCI (1 doente).

2º. Perceção

A abordagem dos cuidados a um potencial dador de órgãos gerou um duplo sentimento, por um lado o de frustração, de vazio em que todo o esforço dedicado ao doente não foi o suficiente..., e por outro lado, a esperança de poder contribuir e nortear a atuação de dar resposta perante a necessidade de doentes cuja, a única terapêutica eficiente e de resolução do problema, passa pela transplantação de órgãos, sendo que esta depende de potenciais dadores de órgãos efetivos. Segundo Dicks *et al* (2019), a equipa multidisciplinar está munida pelo grande objetivo do cuidar do doente e da família, desenvolver compreensão, confiança, empatia e respeito pelas posições de todos que integram este complexo sistema adaptativo que se gere nestas circunstâncias.

O processo de doação de órgãos é complexo e stressante para os membros da equipa multidisciplinar e para a família do potencial dador que podem sofrer luto, dilemas éticos, trauma direto ou fadiga da compaixão. Para Smudia, A *et al* (2012) os profissionais expressam simultaneamente confiança em aspetos relacionados com as funções desse contexto, e a incerteza ao fornecer apoio emocional ou ao gerenciar o seu próprio sofrimento.

Daí que o sentimento inicial ter sido de uma angústia, em lidar com o sofrimento e a morte de jovens que gozam de boa saúde física antes da doença traumática e da sua admissão hospitalar, bem como a comunicação da morte do seu ente querido á família, o seu processo de aceitação da morte e por conseguinte, mas não obstante, a necessidade de preparação do profissional para a entrevista familiar, com finalidade á obtenção e consentimento por parte desta para a obtenção de órgãos, após confirmação da morte encefálica. Para Juan Casassus (2009), a “educação emocional” surge como um conjunto de habilidades que a pessoa adquire para fortalecer as suas emoções e sentimentos, orientando-o a ter um comportamento emocional autocontrolado.

Essa educação emocional, numa primeira experiência não foi exequível na sua plenitude. Não houve uma preparação prévia, mas sim um confronto de ideias, de crenças, valores...e o receio iminente de como abordar a família! Trabalhar nesse contexto, foi stressante, mas que contribuiu para o crescimento pessoal e profissional. A natureza do relacionamento com os membros da equipa foi crucial para adaptar um comportamento ajustado á realidade dos fatos.

A salientar que não é comum, no SU operacionalizar estas situações durante um período alongado, isto é, perante um potencial dador de órgãos, este tem á priori indicação para ser acompanhado numa unidade de cuidados intensivos. Contudo, face á pandemia por coronavírus e pela conseqüente sobrelotação dos serviços de cuidados intensivos, houve a necessidade de proceder á prestação de cuidados na sala de reanimação, onde estiveram alocados mais do que 24 h, e até ser possível o seu encaminhamento para o Bloco Operatório (B.O.).

3º. Avaliação

Perante este processo adaptativo é necessário seguir um conjunto de etapas padronizadas pela instituição, pelo que os cuidados de enfermagem se intensificam no sentido de mudar metas e esperanças. E quando de forma organizada e depois do impacto, contribui para um ambiente favorável e um equilíbrio por parte dos membros da equipa e da própria família em consentir a doação.

Apesar do serviço de urgência não ser considerado o local ideal para alocar este tipo de doentes, reúne as condições mínimas para a manutenção do corpo e dos órgãos. Para fazer face a esta dificuldade estrutural, deparei-me com uma equipa extremamente preparada para intervir e avaliar continuamente o equilíbrio do potencial dador, com conhecimento do contexto. Uma equipa que trabalha em colaboração, apoio mútuo e organizacional (Cohen, 2013). Na primeira situação, optei por observar todas as etapas que compõem o protocolo de doação, nas duas seguintes tive uma prestação ativa. Requer, dedicação, muito empenho e atenção para qualquer alteração que se possa desencadear e que coloque em risco a viabilidade do dador. Sob orientação, tive oportunidade de cumprir o protocolo proposto pela instituição.

Sempre que no SUC é diagnosticado um doente com Glasgow Coma Score (GCS) inferior ou igual a 5 é contactado o coordenador hospitalar de doação (CHD), com a finalidade de referenciar potencial dador de órgãos. Simultaneamente dá-se início ao preenchimento do formulário do protocolo de diagnóstico de morte Cerebral (MC), bem como comunica-se a existência ao gabinete coordenador de colheita e transplantação (GCCT). Neste primeiro contato, é comunicado ao coordenador de colheita de transplantes (CCT) uma breve história clínica e dados de identificação do potencial dador (nome, data de nascimento, correspondentes aos do cartão de cidadão). O CCT inicia o processo logístico realizando a pesquisa no registo nacional de não dador (RENDA). No caso de existir registo na pesquisa efetuada o processo termina – não se avança para possível doação. No caso, de não existir qualquer registo que invalide a continuação do processo, dá-se início ao processo. Após esta primeira avaliação, com referência a potencial dador, inicia-se as primeiras provas de MC, aquando da GCS = 3, dá-se continuidade ao tratamento

e manutenção do dador, de modo a que os órgãos e tecidos, que venham a ser colhidos tenham a melhor qualidade com vista a garantir o êxito da transplantação. No SUC existe na plataforma digital um link específico para o efeito, automaticamente ao introduzir “perfil do dador de órgão” obtém-se o pedido de análises específicas, Rx torax. ECG, Ecografia abdominal e renal e Ecocardiograma. Simultaneamente, ao processo burocrático, o médico que acompanha o doente, informa a família da situação clínica do seu familiar (informação da MC). É neste momento, que o enfermeiro que acompanha o doente, tem um papel fundamental no apoio, fortalecimento e esclarecimento de dúvidas. Há que ter atenção que neste momento, a família encontra-se muito vulnerável e frágil, pelo que esta conversa/entrevista deve ser feita em ambiente acolhedor e específico (no SUC, existe um gabinete que reúne as condições necessárias para o efeito). É necessário conceder-lhe tempo para assimilar a informação sobre a morte do seu “ente querido”, bem como para expressar as suas dúvidas. Respeito, Compaixão, primeiro e posteriormente abordar a doação de órgãos e tecidos. Embora, em Portugal a legislação nacional não contempla a autorização/consentimento da família para doação de órgãos e tecidos.

Após a realização das primeiras provas de MC, o CHD reúne toda a informação disponível nos registos da potencial doação e juntamente com os familiares com a finalidade de complementar a informação necessária e proceder á sua introdução no registo português de transplantação (RPT). Inicia-se assim, o protocolo de manutenção de dador:

- De preferência:
 - Transferir o doente para a UCI;
 - Colocar cateter venoso central;
 - Colocar linha arterial.
- Manter ventilação e oxigenação para:
 - Ph 7.35-7.45

- FiO2 para Saturação arterial de O2 superior a 95%;
- Usar PEEP 5-8 cm H2O;
- Lactato de Ringer/ Soro Fisiológico 0.9% 0.45% para:
 - . PVC 8-10 mmhg;
 - Diurese 100-200cc/h;
 - PAM superior a 65mmhg (se necessário usar aminas, como Noradrenalina);
 - Se diurese superior a 300cc/h, administrar desmopressina 4mcg IV;
- Manter eletrolíticos:
 - Na+ 140-155meq/L;
 - K+ 3.8 -4.8 meq/L
- Evitar a Hipotermia
- Manter Glicémia 140-180 mg/dl
- Manutenção das córneas, com proteção ocular.

Posteriormente, interpreta-se os resultados dos meios complementares de diagnóstico (MCDT), onde se confirma elegibilidade para a doação dos órgãos e tecidos. A avaliação do dador é de extrema importância, pois pode ser detetada alguma contraindicação para a doação e a qual ainda não observada até então.

Após a realização das segundas provas de MC, estamos perante um dador de órgãos e tecidos. Efetivam-se os contatos finais, entre o CHD, aplicação RPT e o CCT, Unidade de transplantação para aceitação ou rejeição do órgão oferecido, desencadeando, no caso de ser aceite, a logística conducente ao agendamento da colheita.

O trabalho conjunto de vários intervenientes contribui para tomar decisões em consonância com a maior qualidade e conhecimento científico, garantindo a qualidade dos órgãos.

Salienta-se que anteriormente colhia-se gânglios entre a 1ª e 2ª prova de MC para realização de provas de compatibilidade sistema de antígeno leucocitário humano (HLA) (no caso de colheita de pulmões, pâncreas, rins e coração), situação que atualmente se efetua no perioperatório.

Concluído todo o processo, encaminha-se o dador para o Bloco Operatório, onde procede á colheita de órgãos.

4º. Análise

Segundo Alves, K. et al (2014) é necessário a “interconexão entre prática e pesquisa, onde se destaca o protocolo de cuidados á saúde, que visa orientar o cuidado e a gestão dos espaço de saúde, com vista a nortear fluxos, procedimentos clínicos e condutas, melhorando a racionalidade, os recursos e incrementando a probabilidade de resultados assistenciais de qualidade e a garantia da autonomia profissional”.

Neste ponto de vista, o protocolo seguido para potencial dador de órgãos e manutenção do dador, são fundamentais para estabelecer prioridades e assim facilitar indicadores de processo e resultados, bem como, a disseminação de conhecimento para posteriores situações semelhantes, tal como a comunicação profissional e toda a coordenação do cuidado que estas situações exigem.

5º. Conclusão

Sendo o foco do SU, estabilizar a pessoa em situação crítica, realizar uma avaliação primária e secundária da situação e transferir o mais rápido possível, para o local que reúna todas as condições que a situação assim o implica, com a finalidade de dar resposta ao problema, á situação de doença da pessoa/ família. Torna-se imperioso uma excelente gestão de recursos, bem como adoção de

estratégias perante situações em que há necessidade de alocar potenciais dadores de órgãos no SU. Isto porque, a exigência dos cuidados de enfermagem acarreta maior tempo, uma dinâmica de prestação de cuidados mais centrada em resultados, para que o possível transplante seja um êxito, pela qualidade dos órgãos. Perante este contexto, e no SU é sempre difícil agilizar todo o processo, uma vez que o fluxo de entrada de doentes é grande e requer um atendimento rápido, presente e necessário, pelo que o ideal seria sempre transferir os potenciais dadores de órgãos para UCI's.

6º. Ação

Os enfermeiros de acordo com o REPE devem intervir de acordo com ações interdependentes, que se caracterizam com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros elementos da equipa multidisciplinar, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas, com protocolos previamente realizados pela equipa multidisciplinar.

Salienta-se a sensibilidade que a equipa de enfermagem possui nestas situações, não somente no ponto de vista da informação e conhecimento científico em intervenções e cuidados de enfermagem, para boas práticas, bem como no acolhimento, compreensão e respeito no luto da família.

Todavia seria pertinente, que o acesso aos protocolos supramencionados fosse mais acessível aos novos elementos que integram o serviço, no sentido minorar situações de angústia, ou falta de informação acerca do processo doação de órgãos.

CONCLUSÃO

Apesar de me considerar perita no meu contexto profissional, foi simultaneamente desafiante e angustiante, o estágio realizado no SUC. Primeiro, porque considero que foi uma experiência que acarretou sentimentos de novos desafios, mas que automaticamente dependiam de uma rápida ação, fazendo-me sentir perdida, como se não conseguisse dar resposta. Esta situação deve-se ao fato da diferença de ambiente, contexto, métodos de trabalho, outro tipo de abordagem, que uma enfermeira perita numa área não o possa ser em outra diferente, uma vez que o seu nível de competência não poderá ter por base o tempo necessário nesse ambiente para o desenvolvimento desta (Benner, 2001).

Ao longo do tempo estes sentimentos de frustração foram se atenuando, pela integração do espaço físico, pela integração á equipa de enfermagem, pelos impulsos oriundos da enfermeira orientadora, pelo estudo autónomo, evidenciando uma aprendizagem mais consistente e uma ação mais rápida, precisa e com conhecimento baseado em evidência científica.

Tive a oportunidade de progredir e atingir os meus objetivos propostos, bem como ir de encontro á minha temática do trabalho final. Que apesar de acarretar um sentimento de perda da pessoa, implica o salvamento de outras. Neste sentido, a vontade foi sempre crescente de adquirir, assimilar mais e mais...sendo uma ferramenta valiosa e sustentável á minha prática clínica. Porque, cuidar de pessoas a vivenciar processos complexos em situação crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências especializadas (Regulamento nº. 429/2018, 2018, p.8656).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (1996). Ser professor reflexivo. In Alarcão, Isabel [et al] – Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão. Porto: Porto Editora.

Alves, K., Salvador, P.T.C.O., Tourinho F.S.V., Santos, V.E.P. (2014). Análise do Conceito “Protocolos de Enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, (8): 82-177.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Casassus, J. (2009). Fundamentos da educação emocional. Brasília: UNESCO, Liber Livro Editora, 204-205.

Cohen K., Colleens P. The impact of trauma work on trauma workers: a metasynthesis on vicarious trauma posttraumatic growth, Psychol Trauma. 570-580.

Diário da República (1994) - 1 Série-B, N. 235, página 6160.

Dicks, S.G., Burkolter, N., Jackson, L.C., Boer, D.P., Frank, M.P. (2019). Grief, Stress, Trauma, and Support During the Organ Donation Process. Transplantation Direct, 512-516. <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000000957>.

Garside, J.G., Garside, M., Fletcher, S., Finlayson, B. (2012). Utilisation of an embedded specialist nurse and collaborative care pathway increases potential organ donor referrals in the emergency department. Emergency Medicine Journal, 29,228-232. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.107334>.

Kim, H.S. (1999). Critical reflective inquiry for Knowledge development in nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 1205-1212.

Lazear, S.E. 2001. Transporte aéreo e terrestre. In: Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática (Sheehy's), Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 141-160.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Programa Formativo para a Enfermagem especializada em Enfermagem Médico- Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Leiria: Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Peixoto, N.M.S.M., Peixoto, T.A.S.M. (2016) Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência Série IV – N.º.11 – out/nov/dez. 121-132.

Regulamento N.º. 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.º Série (N.º 135- 16-07-2018). 19359-19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Smudia A., Mihályi S., Okros I, Hegedus, K., Fazakas, J. (2012). The attitude and Knowledge of intensive care physicians and nurses regarding organ donation in Hungary-it needs to be changed. Ann Transplant (3), 93-102. <https://doi.org/10.12659/aot.883463>.

World Health Organization (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. Obtido de <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf?ua=1>.

APÊNDICE II



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Universidade Católica Portuguesa : Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica : A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

“ Estágio Final e Relatório”

Reflexão Crítica de Enfermagem

Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

Realizado por: Marisa La Salette Moreira Teixeira N.º. 192019019
Sob Orientação Pedagógica da Sr.ª. Professora Doutora Lurdes Martins
Orientação Clínica da Sr.ª Enfermeira Mestre Cristina Rocha

LISBOA, Novembro de 2020

“A confiança é a mais alta forma de motivação humana. Extrai o melhor das pessoas. Mas requer tempo e paciência, e não prescinde da necessidade de treinar e desenvolver as pessoas, para que sua competência se nivele com a confiança.”

Stephen Covey

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA.....	5
1-OBJETIVOS.....	6
1.1. Objetivo Geral.....	7
1.2. Objetivos Específicos.....	7
2-CONTEXTO CLÍNICO.....	8
3-REFLEXÃO CRÍTICA.....	10
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral da Saúde

NAS – Nursing Activities Score

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UC- Unidade Curricular

PDA – Personal Digital Assistant

PE- Processo de Enfermagem

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAE – Sistematização de Assistência de Enfermagem

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

UP – Úlcera de Pressão

VM – Ventilação mecânica

NOTA INTRODUTÓRIA

A presente reflexão crítica surge como continuidade do trabalho iniciado em contexto clínico, no âmbito da Unidade Curricular (UC) “ A Pessoa em Situação Crítica- Estágio Final e Relatório”, do 3º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Apesar de divergir o local e especialidade, é um contínuo sob a prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica (PSC), claro está, numa vertente diferenciada e mais tecnológica, mas que o significado do Cuidar é transversal. Segundo Leininger (1998), “*cuidar define-se como a essência da enfermagem e característica central, dominante e unificadora (...) através de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas e processos de cuidado orientado à manutenção e desenvolvimento de condições favoráveis de vida e de morte*”. Uma vez que a dimensão na prática clínica da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), deve ser básica e essencial, em que os profissionais de saúde devem ser capazes de colocar o foco dos cuidados nas necessidades específicas de cada doente crítico, mas unificando a dimensão tecnológica e holística em todo o processo de cuidados instituído (Wilkin, 2004). Devido á evolução tecnológica e científica que se observa na atualidade, é fundamental precisar uma “reforma de pensamento”, pelo que a prática reflexiva permite produzir conhecimentos com base na prática profissional, estrategicamente com um crescimento intrínseco por meio da reflexão (...), já que a prática permite, sempre que possível, a inteligibilidade da diversidade das intervenções, convergindo as ciências, a técnica e a arte para a complexidade da condição humana, conquistando autonomia e consciencialização dos fatos e a tomada de decisões (Schon, D.A.,2000; Morin, E. 2014).

Esta reflexão procura explicar o trabalho desenvolvido ao longo do contexto clínico, constitui um importante meio de capacitação na aquisição de um profundo conhecimento de saberes e práticas. Segundo Santos (2003), esta estratégia só é conseguida se o processo de análise e exploração das diversas atividades constatadas no contexto clínico gerarem e clarificarem no profissional, uma perspetiva conceptual dos cuidados que pratica. Deste modo, o processo de aprender a aprender e de mudar na prática pela autocrítica e consciência da

tomada de decisão, desenvolvem-se pela reflexão estruturada da análise consciente, dinâmica, persistente e cuidadosa, através da análise descritiva das situações (Kim,1999). Permitindo, a construção de uma nova perspectiva de conduta futura, com conhecimento científico e competências especializadas.

1-OBJETIVOS

Para se conseguir alcançar uma prática reflexiva, é fundamental que todas as ações respeitem um princípio primariamente delineado e que serviu de fio condutor ao ato clínico e ao pensamento crítico – objetivos. Para Marconi e Lakatos (2002 ,p.24) “toda pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar”. Ou seja, os objetivos quer gerais e específicos têm um papel de nortear, direcionar, clarificar o rumo de ação do profissional, possibilitando aumentar o seu conhecimento sobre um determinado assunto e/ ou intervenção. Auxilia na participação e produção de conhecimento novo, desenvolve uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, bem como procurar liderar os diferentes contextos da prática de cuidados e possibilitando a mudança para uma prática de enfermagem avançada, a qual se centra numa lógica conceptual (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tendo em conta aos objetivos propostos pela UC, foi possível estabelecer uma maior aproximação entre a perspectiva académica e profissional, gerando oportunidade de desenvolvimento e conhecimento por boas práticas de enfermagem e a um nível mais avançado, consolidando o que já existia e adquirindo o desconhecido, refinando o conhecimento e a prática clínica em competências mais especializadas. Assim, os objetivos propostos pelo Guia da Unidade Curricular foram (UCP, 2020):

- a) Reconhecer problemas de especial complexidade na área de assistência às pessoas em situação crítica e família;

- b) Eleger métodos de recolha e análise de informação sobre os problemas detetados;
- c) Formular diagnósticos e analisar criticamente os resultados encontrados;
- d) Identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com a segurança dos pacientes, controlo da infeção e a sobrecarga dos cuidadores familiares;
- e) Participar na organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância do trabalho em equipa;
- f) Comunicar as suas conclusões e os raciocínios que as fundamentam.

Após a análise dos objetivos propostos pela UC, foi possível traçar objetivos pessoais previamente delineados no projeto de estágio, de forma a sistematizar as aprendizagens através do relato das atividades realizadas, identificação de problemas, com referência a estratégias sugeridas e respetiva implementação para a sua resolução, enunciando as competências adquiridas e desenvolvidas na área de atuação em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente à pessoa em situação crítica.

1.1. Objetivo Geral

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica em contexto de Cuidados Intensivos.

1.2. Objetivos Específicos

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos de acordo com a metodologia científica do Processo de Enfermagem;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação Crítica e família em contexto de

Unidade de Cuidados Intensivos, em particular ao doente em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI);

- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos, no domínio da Segurança do Doente.

2. CONTEXTO CLÍNICO

O estágio da UCI do Hospital de Lisboa foi realizado num período compreendido de 28 de Outubro e 15 de Novembro de 2020, numa carga horária de 112.30 h, cujos turnos caracterizam-se por serem de 12 horas e que corresponderam ao *roulement* da enfermeira orientadora – turno da manhã das 08-20.30h e o turno da noite das 20 - 08.30h.

Segundo Alarcão (1996), os enfermeiros em contexto de estágio, sob a orientação dos enfermeiros e restante equipa, vão caminhado progressivamente numa direção de autonomização e crescente responsabilização pela sua área de atuação. Face a esta reciprocidade do conhecimento teórico e do saber do conhecimento prático que o enfermeiro/ estagiário tem oportunidade de aferir mudanças de atitudes e comportamentos na prática profissional e pessoal, reproduzindo numa resposta mais eficaz e deste modo contruindo e consolidando as suas competências profissionais.

Silva, R., Lage, I., Macedo, E. (2018) cita que *“as UCI’s diferenciam-se pela tecnologia de ponta, meios avançados de monitorização e de terapêutica farmacológica, e têm como objetivo recuperar e de tratar falências multiorgânicas que colocam a vida da pessoa em risco, atribuindo-lhe um significado curativo”*.

As unidades de cuidados intensivos são assim *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando,*

prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento, 2003, p.6).

A UCI é um serviço diferenciado onde se prestam cuidados a doentes em estado de saúde crítico ou que apresentam potencial risco, necessitando de uma vigilância contínua e intensiva. A unidade é constituída por 12 unidades de internamento, das quais 1 com um quarto de isolamento, com antecâmara e 4 quartos individuais para doentes com necessidade de cuidados de um nível mais diferenciado, ou seja, “corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente.” (DGS, Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento, 2003). Cada enfermeiro fica responsável pela prestação de cuidados a dois doentes cuja criticidade seja maior (rácio 2:1) e no máximo três doentes por enfermeiro cuja prestação de cuidados seja intermédia, isto é, “ são locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com funções de órgão e em risco de falência de funções vitais (...) embora não estando em estado grave, necessitam de vigilância organizada e sistemática durante 24 h por dia” (DGS, 2003, p.6).

Nesta unidade preconiza-se o método de trabalho individual, de acordo com a situação clínica e a carga de trabalho avaliada com base em Nursing Activities Score (NAS), instrumento que visa medir o tempo de assistência de enfermagem em UCI (Miranda *et al*, 2003). Surge do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28), com a finalidade de o tornar mais representativo das atividades realizadas pela enfermagem nas UCI's. Este instrumento consta em 7 categorias e 23 itens. Cada item possui uma pontuação, pelo que o score atribuído a um doente resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem as necessidades de assistência direta e indireta dos doentes. O Score representa o total de assistência

que um enfermeiro requereu sobre o doente nas últimas 24h. Se a pontuação for de 100, significa que o doente requereu 100% de tempo do enfermeiro no seu cuidado nas últimas 24h.

Todavia, destaca-se o espírito de equipa e inter-ajuda entre a equipa multidisciplinar. Atualmente, com o desenvolvimento tecnológico e científico, ninguém consegue reunir toda a experiência técnica nas várias áreas do conhecimento, sendo mais sustentável o trabalho em equipa (Pontes et al, 2008). A especificidade e abrangência dos serviços, a quantidade e especialidade dos recursos humanos que compõem as equipas multiprofissionais, e a forma como o processo de trabalho se desenvolve, são elementos chave no processo de gestão (Santos e Silva, 2012).

3. REFELXÃO CRÍTICA

A minha experiência profissional ao longo dos últimos 16 anos, consiste na prestação de cuidados ao doente peri-operatório, pelo que a realização deste estágio em contexto de cuidados intensivos no âmbito do Mestrado e Especialidade Médico- Cirúrgica foi um desafio profissional e pessoal de grande índole, uma vez que permitiu desenvolver competências especializadas, consolidar e adquirir conhecimentos de Enfermagem avançada. A presente reflexão tem como apoio o testemunho do *Modelo de Iniciado a Perito de Patrícia Benner*.

Cuidar numa Unidade de Cuidados Intensivos, significa intervir com doentes em estado crítico, os quais são admitidos por apresentarem uma situação clínica instável com potencial compromisso da função de um ou mais órgãos ou sistemas vitais, bem como todos os doentes que revelam um elevado risco de desenvolvimento de complicações graves, necessitando de vigilância mais “apertada”, uma monitorização mais intensivista. Apesar de ser uma área, cuja unidade está dotada tecnologia avançada e a qual auxilia os processos de trabalho, tratamento e manutenção, o grande foco da prática de enfermagem é o doente, que requer cuidados de saúde de qualidade e excelência, o que acaba por ser

influenciado pelo próprio comportamento organizacional. Neste sentido, é de extrema importância um desempenho e conhecimento sejam refinados, evolutivos, atualizados para uma aplicabilidade assertiva e baseada em conhecimento científico. Pelo que aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, inevitavelmente passa por fases de aprendizagem relacionadas com o nível de experiência do profissional, este age com maior perspicácia, quanto maior a sua experiência, logo melhor o seu desempenho. (Benner, 2001).

Neste contexto da prática clínica, o meu nível de competências é inferior ao definido na minha vida profissional. Enquanto, que neste último classifico-me como *perita*, no ensino clínico considero que foi mais de *Competente*, isto porque, Benner (2001) defende que a enfermeira competente consegue ter várias opções e tem a capacidade de diferenciar benefícios possíveis para cada, bem como é capaz de demonstrar uma comunicação afetiva com os doentes, família. Consegue integrar conhecimentos e auto-avaliação, bem como identifica a aprendizagem como um processo, desenvolve sensibilidade e diversidade, integra valores éticos na prática de enfermagem. Traduzindo a aplicação ao cuidar de enfermagem. Como cita Benner(2001, p.53) “*o estado estímulo-resposta ao da competência adquirida ao longo da prática de enfermagem*” só foi possível pela similaridade da dinâmica e patologias específicas com a minha vida profissional, ou seja, nesta UCI a grande recetividade de doentes são do foro cirúrgico, pós-operatórios e doentes da hemodinâmica. Pelo que, não sendo uma área totalmente desconhecida, uma vez que é o meu dia-a-dia profissional, foi-me facilitada a aprendizagem e consolidação de conhecimento e prática de cuidados a este grupo de doentes. Logo os atributos e aspetos de cada situação presente ou prevista são mais conscientes, de ação mais rápida e uma fundamentação mais consistente. Benner (2001, p.54) refere que a uma enfermeira competente consegue de forma consciente e deliberada planificar, organizar, ser eficiente e demonstrar um sentimento que sabe bem das coisas e é capaz de lhe fazer frente, mesmo perante imprevisto, a capacidade de resposta está presente.

Todavia, é importante destacar, outras vertentes das quais requereu em estudo autónomo mais aprofundado, toda uma orientação/ acompanhamento e contributo prestado pela senhora enfermeira orientadora, tendo sido uma mais valia para o

esclarecimento e percepção dos cuidados a ter com os doentes do pós-operatório do foro da cárdio-torácica. Uma vez, que para existir conjugação de competências é fundamental desenvolver-se uma aprendizagem experiencial, onde se presta atenção e modos privilegiados de reagir às situações dos cuidados, como modo de aquisição no conhecimento e destreza. Benner chama a atenção para que as enfermeiras ao desenvolverem a sua aprendizagem em contextos de grandes especificidades e complexidades, em que encontram sofrimento e vulnerabilidade de todo o momento, precisam também de desenvolver um sentido de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes às práticas clínicas. *As práticas do Cuidar são baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto. Tornar-se um membro participante na prática de enfermagem, implica que se assume um a intenção de ajuda e um compromisso de desenvolverem práticas de cuidar* (Benner, 2001 p.12).

Aprendizagem clínica é um momento de observação e intervenção, com a finalidade de desenvolver capacidades, atitudes e competências, em que o enfermeiro estagiário depara-se com a necessidade de mobilizar e organizar toda uma temática lecionada e adquirida pelo estudo, afim da sua apropriação e aplicabilidade para o desenvolvimento máximo de competências profissionais, construção da sua identidade e contextualização de diferentes saberes (Mendes, A.P., 2016). Sustentando este caminho, baseado na *interação e reflexão* (Alarcão, I., Rua, I., 2005, p. 376) e com recurso aos objetivos traçados inicialmente, a prática de enfermagem neste contexto clínico obedece inequivocamente a um conjunto de ações dinâmicas e interrelacionais, na adoção de um determinado método ou modo de fazer que compõem o Processo de Enfermagem (PE). Segundo Garcia, T.R., NÓBREGA, M.M.L., (2009), a implementação do PE, através das suas etapas ajudam a determinar o problema observado e qual o seu significado, bem como os julgamentos (necessidades humanas específicas) que daí resultam e os critérios de realização. Estabelece-se intervenções estratégicas e alternativas perante o problema, com a finalidade de alcançar um determinado resultado. Baseado neste modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, o PE facilita e permite organizar condições imprescindíveis à realização do cuidado, melhorar o reconhecimento profissional e avaliação da prática profissional. A instrumentalização e a sua implementação sistemática permitem ao profissional e

ao estagiário organizar o seu processo de trabalho, de forma a ir de encontro às necessidades do doente intensivo, em que a complexidade das intervenções se torna mais eficiente e consistente quanto mais organizado for o processo. O raciocínio lógico, o pensamento crítico e uma prática reflexiva estão inerentes a este conjunto de etapas definidas pelo PE, que apesar da sua complexidade são um fio condutor á complexidade dos cuidados prestados em unidades de cuidados intensivos, ajudando por um lado a destruturar essa complexidade e exigência de saberes e por outro a construir ações de cuidado, de excelência como resposta aos problemas identificados no processo de saúde-doença. Salienta-se, que este caminho estrutural só é possível de ser realizado, quando é sobejamente do conhecimento pessoal e profissional, em que a habilidade e autenticidade no relacionamento interpessoal, a perícia ou destreza manual do desempenho das ações de cuidado está presente em qualquer ato ou ação do cuidado (Garcia, T.R., Nóbrega, M.M.L., 2009).

PE vai contribuir de forma significativa perante o trabalho exigente, complexo e intenso das UCI, onde o papel do enfermeiro culmina com a capacidade permanente de cuidar de pessoas em estado crítico. Sistematização e ambientes altamente tecnológicos caminham lado a lado para combater o fenómeno e obter o resultado positivo e desejável, em que as intervenções são rápidas e eficazes. É encarado como um poderoso instrumento para a mudança, no sentido da excelência do cuidar em enfermagem. Todavia, esta instrumentalização da prática e no dia-a-dia de um enfermeiro, exige por parte deste um domínio de conhecimentos amplo, em virtude de estar perante uma área de prestação de cuidados caracterizada pelo uso de tecnologia sofisticada e complexa que quando associada ao corpo de conhecimentos que confira competências para o exercício de enfermagem, se traduz no cuidar na sua essência. Uma não pode dissociar-se da outra. Perante os padrões de mais alta qualificação técnica, os cuidados de enfermagem na pessoa em situação crítica, devem ser eficazes, em que o enfermeiro deve possuir o mais alto nível de motivação, resiliência emocional e um amplo conhecimento para fazer frente á situação e transformações repentinas das condições do doente (Benner et al, 1999).

Perante este desafio, é fundamental salientar um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade, que se remete à segurança de doentes. Esta é definida pela DGS (2011) como “ *a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para o mínimo aceitável*”. Sendo alvo de uma abordagem multicêntrica e multiorganizacional, onde cada profissional está incluído com as respetivas funções e intervenções. A UCI deste hospital não poupa esforços nesse sentido, através da utilização de múltiplas ferramentas que permitem reduzir erros e melhorar segurança dos doentes e a qualidade em saúde. Importa salientar que para se conseguir melhorar a segurança dos doentes, deve existir mudanças estruturais, culturais e comportamentais por parte dos profissionais, doente e família, definindo a organização onde estão com vista a ganhos da saúde e o bem-estar do doente e sua integridade física, psíquica e social. Pelo que a relevância dos sistemas de prestação devem assentar sob a premissa de que a segurança do doente deve consistir “ *em evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde (...)* . *A segurança emerge da interação dos componentes do sistema, não reside num indivíduo, dispositivo ou departamento. A melhoria da segurança depende da aprendizagem de como a segurança emerge das interações dos vários componentes. A segurança de doente é um subconjunto da qualidade dos cuidados de saúde*” DGS (2011, P.136).

No sentido de evitar ou minimizar eventos adversos, tem sido uma preocupação crescente a temática da segurança do doente nos serviços de saúde, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Entende-se por eventos adversos “*lesão não intencional que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado*” (Mendes et al, 2005). É um trabalho de equipa, e que na sua plenitude e aplicabilidade se traduz em ganhos de saúde para o doente e família. A UCI pelas suas características específicas, quer pela exigência e perícia de prestação de cuidados, quer pela tecnologia de ponta, transforma-se num ambiente propício para a ocorrência de erros. Importa salientar, que estes erros podem ser colmatados ou pelo menos minimizados com o recurso a instrumentos, por parte dos profissionais, pelo que será oportuno referenciar parte deles nesta reflexão.

No HLL, um dos instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde, é o Personal Digital Assistant (PDA). Trata-se de um dispositivo portátil, que provê o armazenamento de informação clínica relativa a cada doente. Ou seja, aquando da admissão do doente nos serviços de saúde é gerada uma pulseira com a sua identificação (nome, data de nascimento), número de processo e um código de barras único; a qual depois de colocado no membro do doente só é removida com a sua alta da instituição. Através do código de barras, e com o sistema PDA consegue-se a ceder às prescrições terapêuticas, exames complementares de diagnóstico, serviços diatéticos e outro tipo de intervenções que sejam relevantes para a prestação de cuidados relativamente àquele doente, sem que haja cruzamento de dados ou informações de outros doentes. Apesar de dar uma noção empresarial, têm ganhos de eficiência e melhoria da qualidade da segurança, no sentido de evitar erros de administração de terapêutica, troca de exames e outros, mas também permitir ao enfermeiro dispensar menor tempo administrativo e assim reservá-lo para o Cuidar. Tem a possibilidade de interconexão com o computador, onde os registos ficam formalizados automaticamente após a sua validação.

A promoção de uma cultura de segurança será tanto mais eficaz quanto maior a instrumentalização das intervenções. Pelo que é fundamental, que o enfermeiro faça uma avaliação das características do doente, simplesmente através do diálogo e análise de processo, prevê o risco de possíveis complicações, no sentido de planear intervenções adequadas ao risco encontrado, e alcançar cuidados de saúde de excelência. A gestão de risco torna-se eficaz quando é reconhecida, identificada em trajetórias de acidentes nos cuidados de saúde, no sentido de corrigir o evento, limitar os efeitos nefastos e comunica-los (Fragata, 2009) proactivamente, podendo mudar o rumo da sua localização, “abrir e fechar os buracos” da trajetória tal como Reason (2000) expos através do modelo do queijo suíço. Deste modo, a implementação de medidas, orientações e protocolos integrados no comportamento individual e organizacional, minimiza o dano ao doente, promove a sua segurança e ganhos de saúde, bem como permite por parte dos profissionais a aprendizagem em torno dos erros (Fragata, 2010).

Outras das medidas concretas tomadas pelo Hospital, no serviço de cuidados intensivos e que visam oferecer segurança ao doente, tais como: ar condicionado

com controle de humidade (50-60%) e de temperatura (22°C- 24°C), sinalização e alarme, devidamente instalado e de fácil acesso, em cada unidade possui pontos de oxigénio, ar comprimido e vácuo, iluminação geral e individual, lavatórios em para higienização constante das mãos, antisséptico. Monitoriza-se diariamente a temperatura dos frigoríficos, para garantir a qualidade dos alimentos. Perante a necessidade iminente e o risco de úlceras de pressão, a utilização de colchão de pressão alternada concomitante aos posicionamentos no leito, bem como a utilização a meias de compressão alternada em situações de potencial tromboembolismo ou outros possíveis danos.

Qualquer descuido em um destes aspetos importantes num ambiente desta índole pode determinar riscos na saúde e segurança do doente, principalmente se este estiver dependente de ventilação mecânica (VM).

A VM consiste num recurso terapêutico de assistência ao doente crítico em insuficiência respiratória, independentemente da sua etiologia. Contudo, requer uma equipa que trabalhe de forma eficiente e integrada, consciente e com perícia (Schwonke, 2014). Tal como Benner cita (2001,p.58), *“enfermeiro perito tem que ter uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”*. Face á sua vasta experiência consegue fazer frente a todos os desafios e dar resposta ás necessidades do doente, promovendo a sua recuperação e segurança. Não obstante, o aprimoramento e atualização constante da tecnológica e evidência científica, objetivando restabelecer o equilíbrio hemodinâmico e as funções alteradas.

A monitorização dos doentes em suporte respiratório é fundamental e em conjunto com dados de testes e observação cínica permitem agir em consonância ou mesmo evitar possíveis complicações. A prestação de cuidados em doentes em VM deve ser criteriosa e rigorosa.

Este princípio norteia a ação terapêutica do enfermeiro no doente ventilado, nomeadamente nos cuidados a ter: com aspiração traqueal; controle da pressão do *cuff* do tubo orotraqueal (reduzir o risco de complicações da traqueia), higiene oral (minimizar secura das mucosas e proliferação de microorganismos, conforto e bem-

estar do doente), alternância de decúbitos em intervalos variados, transporte do doente para exames de diagnóstico ou outras unidades e prevenção de possíveis complicações, como UP, Pneumonias, barotraumas, pneumotórax, extubação acidental.

Inúmeros cuidados de enfermagem são considerados como boas práticas assistências, com a finalidade de promover a segurança do doente e contribuir para a qualidade do serviço prestado. Santos et al (2020) refere que na enfermagem, *“boas práticas entendem-se como um conjunto inter-relacionado e indissociável de teorias, técnicas, processos e atividades visto como as melhores opções disponíveis para o cuidado da área, guardando consistência com conhecimentos, valores, contextos, ambientes, objetivos e evidências no interesse da saúde”*.

CONCLUSÃO

Esta longa caminhada no contexto clínico possibilitou-me a oportunidade de aprofundar conhecimentos, desenvolver capacidades e adquirir competências num domínio específico da enfermagem, isto porque *“ a teoria oferece o que se pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apresentar pela teoria”* (Benner, 2001, p.61). É no saber transformar que se adquire habilidades e competências. Tal como cita Dias (2004), o desenvolvimento de competências *“é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber- Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todas estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber -Transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho”*.

Para que haja efetividade e assertividade de mudança em todo o processo formativo e o desenvolvimento de competências, é fundamental na excelência do exercício de enfermagem no contexto clínico, associar a teoria á prática e vai permitir a análise e discussão do impacto nos cuidados e uma *“reflexão coletiva que pode construir o conhecimento e criar novas agendas para a investigação”*(Benner, 2001, p.16).

O processo de aprendizagem e as atividades desenvolvidas face aos objetivos propostos inicialmente tornou-se enriquecedor e fortalecido, na medida que permitiu solidificar as competências, umas adquiri-las e outras desenvolvê-las, no caminho da autonomia e com ganhos pessoais e profissionais. Tal como cita Nunes (2006, p.12) *“ a nossa razão de ser, enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade: porque somos enfermeiros”*.

Gostaria de salientar, que apesar da carga horária ter sido menor, e de se tratar de uma instituição cuja cultura organizacional é da cariz privada, foi vivenciado com

grande intensidade e entusiasmo, a visibilidade á ação exigiu uma constante prática reflexiva , julgamento/ pensamento crítico e exercício da tomada de decisão numa enfermagem avançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (1996) – Ser professor reflexivo. In Alarcão, Isabel [et al] – Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão. Porto: Porto Editora.

Alarcão, I., Rua, I. (2005). Interdisciplinidade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto de Enfermagem*, 14 (3), 373-378. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3a08.pdf>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)*. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., Hooper, P., Stannard, D. (1999) – Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking in action approach. London: WB Saunders.

DGS. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Obtido de Direcção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.

DGS. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional para a segurança do doente. Relatório Técnico Final. DGS <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>.

Dias, J. (2004). Perspetivas das Competências. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº.188, 18-22.

Fragata, J.I. (2009). *Gestão de Risco- Governação dos hospitais*. Alfragide. Casa das letras.16-18.

Fragata, J.I. (2010). A segurança dos doentes: indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica geral*. 26(6), 564-560.

Garcia, T.R., Nóbrega M.M.L. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. 13 (1), 188-193.

Kim, H.S. (1999). Critical reflective inquiry for Knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (5),1205-1212.

Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>

Marconi, M.A., Lakatos, E.M. (2002). Técnicas de pesquisa: planejamento, execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. Ed. São Paulo: Atlas.

Mendes, A.P. (2016). O exercício reflexivo na prática de enfermagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista eletrônica Educare (Educare Electronic Journal)*. EISSN:1409-4258. 20 (1), 1-23.

Mendes, W., Travassos, C., MARTINS, M & NORONHA, J. (2005). Revisão dos estudos de ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, (4), 393-406. <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf>

Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planejamento. (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Miranda, D.R., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli, W., Lapichino, G. (2003). Nursing activities score. *Crit Care Med*. 31(2), 374-82.

Morin E. (2014). A cabeça bem feita: repensar a reforma: reformar o pensamento. 21 a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.128.

Nunes, L (2006). II congresso da Ordem dos Enfermeiros. Autonomia e Responsabilidade na tomada de decisão em Enfermagem. 1-12.

Pontes, B. (2008). Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM. Barcarena: Universidade Atlântica. Trabalho final de Pós- graduação em Urgência e Emergência orientado por Alexandre Tomás. 74 .

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento no.429/2018. Diário da república, 2a. Série. N.o135. (16 de Julho de 2018).

Santos, C. *et al* (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. Esc Anna Nery 24(2), 2.

Santos,E.M. (2003). Encontrar Sentido ao que se Percebeu. Bise. 30, 18-20.

Santos, J. N.; Silva, L. A. (2012). Conceções e práticas do trabalho e da gestão de equipas multidisciplinares na saúde. Santa Catarina: Revista de Ciência e Administração [Em linha]. 14 (34), 155-168. ISSN 1516-3865. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273524780011>.

Schon, D.A. (2000). Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed.

Silva,R., Lage, I.,Macedo, E., (2018). Vivências dos Enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: uma reflexão Fenomenológica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 20, 34-42.

Wilkin, K.; Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. Journal of Clinical Nursing, 13, 50-59.