



## **Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**Relatório de Estágio**

**Gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa  
adulta na fase peri-transplante  
Intervenção especializada de enfermagem**

**Fernando Manuel Machado Rodrigues**

**Lisboa**

**2019**







**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**  
**Relatório de Estágio**

**Gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa  
adulta na fase peri-transplante**  
**Intervenção especializada de enfermagem**

**Fernando Manuel Machado Rodrigues**

Orientador: Professora M. Teresa Leal

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





*“Se não deres nada de ti mesmo aos outros,  
muito pouco de ti acabará por valer alguma coisa”*

*George Allen*



## AGRADECIMENTOS

Às pessoas e famílias a quem prestei cuidados,  
pela oportunidade de crescimento e desenvolvimento  
profissional e humano;

À minha família,  
o porto seguro onde sempre posso ancorar  
e aos meus pais que possibilitaram tornar-me no que sou;

A todos os colegas e profissionais com quem,  
ao longo deste percurso, me tenho cruzado  
e cujas interações e partilhas me acrescentaram;

À Professora Teresa Leal pela exigência, rigor metodológico  
e consciencialização do valor da palavra escrita;

Às enfermeiras tutoras dos ensinamentos clínicos  
por todas as aprendizagens possibilitadas,  
nomeadamente o desenvolvimento de inteligência emocional;

Aos amigos e ao Miguel,  
que sempre me recorda a coragem e a perseverança  
nos momentos de desespero;

A todos, muito obrigado!



## **Lista de abreviaturas e siglas**

ATCN® – *Advanced Trauma Care for Nurses*

BO – Bloco operatório

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHC – Carcinoma hepatocelular

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – *Extracorporeal membrane oxygenation*

EEMI – Equipa de emergência médica intra-hospitalar

EN – Escala numérica

EPI – Equipamento de proteção individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ERC – Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

IACS – Infeção associada aos cuidados de saúde

IRODaT – *International Registry in Organ Donation and Transplantation*

JA – Jornal de aprendizagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia associada à intubação

PBS – *Pain behavior scale*

PE – Processo de enfermagem

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em situação crítica

RIL – Revisão integrativa da literatura

SABA – Solução antissética de base alcoólica

TH – Transplante hepático

TPM® – *Transplant Procurement Management*

TRP – Transplante reno-pancreático

TSFR – Técnica de substituição da função renal

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCIP – Unidade de cuidados intensivos polivalente

UT – Unidade de transplantes

VMI – Ventilação mecânica invasiva



## RESUMO

Os avanços científicos e tecnológicos têm tornado o transplante como o tratamento de escolha num número crescente de pessoas com falência terminal de órgão. Representa a passagem de uma condição de sofrimento e ameaça à vida para uma situação mais saudável, quando comparada com a situação antes do transplante. Contudo, a necessidade subjacente de se submeter a medicação imunossupressora ao longo da vida implica uma condição de cronicidade ao recetor. Esta medicação minimiza o risco de rejeição do enxerto, porém incrementa a vulnerabilidade do recetor por possibilitar a instalação do risco de contrair infeções ou desenvolver neoplasias.

A gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa na fase peri-transplante constitui um desafio e um estímulo ao desenvolvimento de competências específicas nesta área de cuidados à pessoa em situação crítica. Manter a vigilância e ligação com outros sinais habilita à deteção efetiva, capacitando para o desenvolvimento de competências e eficácia clínica. Congruente com a necessidade de especialização de cuidados à pessoa na fase peri-transplante, corroborada pela literatura, os estágios realizaram-se numa unidade de cuidados intensivos polivalente e numa unidade de transplantes. A realização de uma revisão integrativa da literatura permitiu suportar a prática na evidência. A reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas conduziu ao meu processo de mudança com um impacto muito positivo no desenvolvimento de competências técnicas e humanas, visando a perícia, como refere Patrícia Benner.

A mobilização da metodologia científica através do processo de enfermagem, ancorado na Teoria das Transições de Meleis, habilitou-me a estruturar intervenções objetivando diminuir a vulnerabilidade acrescida da pessoa e promover uma transição saudável. A relação empática com a família permitiu capacitá-la para o suporte social. As atividades realizadas nos dois campos de estágio conduziram ao desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, nos domínios das relações humanas, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados, com enfoque nas pessoas a vivenciarem processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, determinando vulnerabilidade acrescida.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem, gestão da vulnerabilidade, transplante, transição



## **ABSTRACT**

Scientific and technological advances have made transplantation the treatment of choice in an increasing number of people with terminal organ failure. It represents the transition from a condition of suffering and life threat to a healthier situation when compared to the situation before transplantation. However, the underlying need to undergo immunosuppressive medication throughout life implies a condition of chronicity to the recipient. This medication, while minimizing the risk of graft rejection, increases the vulnerability of the recipient by allowing the installation of the risk of contracting infections or develop neoplasms.

Management of increased vulnerability of the person in the peri-transplantation phase is a challenge and a stimulus to the development of specific skills in the area of care for the critically ill person. Maintaining surveillance and connection with other signals enables effective detection, promoting skills development and clinical efficacy. Congruent with the need for specialization in peri-transplantation care, as confirmed by the literature, the internships occurred in a polyvalent intensive care unit and in a transplant unit. The realization of an integrative review of the literature allowed me to support the practice in the evidence. The critical reflection on the lived experiences led to my change process with a very positive impact in the development of technical and human skills, aiming the expertise, as referred by Patricia Benner.

The mobilization of scientific methodology through the nursing process, anchored in the Theory of Transitions of Meleis, enabled me to structure interventions aimed at reducing the person's increased vulnerability and promoting a healthy transition. The empathic relationship with the family enabled her to qualify for social support. The activities carried out in the two internship fields led to the development of specialized nursing skills in the areas of human relations, professional responsibility, ethical and legal, continuous quality improvement and care management, focusing on people experiencing complex critical illness processes and/or organic bankruptcy, determining increased vulnerability.

**Keywords:** nursing care, vulnerability management, transplantation, transition



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1. A VULNERABILIDADE ACRESCIDA DA PESSOA ADULTA A VIVENCIAR UM PROCESSO TRANSICIONAL POR NECESSIDADE DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO.....</b>	<b>23</b>
<b>1.1. Vulnerabilidade da pessoa adulta na fase peri-transplante ..</b>	<b>24</b>
<b>1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis como guia orientador para a prática de cuidados de enfermagem.....</b>	<b>29</b>
<b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1. Contextualização e caracterização dos locais de estágio.....</b>	<b>38</b>
<b>2.2. Análise do percurso mediante os objetivos de estágio .....</b>	<b>40</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>73</b>

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura**



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>The vulnerability model in organ-transplant patients</i> .....	27
Figura 2. Transições: uma teoria de médio alcance .....	30



## INTRODUÇÃO

A ciência e a tecnologia têm evoluído de forma vertiginosa nas últimas décadas. Na área dos cuidados de saúde, estes dois campos de intervenção assumiram um papel relevante que foi potenciado com o surgimento das primeiras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), no final dos anos 50 do século passado. Os avanços no desenvolvimento de tecnologias e na compreensão mais precisa e aprofundada dos fenómenos fisiopatológicos que afetam as pessoas conduziram ao surgimento de novas respostas terapêuticas (Vincent, 2013). Surgiram assim novos procedimentos e técnicas que, evoluindo na complexidade, possibilitam novas oportunidades de resposta às necessidades de pessoas em situação crítica com falência terminal de órgão. Foi neste contexto que, no mesmo horizonte temporal, surgiu o transplante de órgãos como opção terapêutica (Kalra & Desousa, 2011; Starzl & Makowka, 1987).

A dependência da tecnologia nos cuidados de saúde continua a ser hoje uma realidade. Porém, esta tecnologia deverá ser incorporada como uma forma de humanizar o cuidado, podendo ela própria tornar-se um complemento do ser humano (Locsin, 2017). Nesta perspetiva de humanizar a tecnologia, Locsin (2017) refere-se à tecnologia artificial, produzida como forma de substituir partes do corpo humano em falta (de que são exemplo as próteses). Por outro lado, considera que a tecnologia pode ter uma origem orgânica, usada na substituição de uma parte não funcionante do corpo, na qual os órgãos e tecidos humanos se enquadram como “complemento tecnológico”.

Ao longo das últimas 6 décadas, o transplante de órgãos sólidos evoluiu de um procedimento experimental para um padrão de resposta a situações de falência terminal de órgão. Num muito curto período de tempo tornou-se num procedimento *lifesaving* (em algumas situações críticas) e incrementou a taxa de sobrevivência de pessoas criticamente doentes (Sen, Callisen, Libricz, & Patel, 2019). De acordo com Sen *et al.* (2019), um estudo abrangendo um período de 25 anos revelou que o transplante de órgãos sólidos salvou mais de 2 milhões de anos-vida, com uma média de 4,3 anos por recetor. Verifica-se, deste modo, que para além do impacto no estado de saúde da pessoa transplantada, esta atividade assistencial de cuidados de saúde assume uma relevância extrema em termos sociais; não só pelos anos de vida ganhos, como pela possibilidade de manter pessoas economicamente ativas.

Para muitas situações de falência terminal de órgão, o transplante surge como a última arma terapêutica capaz de melhorar a qualidade de vida ou, em muitas situações, manter essa mesma vida. Como resultado desta possibilidade de resposta terapêutica, a população de recetores de órgãos sólidos continua a crescer (Kalra & Desousa, 2011; Kramer, Siegal, Frogge, & Chadha, 2019). Porém, o transplante constitui um tratamento, não uma cura (Lanuza & McCabe, 2001; Wade, Reith, Sikora, & Augustine, 2004). Requer a gestão da transição de uma condição de ameaça à vida para a adaptação a uma doença crónica (Kurz, 2002; Mavis, Ertl, Chapman, Cassidy, & Lerret, 2015). A cronicidade e gravidade destas doenças afetam todos os membros da família e conduzem a situações de vulnerabilidade acrescida (Chesnay, 2005; Kurz, 2002).

Os cuidados aos recetores de transplante são, cada vez mais, cuidados multidisciplinares (George, Large, Boujoukos, & Tuttle, 1996; Lanuza & McCabe, 2001; Murphy, Trevitt, Chamney, & McCann, 2011). Embora o número de centros transplantadores tenha vindo a aumentar nas últimas 3 décadas, o número de profissionais especializados não tem acompanhado as necessidades. A melhoria da qualidade requer uma avaliação constante dos resultados e discussão dos mesmos enquadrados no trabalho de equipa e com *feedback* em tempo real. A prática clínica avançada dos enfermeiros ao longo dos últimos 25 anos, nomeadamente em contexto de UCI e serviços de internamento de pessoas transplantadas, tem-se revelado particularmente positiva para os resultados alcançados pelas pessoas em situação crítica submetidas a transplante (Kramer et al., 2019). Por este motivo, esta é uma área de relevância para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e ciência.

A realização deste mestrado surge da motivação para uma aprendizagem constante e de encarar a vida como um percurso de aprendizagem inacabado. Por este motivo, quando foi sugerido que o tema de projeto se enquadrasse dentro de uma área de interesse pessoal, fez-me sentido que o tema a ser trabalhado tivesse uma relação com o contexto profissional atual. Assim, trabalhando num Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) cuja atividade visa responder às necessidades das pessoas com falência terminal de órgão, a pessoa transplantada surgiu como tema principal.

No transplante, enquanto procedimento cirúrgico, a fragilidade e a reserva fisiológica têm impacto no resultado, pelo que a avaliação pré-operatória é de vital importância (Abrunheiro, Perdigoto, & Sendas, 2005; Kalra & Desousa, 2011; Kramer et al., 2019). *A posteriori*, no pós-transplante, a imunossupressão é primordial na sobrevivência do enxerto na pessoa submetida a transplante de órgão sólido (Guenette & Husain, 2019; Kalra & Desousa, 2011). Todavia, as complicações infecciosas e a disfunção primária do enxerto constituem consequências potenciais não pretendidas podendo, no limite, tornar-se potencialmente letais após o transplante (Kok, Dong, & Karvellas, 2019; Kramer et al., 2019).

Neste contexto, a pessoa transplantada enquadra-se no grupo populacional particularmente vulnerável, sendo que a vulnerabilidade é ainda acrescida pelo facto de ser submetida a imunossupressão. Assim, surgiu o seguinte tema de interesse:

**Gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa adulta na fase peri-transplante – Intervenção especializada de enfermagem.**

A propósito da vulnerabilidade, refere Benner (2001) que aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo. Manter a vigilância, nos vários momentos, sobre as várias pistas e tornar efectiva a sua detecção e a ligação com outros sinais, pode revelar e alargar as competências de empenhamento e eficácia clínica (p. 17).

O que torna o transplante uma experiência transicional com relevância para a prestação de cuidados de enfermagem são os riscos potenciais que esta experiência pode acarretar para a pessoa. Como refere Meleis (2010, p. XV) *“preventing these risks, enhancing well-being, maximizing functioning, and mastering self-care activities are outcomes that nurses strive for in their interventions”*. Podemos, assim, considerar que os enfermeiros são profissionais de saúde muito bem posicionados para desempenhar o papel de facilitadores dos processos de transição, pela sua presença nos diferentes contextos (Lanuza & McCabe, 2001; Mendes, Silveira, & Galvão, 2008; Pedroso et al., 2019). Utilizando a metodologia do processo de enfermagem realizam uma constante avaliação dos dados que lhes permitem programar os cuidados, em parceria com a pessoa e visando os resultados por esta esperados (Garcia & Nóbrega, 2009; Mota, Rodrigues, & Pereira, 2011). Contudo, a prática de cuidados de enfermagem deve ter subjacente um referencial teórico que oriente a forma como o enfermeiro olha a pessoa alvo de cuidados. Como referem Pereira, Stuchi e Arreguy-

Sena (2010) “a estruturação do processo de enfermagem deve ser ancorada num referencial teórico da própria categoria” (p. 75).

Pelo atrás exposto, podemos inferir que “vulnerabilidade” e “transição” são dois conceitos intimamente ligados à pessoa adulta na fase peri-transplante. Meleis (2010) caracteriza a vulnerabilidade como um conceito ligado à qualidade de vida diária associada às respostas evidenciadas pelos indivíduos em períodos de transição. Por outro lado, considera que a enfermagem “é a arte e a ciência de facilitar processos de transição dos seres humanos, abrangendo as suas experiências, tendo como finalidade a saúde e bem-estar” (Meleis, 2010, p. 5). Neste contexto, a teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis surge como o referencial teórico para guiar as minhas intervenções de enfermagem, mantendo o foco na gestão da vulnerabilidade como forma de promover uma transição saudável.

Foi com base nesta motivação de poder contribuir para uma transição saudável da pessoa transplantada que tomei a decisão de aprofundar competências no âmbito desta problemática. O objetivo consistia na aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa e família, ou pessoas significativas, na fase peri-transplante. No metaparadigma da enfermagem, conceito *pessoa*, a família aparece associada como cliente de cuidados, sendo que o ambiente social que vivenciamos hoje em dia deixa desenhar múltiplas figuras para a conceção de família. Assim, cada família é única na composição e nas relações estabelecidas. Porém, independentemente da sua composição, com laços de consanguinidade ou afetivos (pessoas significativas) para com a pessoa, é necessário acolhê-la como parceira de cuidados e suporte social, sem qualquer tipo de preconceito social ou cultural (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000; Relvas, 2006). Por este motivo, e doravante neste relatório, sempre que mencionar o conceito família estarei a incluir as pessoas significativas.

A elaboração deste relatório de estágio visa apresentar todo o percurso realizado durante o mestrado em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), bem como constituir um processo de reflexão sobre o mesmo. Indissociável deste processo encontram-se o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, aplicado à

enfermagem por Benner (2001), os objetivos definidos para o curso de mestrado atrás citado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), bem como os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Joint Quality Initiative, 2004). Simultaneamente, sendo um curso de mestrado numa área de especialização em enfermagem, e sendo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o organismo nacional regulador, pretende-se que o percurso efetuado possibilite, também, o reconhecimento da aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC, conforme definido pela OE e publicado no Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2ª série - N.º 135 (p. 19359) de 16 de julho; as quais conduzem à atribuição do título de Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista, respetivamente.

Para que este percurso se tornasse possível foi essencial a aprendizagem em contexto da prática clínica. Esta baseou-se na realização de dois períodos de estágio. Um ocorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e o outro numa Unidade de Transplantes (UT), de um centro hospitalar de Lisboa. Como objetivos gerais a atingir foram traçados os seguintes:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica a vivenciar um processo de transição saúde-doença;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa adulta na fase peri-transplante.

A aprendizagem, em contexto da prática, carece de um tempo de experiência vivida e da retrospeção sobre essa aprendizagem. A aquisição de competências depende das situações vivenciadas e do suporte encontrado na evidência científica produzida, que consubstanciem essa mesma prática. A evidência científica conduz a um melhor diagnóstico da situação de cuidados e permite programar intervenções mais direcionadas às necessidades de cuidados da pessoa, numa perspetiva de melhores resultados e melhoria da qualidade (Rycroft-Malone et al., 2004; White-Williams, 2011). É este conhecimento disponível através da ciência, tecnologia e prática que habilita o enfermeiro a demonstrar elevados padrões de julgamento clínico em situações clínicas complexas e abertas (Benner, 2001). Cumulativamente, a reflexão contribui para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada.

Fundamentar a prática com evidência foi uma necessidade sentida durante o percurso. Neste âmbito, a realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) permitiu suportar cientificamente as intervenções dirigidas à pessoa no contexto do tema em estudo, da qual se apresenta o protocolo no apêndice 1. Sobre este subsídio para a prática,

a revisão integrativa da literatura inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008, p. 759).

Todavia, a pesquisa não se cingiu somente à RIL. Durante a realização dos estágios, pesquisas adicionais foram sendo feitas, consoante as necessidades sentidas.

O relatório ora apresentado encontra-se estruturado em 3 capítulos. No capítulo 1 é explorado o conceito de vulnerabilidade e de que modo se relaciona com a pessoa candidata a transplante/transplantada. Ainda neste capítulo é justificado o referencial teórico de enfermagem escolhido para guia de orientação à prática clínica - Teoria das Transições de Afaf Meleis. No capítulo 2 é apresentado o percurso de aquisição de competências especializadas de enfermagem. Neste capítulo são ainda explorados os objetivos específicos definidos para os contextos da prática clínica relacionando em que medida foram atingidos face aos cuidados prestados. Nesta análise, os dois contextos de estágio são entendidos como complementares e concorrendo para o *continuum* da aprendizagem, pelo que não serão analisados separadamente. Por último, no capítulo 3 serão apresentadas as considerações finais, realizado um balanço do percurso, com as suas limitações e oportunidades de desenvolvimento futuras, e explicitado de que modo funcionou como móbil transformador da minha pessoa enquanto pessoa e profissional.

## 1. A VULNERABILIDADE ACRESCIDA DA PESSOA ADULTA A VIVENCIAR UM PROCESSO TRANSICIONAL POR NECESSIDADE DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO

A sobrevivência pós-transplante melhorou muito nos últimos anos, fruto do desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e análises de compatibilidade tecidual dador-recetor, bem como de alterações no uso dos imunossuppressores e antibióticos (Pedroso et al., 2019). Não obstante, a falência terminal de órgão é uma condição crónica com episódios de agudização que, por vezes, requerem hospitalização, catapultando a pessoa e família para situações de maior vulnerabilidade (Chesnay, 2005; Kurz, 2002). As implicações económicas destas doenças são enormes, para além do impacto na qualidade de vida da pessoa afetada. A vulnerabilidade social das pessoas portadoras de doença crónica com falência terminal de órgão fica, inevitavelmente, aumentada. Estas doenças decrescem salários, rendimentos, produtividade e assiduidade laboral aumentando, conseqüentemente, reformas antecipadas, rotatividade laboral e incapacidade para o trabalho (Morais, 2017).

Todavia, de forma a contextualizar esta problemática nos cuidados de saúde, e o impacto nos resultados em saúde da sociedade portuguesa, torna-se útil recorrer à publicação de dados nesta área. De acordo com os últimos dados publicados na *Newsletter Transplant 2018* (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2018), no ano de 2017 Portugal realizou 864 transplantes (84.0 pmp<sup>1</sup>), resultantes de colheitas em 351 dadores (34.01 pmp) - o que, segundo o *International Registry in Organ Donation and Transplantation* (IRODaT, 2018), nos coloca na posição de 2º país, a nível mundial, com maior índice de doação. Porém, a 31 de dezembro de 2017, Portugal possuía 2230 pessoas em lista de espera para transplante, sendo que, durante esse ano, 51 morreram em lista de espera ativa. Estes dados colocam os candidatos a transplante sob a ansiedade por obter um órgão. A chamada para a cirurgia de transplante constitui um momento marcante para a pessoa e família (Abrunheiro et al., 2005; Kalra & Desousa, 2011).

Pelo atrás exposto, podemos considerar que a pessoa adulta na fase peri-transplante reúne as características para ser incluída nas populações particularmente

---

<sup>1</sup> pmp – pessoas por milhão de população

vulneráveis. Sendo a vulnerabilidade indissociável da condição humana, inerente à sua existência pela sua finitude e fragilidade, não pode ser eliminada (Morais & Monteiro, 2017), porém pode ser gerida. De modo a fundamentar esta afirmação explorarei, seguidamente, a definição do conceito “vulnerabilidade” e de que modo ele se encontra associado à pessoa adulta na fase peri-transplante.

### **1.1. Vulnerabilidade da pessoa adulta na fase peri-transplante**

“Vulnerabilidade” é um termo de origem latina que deriva de *vulnerabilis* (algo que causa lesão) (Morais & Monteiro, 2017; Salati, Hossne, & Pessini, 2011). É uma condição inerente a estar vivo. Como refere Lima (2006) “estar vivo é estar em perigo, é [ser] susceptível a sofrer danos, é estar vulnerável” (p. 50). Por seu lado, Chesnay (2005) refere que “vulnerabilidade” constitui um conceito geral que significa “suscetibilidade” e possui uma conotação específica com os cuidados de saúde – “em risco para problemas de saúde” (p. 4).

De entre as ameaças essenciais à condição humana a doença surge como uma situação adversa causadora de dor e sofrimento. Ao longo dos tempos, o Homem tem tentado dominar as suas vulnerabilidades maiores, como a fome, o frio e a doença, constituindo esse um objetivo da organização social (Lima, 2006). Contudo, é imprescindível reconhecer que a vulnerabilidade não pode ser completamente eliminada, pois não é somente circunstancial. No contexto de cuidados de saúde, a gestão da vulnerabilidade associada à doença deve constituir um desiderato para os profissionais. A pessoa deve ser compreendida na sua totalidade e não somente como um “objeto” reduzido à doença ou incapacidade. Vulnerabilidade e integridade devem ser reconhecidas como dimensões intrinsecamente humanas (Morais & Monteiro, 2017).

É importante consciencializar que a combinação de doença e hospitalização causam, por si só, vulnerabilidade que pode ser potenciada pela falta de atenção às necessidades individuais e aos aspetos culturais (Cousley, 2015). Vivendo nós numa sociedade cada vez mais multicultural, os fatores culturais podem causar vulnerabilidade psicológica quando grupos minoritários da população experienciam um sistema de saúde que fornece cuidados a uma cultura dominante na sociedade (Scanlon & Lee, 2007). A cultura e a barreira linguística podem constituir fatores de

vulnerabilidade acrescida em cidadãos não falantes da língua nativa, pelo que o recurso a intérpretes pode tornar-se fundamental (Murphy et al., 2011; Williams et al., 2015). Deste modo, os cuidados centrados na pessoa, focados na individualidade, respeitando os direitos e a cultura, contribuem para a construção de uma relação terapêutica, baseada na compreensão e confiança, que se desenvolve durante a prestação de cuidados (McCormack & McCance, 2006).

No contexto clínico, a vulnerabilidade é (um conceito) amplamente aceite como uma questão potencial para todas as pessoas. Contudo, como referem Scanlon e Lee (2007), o consenso sobre o significado e estratégias práticas para a reduzir, ou gerir, raramente são oferecidos. Estes autores identificam 3 vertentes: **vulnerabilidade social** - dados estatísticos básicos de uma pessoa em relação ao seu potencial para a doença; **vulnerabilidade psicológica** - o dano real ou potencial à identidade de si e/ou outros efeitos emocionais como a ansiedade ou *stress* causado pela doença ou tratamento; **vulnerabilidade física** - que se refere ao estado fisiológico real em que a pessoa é suscetível a mais morbilidade e mortalidade.

Mencionam ainda, os autores atrás citados, que um dos fatores que pode influenciar a capacidade de prevenir a vulnerabilidade é a “capacitação pessoal”. Esta refere-se à habilidade que a pessoa possui de, dentro da sociedade, crescer, se desenvolver, produzir e atingir a autonomia no seu potencial máximo. O potencial encontra-se relacionado com a sua preparação académica, saúde física e mental, bem como com o potencial para manter o seu papel na família e na sociedade. Neste contexto, pessoas com maior potencial de autonomia tendem a ser menos vulneráveis. Deste modo, o desenvolvimento de intervenções de enfermagem com vista a incrementar a capacitação pessoal tendem a diminuir os sentimentos de vulnerabilidade física, psíquica e social da pessoa doente.

O processo que conduz ao transplante implica um longo percurso para a pessoa com falência terminal de órgão e candidata a este procedimento terapêutico. A fragilidade e reserva fisiológica do recetor têm impacto no resultado do transplante e exigem uma cuidada avaliação pré-operatória (Kramer et al., 2019). A avaliação prévia à colocação em lista de espera implica uma avaliação física exaustiva da pessoa, bem como uma avaliação da estrutura de suporte e das suas habilidades e estratégias de *coping* para lidar com as exigências do complexo processo de

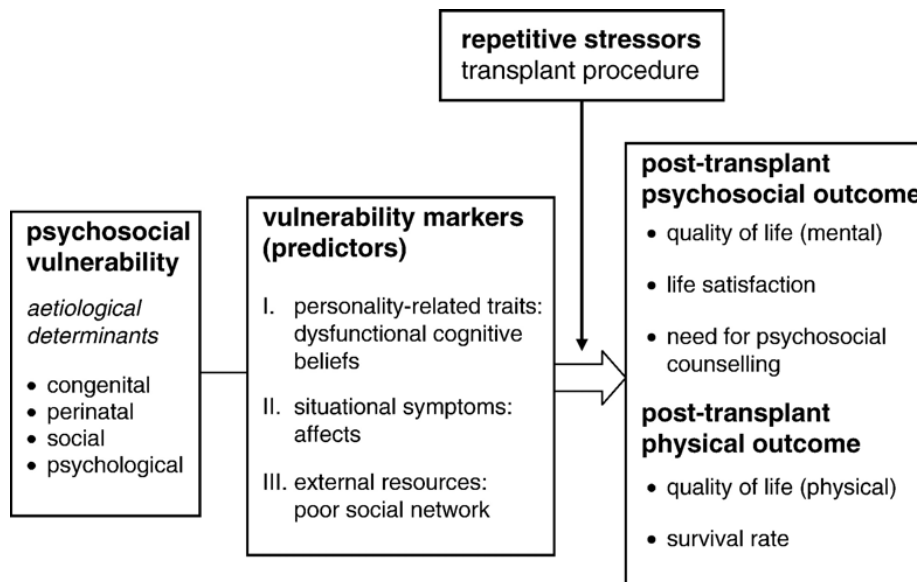
transplante (Abrunheiro et al., 2005). Assim, a preparação pré-transplante do candidato e família são essenciais para esclarecer dúvidas sobre o processo, descodificar mitos e crenças relacionadas ao órgão a ser implantado, alertar para as possíveis complicações e estilos de vida esperados pós-transplante. Esta informação habilita o candidato a uma decisão consciente e informada de avançar com o processo ou não (George et al., 1996; Lanuza & McCabe, 2001; Mendes et al., 2008; Murphy et al., 2011). Adicionalmente permite a determinação de objetivos realistas, baseados nas aspirações do candidato e na sua condição clínica. A família participa como elemento de suporte e os profissionais de saúde interagem com os candidatos a transplante e com os recetores, em todas as áreas de cuidados fornecidas pelo sistema de saúde e aos diferentes níveis: primário, secundário e terciário (Kramer et al., 2019; Kurz, 2002).

Quando a decisão da pessoa é no sentido de avançar com o processo de transplante, é frequente a instalação de problemas psicossociais tais como a ansiedade e depressão relacionadas com a ameaça da mudança do estado de saúde, alteração dos papéis sociais ou *status* económico (Burns, Fernandez, & Stephens, 2015; Cajita et al., 2017; Lanuza & McCabe, 2001). Por outro lado, a incerteza e o tempo de espera pelo transplante podem conduzir o candidato a sentimentos de isolamento e abandono, enquanto a família leva uma vida “normal” (Burns et al., 2015). Em geral, a vulnerabilidade psicossocial é conhecida como uma predisposição congénita ou adquirida para uma não adaptação. Constitui um padrão multidimensional que envolve componentes cognitivos, afetivos e sociais, a que se pode chamar marcadores de vulnerabilidade (Goetzmann et al., 2007).

De modo a programar os cuidados a prestar à pessoa candidata a transplante, Goetzmann *et al.* (2007) desenvolveram um modelo de vulnerabilidade adaptado (recorrendo a um estudo com 76 candidatos a transplante) que, avaliando os marcadores de vulnerabilidade pré-transplante, permite prognosticar padrões de resposta pós-transplante. O modelo (figura 1) identifica como marcadores de vulnerabilidade pré-transplante as crenças cognitivas (coerência e otimismo), os afetos (ansiedade e depressão) e os recursos externos (suporte social). Assim, as crenças cognitivas permitem prever a qualidade de saúde mental e a avaliação dos fatores psicológicos (ansiedade e depressão), bem como o suporte social, e também permitem prever a satisfação com a qualidade de vida global. Como resultados do

estudo, apuraram que o elevado sentido de coerência e otimismo são preditores significativos de uma boa saúde mental; ansiedade, depressão, deficiente suporte psicológico e social são preditores de uma baixa qualidade de vida pós-transplante.

Figura 1. *The vulnerability model in organ-transplant patients*



Fonte: Goetzmann *et al.* (2007)

Após a entrada em lista de espera, a pessoa candidata a transplante foca-se nesse momento marcante que representa a chamada para a cirurgia de transplante. A ansiedade é um fator *major* na causa de vulnerabilidade perioperatória, e o que mais frequentemente é associado à vulnerabilidade *per si*, mas representa apenas um entre muitos outros. É importante que a pessoa no período perioperatório seja vista de uma forma holística, e não somente como alguém que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica para um procedimento específico. Em relação à gestão da vulnerabilidade perioperatória pelos enfermeiros foram identificados dois temas principais: qualidades profissionais e estratégias. Lidar com a vulnerabilidade implica que os profissionais possuam um leque de competências tais como: capacidade de comunicação e valorização da presença como atitude terapêutica, conhecimento, experiência, ser confiante e competente (Cousley, 2015).

No período pós operatório, as causas de morte mais comuns são a rejeição aguda ou a infecção sistémica (Costa et al., 2012; Hoffman et al., 2006; Kurz, 2002). Deste modo, a prevenção da infecção constitui um foco de intervenção do enfermeiro

durante todo o processo de transplante; desde os cuidados ao dador até aos cuidados ao recetor. O sucesso do transplante depende da administração de medicamentos imunossuppressores o que, se por um lado, minora a possibilidade de rejeição, por outro, deixa o recetor mais vulnerável a possíveis infeções. Porém, a intervenção do enfermeiro não se deve cingir à dimensão física. É de vital importância que todas as dimensões sejam avaliadas, de modo a permitir programar intervenções que conduzam a pessoa a vivenciar esta transição de modo a obter o melhor bem-estar possível, com ganhos em qualidade de vida (Pedroso et al., 2019). Assim, compreender os indicadores/preditores da vulnerabilidade psicológica física e social, bem como as estratégias para os reduzir, acaba por constituir um guia para a intervenção dos enfermeiros (Scanlon & Lee, 2007).

Quanto às estratégias para diminuir a vulnerabilidade Scanlon e Lee (2007) apontam as seguintes:

- **Vulnerabilidade social** – no plano de cuidados personalizado para a pessoa, o enfermeiro não deve esquecer fatores sociais significativos (e não modificáveis) tais como a idade, género e etnia. O contexto social é relevante para a programação dos cuidados. A educação e a partilha de informação são outra forma de reduzir a vulnerabilidade social. Estes permitem à pessoa ganhar autocontrolo e capacitação para a tomada de decisão informada;

- **Vulnerabilidade física** – a diminuição da vulnerabilidade física inclui um desempenho competente dos enfermeiros (e restantes profissionais de saúde) na gestão do risco, em todas as suas dimensões. O controlo da segurança e a prevenção da infeção constituem pilares fundamentais. Outro foco de intervenção que diminui a vulnerabilidade física é a educação. Se a pessoa compreender a sua situação de saúde, e for capacitada a ser proativa no desenvolvimento do seu próprio conhecimento, gere melhor a sua condição pessoal obtendo melhores resultados e qualidade de vida;

- **Vulnerabilidade psicológica** – inúmeras são as iniciativas dos enfermeiros que podem reduzir a vulnerabilidade psicológica. Enquanto classe profissional que se encontra presente 24 horas por dia, os enfermeiros desempenham um papel relevante na sua atitude terapêutica pela presença. “Estar presente” em momentos de insegurança pode constituir uma ferramenta poderosa no alívio do sentimento de vulnerabilidade. O exercício da “advocacia” da pessoa doente constitui outra

ferramenta poderosa. Defender o melhor interesse da pessoa, tendo em conta os seus desejos e vontades, significa colocá-la no centro dos cuidados.

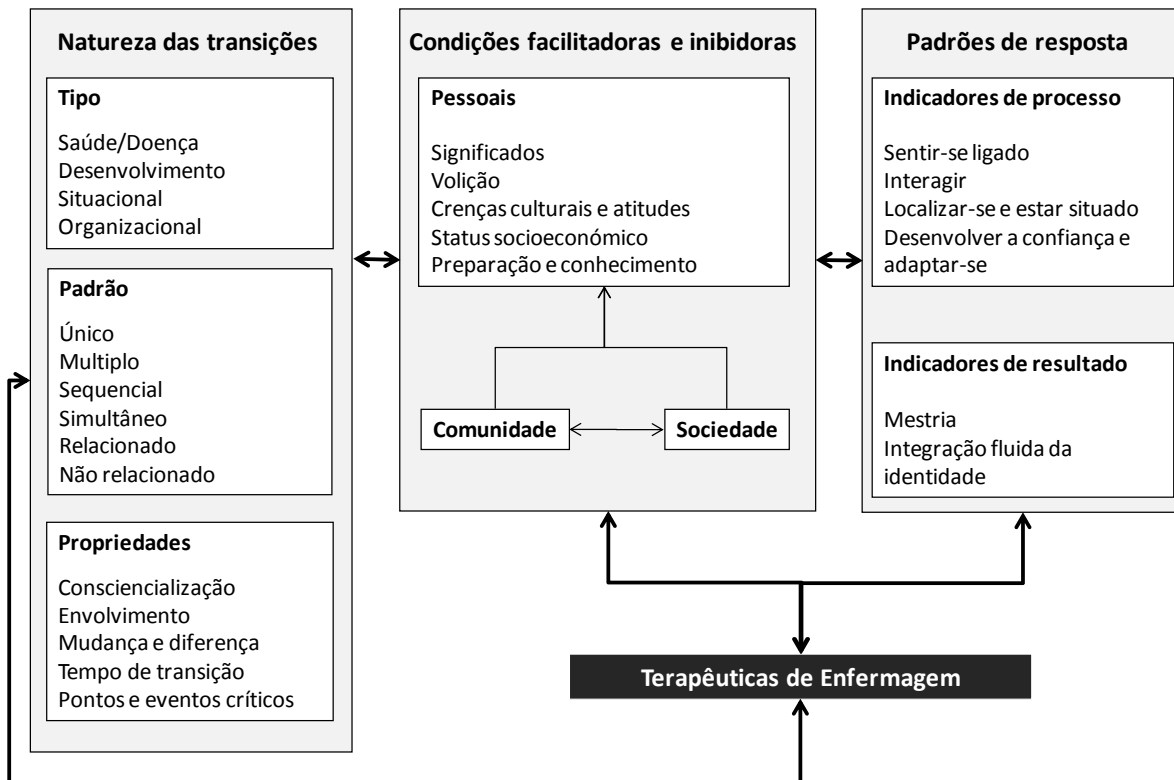
## **1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis como guia orientador para a prática de cuidados de enfermagem**

O transplante constitui uma experiência transicional complexa. O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada pessoa. Neste contexto, uma pessoa na fase peri-transplante pode encontrar-se a vivenciar vários tipos de transição, em simultâneo ou não, e relacionados ou não relacionados. Para compreender as experiências vivenciadas pela pessoa durante estas transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade. Estes podem facilitar ou dificultar o processo para atingir uma transição saudável, ou seja, a reformulação da sua identidade, o domínio de novas habilidades e conhecimentos, e alterações nos próprios comportamentos (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000).

De modo a fundamentar a razão da escolha desta teoria de enfermagem como guia norteador da minha prática de cuidados apresentarei, seguidamente, uma análise dos elementos que a compõem. Meleis *et al.* (2000) definem transição como um conceito central na profissão de enfermagem. Referem que, durante um período transicional de instabilidade, o enfermeiro é frequentemente o primeiro profissional de saúde a contactar com a pessoa/família. No caso do transplante, o efeito da transição é duradouro e requer a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades que capacitem a pessoa a lidar com uma situação nova na sua vida. Requer uma alteração de comportamentos e a redefinição do seu eu no contexto social.

Do ponto de vista estrutural, a Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000).

Figura 2. Transições: uma teoria de médio alcance



Fonte: Brito (2012, p. 48)

No que concerne à natureza, as transições podem assumir diferentes tipos, padrões e propriedades. Os tipos incluem as transições de desenvolvimento (quando relacionadas com mudança no ciclo vital), situacionais (se associadas a alterações que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança de um estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacionais (relacionadas com o ambiente intraorganizacional) (Meleis et al., 2000).

Quanto aos padrões, as transições podem ser simples (transição única) ou múltiplas (quando ocorre mais que uma situação transicional). As múltiplas podem ser simultâneas (se ocorrem no mesmo intervalo de tempo) ou sequenciais (se ocorrem em intervalos de tempo distintos). Por sua vez, as múltiplas podem, ainda, encontrar-se relacionadas ou não relacionadas entre si (Meleis et al., 2000).

No respeitante às propriedades, a consciencialização está relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. Constitui-se como uma característica da transição cuja ausência significa que a pessoa ainda não reconheceu o seu processo de transição. O seu nível influencia o nível de empenhamento, que é definido como o grau de envolvimento da pessoa no

seu processo de transição. A pessoa só pode envolver-se depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais. Temos como exemplo a procura de informação e a proatividade. Outra das propriedades é a mudança e diferença. Todas as transições desencadeiam mudança e, para compreendê-la, é fundamental identificar os seus efeitos e significados. Esta deve ser explorada segundo a sua natureza, horizonte temporal, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios que conduzem a alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas. Por seu lado, a diferença consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes. São exemplo sentir-se diferente, perceber-se como diferente, ou ver o mundo e os outros de maneira diferente. Os eventos ou pontos críticos estão, frequentemente, associados à consciência de mudança ou diferença, e com um maior envolvimento na experiência de transição. Estes podem ocorrer, por exemplo, pela necessidade de lidar com as seguintes situações: o nascimento, a morte, a menopausa, o diagnóstico de uma doença crónica. Cada ponto crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para a pessoa. Esta encontra maior dificuldade no desempenho do autocuidado e do cuidar (Meleis et al., 2000).

Para compreender a experiência vivenciada pela pessoa durante as transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade. Estes podem facilitar ou dificultar o processo para que a pessoa atinja uma transição saudável – entendida como uma reformulação da identidade, o domínio de novas habilidades e a alteração dos próprios comportamentos (Meleis et al., 2000).

Quanto aos condicionantes pessoais tem-se: os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição; as crenças e atitudes culturais – quando o estigma está ligado a uma transição pode influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição; o *status* socioeconómico mais baixo está mais vulnerável a sintomas psicológicos e situações que dificultam a transição; a preparação e o conhecimento prévio facilitam a experiência de transição, enquanto que a falta de preparação e de conhecimento funcionam como inibidor. Por seu lado, as condições da comunidade e da sociedade, como sejam o apoio familiar e social, os recursos disponíveis, a representação social e os estereótipos, podem também facilitar ou dificultar a transição (Meleis et al., 2000).

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta da pessoa ao processo de transição. Estes incluem os indicadores de processo e os indicadores de resultado. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se a pessoa, que vivencia a transição, se encontra na direção da saúde e bem-estar, ou na direção dos riscos e vulnerabilidade. Já os indicadores de resultado compreendem: sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde); interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores familiares) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; estar situado (no tempo, espaço e relações) possibilita que a pessoa se desprenda do seu passado e enfrente novos desafios e o desenvolver confiança e  *coping*  – que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de resultado referem-se à mestria (domínio de novas competências) e à integração fluida da identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade de desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Ambos definem um processo de transição saudável (Meleis et al., 2000).

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000). Segundo Meleis (2010) são identificados três tipos de intervenções de enfermagem durante os processos de transição, com a finalidade de ajudar a pessoa a criar condições propícias para uma transição saudável. Como primeira intervenção é fundamental que o enfermeiro faça uma avaliação da pessoa como um todo. Aquando das intervenções não se pode descurar a vertente holística, uma vez que é importante manter o foco no aspeto cognitivo, comportamental, emocional, bem como nas condições físicas. A preparação para a transição é outra intervenção terapêutica que não pode ser descurada, pois envolve a educação da pessoa, de forma a criar condições adequadas para a transição. Como última intervenção, é fundamental que o enfermeiro promova o papel do cuidador/suporte social, de modo a melhorar os cuidados, numa perspetiva futura.

## 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A operacionalização do projeto de estágio resultou de um percurso formativo formal que decorreu desde o início deste mestrado, e para o qual concorreram todas as aprendizagens obtidas. Todavia, de uma forma mais dirigida, e tendo em conta o tema de interesse a ser trabalhado no contexto da prática clínica, a realização de uma RIL não só permitiu obter conhecimento científico baseado em evidência que fundamenta a prática, como permitiu desenvolver competências no domínio da investigação. Esta investigação, aplicada aos contextos clínicos, é o que permite objetivar a aplicação da investigação à prática, o desenvolvimento profissional individual, mas também o desenvolvimento da enfermagem como disciplina (Abreu, 2007). Contudo, as aprendizagens são sempre individuais, sendo que na sua construção estão sempre subjacentes as experiências prévias vivenciadas. Aliás, a este propósito referem Mestrinho, Félix, Mègre e Lopes (2016, p. 115) que “a formação, produção e divulgação do conhecimento revelam-se como trajetórias de desenvolvimento da profissão de enfermagem e têm por base as experiências dos profissionais e as problemáticas reais dos contextos de trabalho...”. Perante esta realidade, creio fazer sentido apresentar, nesta altura, um pequeno resumo do que tem sido o meu trajeto pela profissão. Deste modo, pretendo disponibilizar informação relevante para a compreensão da escolha do tema para o projeto desenvolvido e da escolha dos contextos para estágio/prática clínica.

Comecei o meu percurso profissional numa enfermaria de Neurocirurgia/ Neurotraumatologia, onde permaneci 18 meses. Fui transferido, depois, para uma UCI de Neurocirurgia/Neurotraumatologia, desenvolvendo aí a minha atividade num percurso que durou 10 anos. Posteriormente, e a meu pedido, fui transferido para o Bloco Operatório (BO), onde integrei uma equipa de enfermagem em regime de horário rotativo. Neste contexto, prestei também cuidados de enfermagem em emergência/urgência às pessoas vítimas de trauma e admitidas pela Sala de Trauma; durante um período de 5 anos. Ainda na UCI, fui convidado a integrar a equipa de colheita de órgãos do GCCT do hospital (desafio que aceitei) passando, desde então, a participar na equipa pluridisciplinar que realiza atos de colheita de órgãos e tecidos humanos para transplante. Em 2004, e a convite da enfermeira chefe do GCCT, realizei o curso de coordenação de colheita e transplante (*Transplant Procurement*

*Management - TPM*<sup>®</sup>), pela Universidade de Barcelona. Passei também, a partir daí, a coordenar processos de colheita e transplantação de órgãos, em todos os hospitais da rede do GCCT. Por último, em 2016, fui convidado pelo Conselho de Administração do centro hospitalar para assumir a direção do GCCT, função que desempenho até ao presente.

Assim, a colheita e transplante surgiram no meu percurso profissional quase como que “*de forma natural*”. Inicialmente, em UCI, cuidei de muitas pessoas vítimas de lesão cerebral que, no seu percurso da doença, não conseguiram superar a instalação da morte cerebral vindo a tornar-se dadoras. Depois, em contexto de BO, comecei a integrar a equipa de colheita de órgãos, onde participo nos atos cirúrgicos de colheita. Porém, após a declaração do óbito, o foco dos cuidados não é mais a pessoa enquanto entidade ontológica, mas a entidade fisiológica e dadora de órgãos. O foco das intervenções no corpo passa a ser a preservação dos órgãos, os quais devemos manter nas melhores condições de segurança até ao implante nos recetores. Todavia, neste *continuum* de cuidados, se bem que o meu relacionamento com a área da colheita tenha sido muito próximo, com a área do transplante o mesmo não tinha acontecido. Deste modo, e de forma a poder integrar as minhas intervenções na área da colheita tendo como objetivo último de toda esta atividade o recetor e a sua recuperação funcional, ou melhoria na qualidade de vida, justificou a opção por este mestrado, por esta área de intervenção e projeto de estágio apresentado. A consciência da necessidade de desenvolver competências conduziu a uma atitude ativa e consciente na procura desse desenvolvimento.

Em enfermagem, o trabalho caracteriza-se por um processo de transformação que visa satisfazer as necessidades humanas, especificamente as necessidades em saúde. Todavia, a velocidade a que as mudanças ocorrem, sobretudo as de natureza tecnológica, exige uma contínua adaptação. Assim, dos enfermeiros é esperado que saibam agir, mobilizar recursos e habilidades e transferir conhecimentos para resolver situações práticas e promotoras da melhoria da qualidade dos cuidados. Neste processo contínuo, aprendem a desenvolver respostas às exigências em cada área de atuação, conduzindo ao desenvolvimento de um perfil de competências (Fleury & Fleury, 2001; Manenti, Ciampone, Mira, Minami, & Soares, 2012).

Competência, no senso comum, significa “qualificação para realizar algo”. Porém, do ponto de vista científico pode ser considerado um conjunto de capacidades humanas (conhecimentos, habilidades e atitudes) que determinam um desempenho de alto nível, podendo ser potenciado pela inteligência e personalidade da pessoa. A competência da pessoa não constitui um estado reduzido a um conhecimento específico. Ela resulta da sua biografia e processo de socialização, formação educacional e experiência profissional (Fleury & Fleury, 2001). Como refere Le Boterf, citado por Fleury e Fleury (2001), “competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros” (p. 187). Temos assim que, embora constitua uma condição intrínseca à pessoa, a sua valorização requer um reconhecimento externo.

A permanente evolução das ciências da saúde, nomeadamente da Enfermagem, requer dos enfermeiros um envolvimento na sua autoaprendizagem, visando o desenvolvimento de competências. A reflexão sobre a ação conduz a um questionamento do sujeito sobre a forma como atuou e ao desenvolvimento de uma análise crítica sobre essa ação. A reflexão sobre a prática funciona como móbil de aprendizagem e agente transformador dessa mesma prática (Benner, 2001). Simultaneamente, esta prática reflexiva sistemática enquadra-se com o definido nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e com os objetivos definidos pela ESEL para o Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, conducentes à aquisição de competências de mestre (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018). Constituem esses objetivos:

- I. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica, particularmente em contextos de UCI e Serviços de Urgência;
- II. Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina;
- III. Refletir sobre as perspetivas de intervenção do enfermeiro perito (especializado) em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Esta mobilização de competências conduz a um processo de especialização e permite uma prática de enfermagem avançada. Sobre o enfermeiro especialista refere a Ordem dos Enfermeiros (2010) que

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (p. 2).

Tendo por base o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Benner (2001), esta desenvolve-se por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Todavia, a prática de cuidados de excelência depende do domínio do contexto, pelo que a aquisição de competências se realiza de forma dinâmica e evolutiva. O enfermeiro com experiência na prática clínica encontra-se capacitado a uma compreensão mais competente e aprofundada da situação, conduzindo a um julgamento clínico mais fundamentado e a um comportamento mais racional, menos preso a regras rígidas (Benner, 2001). Deste modo o foco da aprendizagem visa o desenvolvimento de perícia. Porém, o caminho para a perícia deve ter em conta os domínios de intervenção do enfermeiro. Assim, sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, definidas pela OE (Regulamento n.º 140/2019), os domínios de intervenção são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No campo das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica a OE define como áreas de intervenção (Regulamento n.º 429/2018):

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

Tendo por base todas as premissas atrás elencadas para a aquisição de perícia numa área específica de enfermagem (especialização), e o tema a ser trabalhado durante o estágio, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos para a prática clínica:

**Objetivo geral 1** – desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC a vivenciar um processo de transição saúde-doença.

**Objetivos específicos:**

- Prestar cuidados de enfermagem à PSC de acordo com referencial teórico da Teoria das Transições de Meleis e utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Gerir a prestação de cuidados à PSC de acordo com a responsabilidade profissional, ética e legal;
- Promover a prevenção e controlo da infeção na prestação de cuidados à PSC, tendo em conta a complexidade da atuação e a necessidade de resposta em tempo útil;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à PSC a vivenciar um processo de transição saúde-doença;
- Participar na resposta à PSC a vivenciar situações de emergência.

**Objetivo geral 2** – desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa adulta na fase peri-transplante.

**Objetivos específicos:**

- Prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados à pessoa adulta na fase peri-transplante utilizando a metodologia do processo de enfermagem, suportados por uma prática baseada na evidência e pela Teoria das Transições de Meleis;
- Gerir a vulnerabilidade acrescida da pessoa adulta transplantada decorrente da submissão a terapêutica imunossupressora promovendo a segurança pela vigilância intensiva e antecipação de eventos adversos;
- Trabalhar com a pessoa transplantada e pessoas significativas na capacitação para o autocuidado, gestão do regime terapêutico e adoção de estilos de vida saudáveis.

## **2.1. Contextualização e caracterização dos locais de estágio**

Os estágios constituem momentos de grande potencial de aprendizagem. A possibilidade de aplicar conhecimentos teóricos, adquiridos através do estudo, mas simultaneamente poder sedimentar novos conhecimentos adquiridos através da praxis, e da aprendizagem experiencial interpares, conduzem a um processo de mudança e transformação pessoal, com natural implicação no desenvolvimento de competências (Abreu, 2007; Corlett, 2015). Porém, ao nível de um 2º ciclo de estudos em enfermagem, não é possível olvidar toda a bagagem de conhecimentos que o enfermeiro já possui e toda a aprendizagem experiencial que se constitui como um subsídio à aquisição/desenvolvimento de competências especializadas. A este propósito, refere Benner (2001, p. 199) que “o modelo de Dreyfus, aplicado aos cuidados de enfermagem, mostra que podemos alcançar a especialização graças à experiência. (...) fornece um quadro permitindo pôr em prática um plano de desenvolvimento profissional. Integra as competências e os conhecimentos adquiridos graças à experiência”.

Foi neste contexto de potencial formativo e desenvolvimento de competências, que os locais de estágio foram selecionados. A seleção prendeu-se com a capacidade de permitirem concretizar os objetivos propostos, visando o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC, nomeadamente à pessoa adulta, na fase peri-transplante. O estágio adiante analisado decorreu no espaço temporal de 1 de outubro de 2018 a 8 de fevereiro de 2019.

Assim, tendo em conta que a aquisição de competências em contexto requer um tempo mínimo de permanência nesse contexto, foi definido com a professora orientadora que o ideal seria realizar estágio em 2 locais. A particularidade da PSC submetida a transplante restringe os contextos onde é exequível a prática de cuidados à mesma. Pela UCI passam as pessoas submetidas a transplante cardíaco, pulmonar, hepático e reno-pancreático (na fase de pós-operatório imediato), regressando as pessoas submetidas a transplante renal ao serviço de internamento. Com base nesta realidade foi selecionada uma UCIP - integrada num centro hospitalar de Lisboa - como local de estágio em contexto de UCI. A escolha desta UCIP esteve relacionada com a probabilidade de ocorrência de transplante hepático ou reno-pancreático ser

superior à do transplante cardíaco ou pulmonar, dado serem esses os tipos de transplante a que as pessoas ali rececionadas são submetidas.

Para além de pessoas submetidas a transplante, são internadas na UCIP pessoas submetidas a cirurgias complexas do aparelho digestivo carecendo, no pós-operatório imediato, de suporte com ventilação mecânica invasiva (VMI), ou portadoras de descompensações do foro médico que condicionam a necessidade de VMI e/ou técnica de substituição da função de órgão, nomeadamente técnica de substituição da função renal (TSFR). Outro motivo de admissão prende-se com as situações atendidas pela equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI). Composta por médico e enfermeiro, cabe-lhe a assistência a todas as situações de emergência que ocorram com pessoas internadas no hospital ou no espaço físico do pólo hospitalar.

Estruturalmente, existe uma clara definição das áreas, dos fluxos de circulação de doentes, profissionais, familiares/visitas e dos circuitos de “limpos” e “sujos”. Encontram-se ainda definidos os circuitos de acesso a outras áreas funcionais, nomeadamente imagiologia e BO. Daqui emerge que a UCIP se enquadra dentro dos padrões de qualidade definidos para esta estrutura hospitalar (Paiva et al., 2016).

Por outro lado, dada a especificidade da gestão de cuidados da pessoa transplantada, e da sua submissão a terapêutica imunossupressora, a sua passagem pelos serviços de urgência é por norma fugaz, dado o risco biológico potencial que a sua permanência naquele local acarreta. Por este motivo e pelo histórico de 5 anos de experiência em cuidados de emergência/urgência praticados em sala de trauma foi sugerido à professora orientadora que o estágio em contexto de urgência pudesse ser substituído por um estágio na UT de um centro hospitalar de Lisboa. A proposta teve em conta o histórico profissional, as funções que desempenha atualmente e a possibilidade de aquisição de competências na gestão da vulnerabilidade da pessoa transplantada que a UT pode propiciar. Cumulativamente, por esta UT já passaram 2015 pessoas transplantadas hepáticas, 1374 renais, 102 pancreáticas (dados até novembro de 2018). Sendo uma das duas únicas unidades em Portugal dedicadas exclusivamente aos cuidados da pessoa transplantada, assume o cuidado integral à pessoa, numa visão holística, durante todo o seu percurso nesta nova identidade. Este facto confere-lhe um *know how* com grande potencial formativo.

## 2.2. Análise do percurso mediante os objetivos de estágio

Os cuidados intensivos possuem como principal objetivo a vigilância, monitorização e suporte das funções vitais ameaçadas, de pessoas em situação crítica, cuja doença pode pôr em perigo a vida (Valentin, Ferdinande, & ESICM Working Group on Quality Improvement, 2011). Vigilância e monitorização intensivas das pessoas em risco de morte iminente foram conceitos desenvolvidos no século XIX por Florence Nightingale, durante a assistência aos feridos na guerra da Crimeia. Por este motivo é considerada a precursora dos cuidados críticos (Urden, Stacy, & Lough, 2014). Na atualidade, Florence Nightingale continua a influenciar a prática da enfermagem em cuidados críticos, ressaltando Munro (2010) 5 áreas nas quais é vital a sua influência: a relevância da prática interdisciplinar, o foco na experiência da pessoa doente, a prática baseada na evidência, os resultados para a pessoa alvo de cuidados e o processo de *mentoring* na formação de pares. Nightingale foi pioneira na introdução de noções relevantes para a prática, tais como a triagem de doentes críticos, o conceito de higiene hospitalar, os cuidados em fim de vida e o desenvolvimento de cuidados interdisciplinares, com a presença de enfermeiros competentes e bem treinados (Munro, 2010). Estas áreas de atuação permitem a aquisição de perícia e encontram-se relacionadas com as competências específicas, definidas pela OE, para a área de especialização em enfermagem à PSC.

A evolução dos cuidados críticos, e conseqüente progresso tecnológico, exige atualmente do enfermeiro, além dos conhecimentos teóricos e perícia técnica, o desenvolvimento de um raciocínio clínico complexo, conducente a uma tomada de decisão competente (Schriver, Talmadge, Chuong, & Hedges, 2003). A complexidade do cuidar impele ao desenvolvimento do pensamento complexo. A articulação e integração dos vários conhecimentos disciplinares, recorrendo à reflexão sobre a prática, promovem um cuidado abrangente, seguro e de qualidade (Hesbeen, 2000).

O desenvolvimento de competência encontra-se relacionado com o saber fazer em contexto (Fleury & Fleury, 2001). Neste sentido, o domínio do contexto torna-se essencial ao desenvolvimento de competências. Indissociável desta realidade, a evicção do erro e a segurança permanecem uma preocupação primária na prestação de cuidados (Milhomme, Gagnon, & Lechasseur, 2018; Siegele, 2009). Por outro lado,

o domínio do contexto implica também uma integração na equipa multidisciplinar e desenvolvimento do trabalho em equipa.

A relação entre segurança e comunicação é reconhecida como um fator crucial nos resultados para a pessoa alvo de cuidados. Um trabalho de equipa sólido e uma comunicação efetiva entre enfermeiros, médicos e outros profissionais envolvidos nos cuidados à pessoa, encontram-se associados a melhores resultados, com impacto na redução do tempo de internamento e da taxa de mortalidade (Courtenay, Nancarrow, & Dawson, 2013; Siegele, 2009). A integração progressiva na equipa (quer na UCIP, quer na UT) foi favorecida pela apresentação aos profissionais do serviço, pela enfermeira orientadora de estágio. Consciente da relevância deste fator na organização do serviço, assumi também a atitude proativa de me apresentar, sempre que tal ainda não tinha acontecido (consciencialização do meu processo de transição situacional – a assunção do meu papel de formando). Este comportamento tornou-se promotor de uma interação positiva ao longo do estágio, pois a colaboração interprofissional constitui a pedra basilar da prestação de cuidados de saúde a nível hospitalar (Souza, Peduzzi, Silva, & Carvalho, 2016; Urisman, Garcia, & Harris, 2018).

Numa lógica de integração ao serviço, em ambos os contextos e durante a primeira semana, as atividades de enfermagem desenvolvidas com a enfermeira orientadora centraram-se na observação e colaboração participativa. Esta observação permitiu estruturar, mentalmente, a ligação do conhecimento teórico à realidade da prática. Deste modo, permitiu reduzir o fosso entre os saberes empíricos e os saberes teorizados, valorizando os cuidados (Brower & Nemec, 2017; Collière, 2003). Posteriormente, assumi a prestação de cuidados de enfermagem integrais, numa perspetiva holística, assentes numa prática baseada na evidência, a pessoas em fase pós-transplante, ou outras com vulnerabilidade acrescida.

O cuidado de enfermagem prestado baseou-se sempre na aplicação do processo de enfermagem (PE). O conceito original do PE surgiu nos anos 50 do século XX. Foi evoluindo ao longo dos anos e, como método de trabalho, inclui hoje 5 etapas dinâmicas e cíclicas: apreciação (recolha de dados relativos à pessoa, seus problemas e necessidades); diagnóstico (análise e interpretação dos dados); planeamento (priorização das necessidades, identificação dos objetivos e escolha das soluções); implementação (pôr o plano em ação) e avaliação (determina a eficácia do

plano e procede às mudanças necessárias) (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014). Porém, relativamente ao PE, defendem Garcia e Nóbrega (2009, p. 191) “ele deve ser compreendido como um *meio*, e não como um *fim* em si mesmo”. Esta metodologia, para além de guiar a minha ação na realização dos cuidados ao longo do estágio, ancorados na “lente” da Teoria das Transições, constituiu também o referencial utilizado para a elaboração dos registos dos cuidados prestados.

A salientar que, em contexto de UCI, frequentemente, a pessoa alvo de cuidados se encontra limitada na capacidade de comunicação. Esta limitação pode implicar uma deficiente apreciação/avaliação inicial, por falta de informação (da qual as condicionantes à vivência da transição são um exemplo). Assim, a família assume um papel de parceiro nos cuidados ao fornecer informação relevante que contribua para a aplicação de um PE mais documentado. Consciente da relevância da família neste papel, nos momentos de interação com esta, procurei obter informação pertinente para os cuidados. Como exemplo, refiro duas situações em que a família se revelou fonte de informação importante para a apreciação da pessoa.

Numa delas, a pessoa internada apresentava um hematoma retrofaríngeo extenso que condicionava o seu internamento sob VMI e sedoanalgesia. A admissão na UCIP deu-se após transferência de outro hospital. Não havia disponível, no processo eletrónico, informação que permitisse perceber qual o mecanismo que conduziu àquela lesão. Assim, durante a hora da visita, abordei a sua filha e expliquei a falta de informação relevante. Prontamente explicou que a mãe, portadora de doença de Alzheimer (condicionante pessoal), e que vive sozinha com o marido de 82 anos (suporte familiar), tivera uma queda há 15 dias. Foi levada ao hospital da área de residência, mas por não apresentar alterações significativas foi-lhe dada alta. Posteriormente, iniciou quadro de “inchaço do pescoço” e dificuldade respiratória. Recorreu novamente ao hospital da área que a transferiu para este centro hospitalar, por necessitar de uma avaliação mais diferenciada (condicionante da sociedade). Este encontro permitiu obter informação pertinente acerca do mecanismo da lesão, bem como perceber o contexto e suporte social da pessoa na sua transição saúde-doença (Meleis et al., 2000; Scanlon & Lee, 2007).

Noutra situação, durante as passagens de turno, era referido que, apesar de acordada e consciente, a pessoa internada (submetida a transplante reno-pancreático

[TRP]) não se apresentava comunicativa, respondendo somente por monossílabos. Sendo cidadã estrangeira (romena), mas residente em Portugal, questionava-se se entenderia bem o português. Aproveitando, então, o momento da visita da mãe e do marido (também eles cidadãos romenos), e descrito o quadro clínico, referem que viveram 8 anos em Espanha, pelo que a familiar entende e fala melhor o espanhol. Todavia, entende bem o português, embora apresente ainda alguma dificuldade na expressão oral, por viverem em Portugal somente há um ano e meio (condicionante pessoal inibidora). Contudo, salientam “ela não é de falar muito”, referindo-se à característica introvertida da personalidade. Este entendimento permitiu conhecer melhor a situação global e adequar os cuidados de forma mais efetiva (Murphy et al., 2011; Williams et al., 2015).

Emerge desta situação o conceito de transição transnacional (decorrente do facto de se tratar de uma família de imigrantes) associada a uma transição saúde-doença (resultante do TRP). A análise da natureza das transições e dos fatores que lhe estão associados dota o enfermeiro de ferramentas indispensáveis à estruturação de intervenções de enfermagem individualizadas e à prática de cuidados centrados na pessoa. Estas intervenções promovem relações de parceria e confiança, conduzindo a processos de transição saudáveis a vários níveis, facilitando ou diminuindo fatores que afetam os resultados para a pessoa (Meleis et al., 2000). Uma forma de operacionalizar esta parceria passa pela abordagem intencional da família e solicitar um número de telefone de contacto a incluir no processo clínico da pessoa, bem como a entrega do guia de acolhimento ao serviço. Esta ação permite enfatizar e explicar a importância do seu envolvimento no processo de recuperação do familiar doente promovendo uma relação de ajuda e assumindo-a como “uma extensão da pessoa” (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

A inclusão nos registos de enfermagem da interação com a família, e desta com o familiar internado, constituiu uma forma de dar representatividade à sua participação nos cuidados. Também as referências a estes momentos de interação integraram a minha transmissão de cuidados durante os momentos de passagem de turno. Objetivei, assim, a relevância da participação da família nos cuidados, visando contribuir para a melhoria da qualidade dos mesmos.

Os registos de enfermagem são realizados através da aplicação informática SClínico®. Esta plataforma permite a realização de registos com base no PE, visto que os planos de cuidados são elaborados utilizando a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®), promovendo a utilização de uma metodologia científica na sua elaboração e o recurso a uma linguagem própria e padronizada de enfermagem (Figueira et al., 2018; Lins, Santo, & Fuly, 2012). Os registos, além de documentarem os cuidados prestados, são uma forma de garantir a sua qualidade e continuidade (Leal, 2006). Deste modo, as diferentes etapas do PE são registadas no SClínico®. A apreciação/avaliação inicial da pessoa, permitiu-me identificar necessidades/focos intervenção e planear as intervenções a aplicar à pessoa alvo de cuidados, em função do resultado esperado. O registo da evolução diária permitiu a sua constante atualização, dando termo às intervenções planeadas já concluídas, ou ao planeamento de novas intervenções, em função da avaliação efetuada. Esta ferramenta tecnológica possibilitou utilizar o PE como uma metodologia de trabalho (Garcia & Nóbrega, 2009). Simultaneamente, contribuiu para o desenvolvimento de competências nos domínios da gestão de cuidados e melhoria contínua da qualidade, preconizados nas competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019).

Uma das competências auferidas durante a realização deste mestrado, resultante da frequência do curso *advanced trauma care for nurses* (ATCN®), foi a observação sistematizada da pessoa recorrendo à mnemónica A, B, C, D, E. Assim, na transmissão de cuidados que realizei durante os momentos de passagem de turno, recorri a esta metodologia para transmitir a informação de forma sistematizada.

A admissão de uma PSC na UCIP implica, na maioria dos casos, a realização de um conjunto de procedimentos invasivos. De entre estes destacam-se a entubação endotraqueal e entubação gástrica, a colocação de acessos venosos periféricos e/ou centrais, a punção arterial para monitorização da pressão arterial direta e a algaliação visando a monitorização do débito urinário. Em alguns casos, a falência orgânica conduz a alterações hidroeletrolíticas graves que, não apresentando resposta positiva à terapêutica instituída, conduzem à necessidade de realizar alguma forma de TSFR. Nestes casos, a colocação de cateter vascular que possibilite a realização desta técnica constitui mais um procedimento invasivo.

A prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é considerada um pilar relevante para a qualidade dos cuidados, para além de constituir um imperativo ético e deontológico (Silva, 2013). Assume um natural impacto na taxa de infeção global, com repercussão nos fatores económicos. Neste sentido, o enfermeiro é responsável por assegurar, constantemente, uma prática de cuidados que implique um menor risco de quebra de segurança para a pessoa cuidada (Milhomme et al., 2018). Assume, deste modo, a promoção da excelência do exercício profissional, tal como preconizado nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Congruente com esta atitude assumi, durante a minha prestação nestes procedimentos, o absoluto respeito pelo cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, assim como a sua promoção junto dos restantes profissionais. A salientar, a lavagem das mãos ou a desinfeção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e o uso de equipamento de proteção individual (EPI), como elementos essenciais à prevenção da infeção (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010; Silva, 2013). Adicionalmente, na realização ou colaboração em procedimentos invasivos adotei sempre a técnica asséptica. A minha conduta teve subjacente a evidência científica produzida sobre estes assuntos, bem como as normas emanadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e os procedimentos multissetoriais aplicáveis existentes no centro hospitalar. Por outro lado, uma medida com impacto positivo na prevenção da IACS é a promoção, junto dos profissionais do serviço, do uso de farda descartável. A adesão a esta medida contribui para uma redução do risco de transmissão de infeção associada ao fardamento (Silva, Oliveira, & Ramos, 2009).

Pude constatar que o feixe de intervenções associado ao cateter venoso central é escrupulosamente cumprido. O registo do cumprimento das medidas exigidas para a sua colocação, bem como a causa da necessidade, data da colocação e registo dos cuidados diários a ter com este dispositivo, permitem uma monitorização da atividade na prevenção da infeção, assim como a criação de indicadores de qualidade. A *checklist* existente para o registo constitui uma ferramenta que, simultaneamente, conduz a um indicador de resultado para a pessoa alvo de cuidados (Silva, 2013). Visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados incorporei as intervenções e registos na minha prática em contexto clínico.

Uma das aprendizagens auferidas da consulta ao procedimento multissetorial “Prevenção da infecção relacionada a dispositivos intravasculares no adulto”, suportado por literatura científica, é que a válvula de biossegurança (antirrefluxo) deve ser retirada quando usadas perfusões contínuas – como medida de redução do risco de infecção. Outra indicação deste procedimento refere-se aos cateteres venosos periféricos. Estes devem ser removidos quando os locais de punção apresentarem sinais inflamatórios, infiltrações ou quando já não são necessários. Visando a redução do risco de infecção associada a estes dispositivos incorporei estas recomendações na minha prática (Silva et al., 2009).

Nos cuidados prestados a pessoas sob VMI assumi o cumprimento do feixe de intervenções aplicáveis à pneumonia associada à intubação (PAI), e recomendadas pela DGS, nomeadamente a manutenção da cabeceira elevada num ângulo superior a 30° e a higiene oral (com gluconato de clorhexidina a 0,2%) pelo menos uma vez/turno (Álvarez Lerma et al., 2014; Augustyn, 2007; Direção-Geral da Saúde, 2017b; Oliveira, Zagalo, & Cavaco-Silva, 2014; Pereira & Santos, 2010).

Relativamente aos cuidados com o cateter vesical assumi, também, as recomendações preconizadas no feixe de intervenções: a manipulação do sistema com técnica asséptica na sua colocação, os cuidados de higiene ao meato urinário e manutenção do sistema fechado, assim como a sua remoção logo que possível, foram medidas adotadas na prevenção da infecção associada a este dispositivo (Direção-Geral da Saúde, 2017a; Silva, 2013).

Além destas ações, a prevenção da infecção incluiu uma vigilância apertada de sinais e sintomas sugestivos de infecção na pessoa cuidada, comunicando e discutindo os mesmos dentro da equipa multidisciplinar, visando uma resposta atempada. Neste contexto, procurei sempre conhecer os resultados analíticos (indicativos de processos infecciosos) das pessoas de quem cuidei, igualmente discutindo-os dentro da equipa e gerindo os protocolos terapêuticos instituídos (Silva, 2013). Sobre o desempenho do enfermeiro neste trabalho de equipa, referem Souza *et al.* (2016) que assume um papel fundamental no desenvolvimento de relações interprofissionais colaborativas e contribui para os cuidados centrados na pessoa.

Porém, os cuidados à pessoa são indissociáveis do cuidado à família. Assim, a educação destes elementos, essenciais no suporte emocional e social da pessoa internada, nas medidas a adotar para a prevenção da infeção do seu ente querido, constituiu também, neste campo de ação, um foco da minha intervenção. Perceber e integrar a importância da higienização das mãos, prévia e após o contacto com o familiar, através da lavagem com água e sabão ou da utilização de SABA, assim como o uso de EPI, no caso de pessoas em isolamento de contacto ou transplantadas (imunossuprimidas) constituiu uma atividade permanente. Permiti-me, deste modo, exercer a função de educador para capacitação dos familiares (Pedroso et al., 2019) contribuindo, simultaneamente, para diminuir a vulnerabilidade da pessoa internada (Scanlon & Lee, 2007).

A este propósito, e sobre a pessoa transplantada, referem Hoffman *et al.* (2006) que os principais problemas enfrentados são a rejeição do órgão, a terapêutica imunossupressora, o risco de infeção e as complicações físicas e psicológicas. A imunossupressão, ao mesmo tempo que evita a rejeição, possibilita o risco de infeção. Assim, defendem Doenges *et al.* (2014) que as prioridades para os enfermeiros são: prevenir a infeção, maximizar a função do órgão, promover a independência funcional e envolver a família na função de suporte físico e emocional.

Pelas razões apresentadas, a infeção constitui um risco acrescido para a pessoa transplantada. Devido a um número crescente de pessoas infetadas por enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos (ERC), esta situação conduziu a UT a aplicar na prática as recomendações da DGS e Programa para a Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) emitidas em 2017 (Direção-Geral da Saúde, 2017c). Estas recomendações preconizam a visita da pessoa internada só por dois familiares e pelo período máximo de 30 minutos. Esta situação, ao mesmo tempo que contribui para a diminuição do risco de infeção, incrementa a vulnerabilidade psicológica e social da pessoa internada, pelo afastamento que impõe das pessoas significativas. Como referem Bartoletti, Giannella, Tedeschi e Viale (2018), a magnitude e o desafio que estes microrganismos multirresistentes colocam é enorme, sendo que este problema se repercute em várias dimensões da gestão do cuidado ao candidato a transplante/transplantado.

De modo a assegurar o melhor controlo ambiental para o próprio, e para as restantes pessoas internadas, a pessoa candidata a transplante é submetida à realização de zaragatoa retal, prévia ao transplante e durante a admissão à UT, para despiste de contaminação. Posteriormente, e aquando do regresso à UT, pós passagem pela UCIP, repete antes da readmissão e seguidamente a cada 10 dias. As pessoas identificadas com resultados positivos são admitidas nos quartos (individuais) de isolamento de contacto. Este isolamento “forçado” durante 24 horas diárias enfatiza a responsabilidade do enfermeiro no cuidar pela presença, pois “estar presente” constitui uma ferramenta poderosa no alívio do sentimento de vulnerabilidade (Cousley, 2015; Scanlon & Lee, 2007). Recordo o impacto que este isolamento representou para algumas pessoas nessa situação, como seja um pai de uma criança de 2 anos que, durante todo o tempo de internamento, só comunicou com o filho por telemóvel, ou de uma pessoa da Covilhã, que não tendo familiares a residir por perto, não recebeu nunca visitas. Resultante da avaliação destes condicionantes pessoais e sociais interiorizei a grande vulnerabilidade psicológica e social a que estas pessoas estavam sujeitas. A terapêutica de enfermagem instituída, enquanto facilitador da transição, passou pela intencionalidade de dispensar tempo pela presença. Benner (2001), sobre a função de ajuda, refere-se à importância essencial que representa “o simples facto de estar lá” (p. 83). Escutar ativamente as preocupações, sem necessariamente propor soluções, ajuda à mitigação do isolamento. Ter oportunidade de falar com alguém torna as coisas mais fáceis. Boykin e Schoenhofer (2000) referem que, através desta presença, histórias pessoais são ouvidas, com seus projetos e sonhos, pensamentos e sentimentos.

Nesta linha de pensamento, recordo o quanto esta capacidade de escuta se revelou essencial na avaliação inicial (e posterior acompanhamento) da pessoa sobre quem realizei um estudo de caso. O estudo de caso constitui uma estratégia de autoaprendizagem no domínio do conhecimento teórico-prático, promovendo a autonomia na tomada de decisões e resolução de problemas. Por outro lado, contribui para o conhecimento e utilização da metodologia científica, no sentido em que promove uma pesquisa bibliográfica que fundamente o assunto em estudo e a aplicação do PE (Bocchi, Pessuto, & Dell’Aqua, 1996). O referido estudo objetivou operacionalizar a utilização da Teoria das Transições, de Afaf Meleis, à pessoa a

vivenciar uma transição saúde-doença no contexto de transplante hepático (TH) por carcinoma hepatocelular (CHC), exemplificando aqui com alguns excertos.

De entre as várias indicações clínicas para o TH, as hepatites víricas e o CHC encontram-se entre aquelas que ainda continuam a ser uma das principais causas de morte por falência hepática (Adam et al., 2018; Buganza-Torio & Doucette, 2018). O CHC é uma das doenças malignas mais comuns no mundo, causando mais de um milhão de mortos por ano. Sem tratamento, o prognóstico é fatal com sobrevida média de 6 a 9 meses (Garcia, 2002).

O Sr. A.P., sexo masculino, 60 anos, caucasiano, natural do Porto, atualmente a residir nos Açores e autónomo nas atividades de vida diárias, chegou acompanhado pela esposa para um TH eletivo. Do encontro inicial, foi possível confirmar com o Sr. A.P. a informação já registada no processo clínico eletrónico. Apurou-se, ainda, que é canalizador de profissão. Trabalhou numa empresa nos Açores, mas com a crise económica no país aquela faliu tendo caído no desemprego (transição situacional). Foi então que, com a ajuda do filho (suporte social), criou um anúncio publicitário na internet e um modelo de cartão de visita de prestador de serviços de canalização e começou a trabalhar por conta própria. Em 2015, durante um internamento por queimadura na perna esquerda, foi-lhe diagnosticado um “tumor no fígado”. Este acontecimento foi identificado como o evento crítico que o catapultou para esta situação transicional de saúde-doença. A linguagem corporal evidenciava a necessidade de tempo para verbalizar o trajeto até aqui. Associado a esta forma de comunicação não-verbal emitiu o comentário “foi-me dito que iria ter consultas de psicologia para me ajudarem a preparar para este processo, mas a que tive com a Dr.<sup>a</sup> I.M. só durou 10 minutos! Não deu tempo pra nada”. Este discurso demonstrava a sua necessidade de verbalizar e ser ouvido (necessidade de sentir-se ligado). O cuidado pela presença constituiu assim uma resposta àquele pedido de escuta, revelando-se ainda como um fator importante no estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica (Cousley, 2015). Brito (2012) refere que “sentir-se confortável com o profissional de saúde tem sido considerado um indicador positivo da experiência da transição” (p. 43). Perante a necessidade de iniciar a sua preparação pré-cirúrgica comenta “sabem, eu vim para ser tratado, e vou cumprir com tudo o que me disserem que é para fazer”. Este comentário, ao mesmo tempo que revela consciencialização

da sua situação clínica, revela também a sua vulnerabilidade ao entregar o seu corpo nas mãos dos profissionais de saúde.

Dada a complexidade das descompensações das pessoas internadas se traduzir numa grande vulnerabilidade física, numa fase inicial do estágio, a minha atenção centrou-se mais no controlo dessa dimensão. Posteriormente, com o domínio do contexto, passei a estar atento a todas as dimensões. Deste modo, a vigilância intensiva e a monitorização visaram a manutenção da segurança dos cuidados à pessoa, bem como a prevenção de eventos adversos potenciais. O controlo das condições de segurança da unidade da pessoa alvo de cuidados, no início de cada turno, constituiu-se como uma rotina fundamental na manutenção dessa segurança. Para tal, revelou-se um elemento facilitador a *checklist* existente na UCIP. Um outro ponto fundamental da vigilância foi a conferência, no início de cada turno, dos limites dos alarmes das funções vitais nos monitores (adaptados àquela pessoa), assim como a modalidade ventilatória e parâmetros ventilatórios nas pessoas submetidas a VMI.

Pelas situações clínicas das pessoas internadas na UCIP, a aplicação de protocolos terapêuticos complexos é uma realidade constante. Estes aplicam-se a pessoas submetidas a transplante, mas, também, com outras situações clínicas. Assim, durante a pesquisa bibliográfica, foi encontrada uma ferramenta de trabalho para aplicação em contexto de UCI, proposta e descrita por Siegele (2009), e que visa facilitar a sistematização dos cuidados à pessoa alvo de cuidados. Foca 12 pontos de atenção a ter em conta durante a prestação de cuidados:

1 – *Segurança*. A promoção da segurança em UCI é fundamental. O risco de queda está aumentado pela diminuição da perceção sensorial (induzida pela situação clínica ou por fármacos – sedoanalgesia). Este risco é registado na escala de Morse que consta no processo eletrónico do SClínico®. Deste modo, a manutenção das grades da cama subidas constituiu uma medida básica que adotei na manutenção da segurança (Wade et al., 2004);

2 – *Função pulmonar / ventilação / sedação*. A análise das gasimetrias permite avaliar as trocas gasosas e ajustar os cuidados (Wade et al., 2004). A aspiração de secreções brônquicas (quando presentes), a mudança de filtro bacteriológico diário, a higienização oral, a avaliação da pressão do *cuff* do tubo/cânula endotraqueal, a elevação da cabeceira entre 30° a 45° e a manutenção dos circuitos ventilatórios sem

condensação constituíram medidas adotadas na prevenção da PAI (Álvarez Lerma et al., 2014; Augustyn, 2007; Direção-Geral da Saúde, 2017b; Oliveira et al., 2014; Pereira & Santos, 2010);

3 – *Resultados laboratoriais / Rx / testes / resultados de procedimento.* A análise de resultados laboratoriais permitiu detetar a necessidade de transfusões, a existência de valores compatíveis com o surgimento de sinais inflamatórios ou conhecer os doseamentos de fármacos (nomeadamente os imunossuppressores). A análise das imagens de Rx de tórax possibilitou compreender alterações ao padrão respiratório e associar com as alterações detetadas na auscultação. O trabalho em equipa e a interação com colegas de outras especialidades em enfermagem (como seja o caso da especialidade de enfermagem de reabilitação) foram promotoras de aprendizagens significativas. O desenvolvimento da competência de auscultação pulmonar, análise do Rx de tórax e a sua relação com a função ventilatória e respiratória das pessoas alvo dos meus cuidados, através da análise dos valores da gasimetria arterial e/ou valor do dióxido de carbono expirado, constituiu um ganho significativo desta interação. O acompanhamento e o conhecimento dos resultados de exames auxiliares de diagnóstico permitiram compreender melhor a situação clínica, relacioná-la com a evidência científica disponível e adequar os cuidados a implementar;

4 – *Controlo da dor.* A dor tem implicações fisiológicas e comportamentais, com natural impacto na qualidade de vida da pessoa. A sua avaliação torna-se de extrema importância em ambiente clínico, pois trata-se da forma de objetivar uma medida sobre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. Sendo uma experiência subjetiva não pode ser determinada de forma objetiva como outros parâmetros corporais. O recurso a instrumentos de avaliação tais como a escala numérica (EN), usada em pessoas conscientes e colaborantes, ou a *pain behavioral scale* (PBS) – convertida em escala de faces e usada em pessoas sob VMI - possibilitaram avaliar a necessidade de iniciar um tratamento, se o tratamento prescrito estava a ser eficaz, ou mesmo se devia ser interrompido (Sousa, 2002). A definição da dor como 5º sinal vital conduziu a DGS a emanar, em 2003, uma circular normativa (Direção-Geral da Saúde, 2003) considerando como boa prática a avaliação e registo sistemático da intensidade da dor, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, a qual identifica as escalas de avaliação da dor atrás descritas como instrumentos a aplicar. Visando diminuir o desconforto e a vulnerabilidade física e psicológica da pessoa, procedi a uma frequente avaliação da dor e ajuste da terapêutica farmacológica

prescrita, ou a prescrever, depois de discussão conjunta com o médico responsável. Avaliei com a pessoa possíveis intervenções não farmacológicas que permitissem o alívio da dor e procedi à sua implementação – das quais as massagens de conforto e posicionamentos são um exemplo. A promoção do conforto ambiental através do controlo da intensidade luminosa da unidade da pessoa, promovendo o repouso ou sono reparador, foi outro fator tido em conta durante a prestação de cuidados (Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2013; Lima, Guedes, Silva, Freitas, & Fialho, 2006). Outra medida implementada foi o incentivo à comunicação do surgimento de dor. O registo das avaliações e das intervenções efetuadas permitiram assegurar a continuidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

5 – *Hemodinâmica / transporte de O<sub>2</sub> / medicações*. A vigilância e controlo dos parâmetros hemodinâmicos permitiu-me avaliar da necessidade de iniciar perfusões de fármacos vasopressores ou betabloqueantes; necessidade de ajustar ou parar perfusões, em função dos valores apresentados; avaliação da necessidade de instituir ou manter a VMI, ou a possibilidade de desmame ventilatório; controlo e ajuste da perfusão de insulina, como acontece no TRP, em função dos valores da glicémia;

6 – *Controlo do volume de líquidos*. Mantive a vigilância do débito urinário (alto/baixo) e a necessidade de instituir medidas corretivas, tais como a administração de bólus de fluidos, terapêutica diurética ou antidiurética. No caso do TRP o controlo rigoroso do balanço hídrico permite avaliar da função do enxerto renal ou da necessidade de TSFR (Barone, Martin-Watson, & Barone, 2004; Trevitt et al., 2012). Este controlo deve respeitar o protocolo instituído, de modo a evitar a disfunção dos enxertos.

7 – *Parâmetros vitais*. A vigilância e monitorização dos sinais vitais permite obter informação sobre a situação clínica da pessoa e promove uma atuação corretiva perante as alterações detetadas;

8 – *Avaliação da nutrição / gastrointestinal / função intestinal*. A avaliação do estado nutricional na PSC permite aferir da necessidade de iniciar alimentação entérica/parentérica, ou oral. O desempenho do enfermeiro é relevante no controlo do resíduo gástrico e funcionamento intestinal (avaliação do abdómen: depressível/distendido);

9 – *Culturas*. Se a pessoa se encontra febril, a avaliação do risco de infeção é uma prioridade. A colheita de produtos biológicos para culturas microbiológicas pode constituir-se uma necessidade, no contexto clínico, pelo que procedi à sua colheita sempre que necessário. Por outro lado, a verificação da existência de resultados de culturas em curso pode permitir adequar protocolos terapêuticos, pelo que pesquisei

resultados. O protocolo da UCIP para as pessoas admitidas ao internamento implica a pesquisa de ERC, pela realização de zaragatoa retal. Esta medida visa monitorizar e evitar a contaminação cruzada entre pessoas internadas. No caso TH, por exemplo, a colonização fecal por ERC é frequente nos candidatos na fase pré-transplante (4% a 31% dos candidatos) encontrando-se associada a piores resultados do transplante (Bartoletti et al., 2018);

10 – *Cateter venoso central / arterial*. Avaliei da necessidade de manutenção, controlei a data de inserção e sinais de infeção, linhas arteriais – avaliei da necessidade de manutenção (com remoção, o mais precoce possível, de linhas arteriais femorais);

11 – *Avaliação da pele / feridas / mobilização*. Avaliei a existência de zonas de pressão (escala de Braden) e adotei medidas preventivas dos efeitos adversos da imobilidade, tais como as massagens e incentivo à mobilização autónoma no leito; realizei pensos operatórios com avaliação do estado de evolução das feridas operatórias, ou outras;

12 – *Família*. Nos cuidados à família procurei abordar qual o nível de informação que possuíam sobre a situação do familiar internado, e qual o nível de informação que pretendiam. Nalgumas situações foi necessário descodificar a informação transmitida pelo médico por não ter sido percebida de modo inteligível. Por vezes foi necessário, também, requisitar a presença do médico para transmitir informação clínica acerca da pessoa internada. Mantive o acompanhamento do médico nestes momentos de transmissão das informações, como atitude colaborativa e de trabalho em equipa.

É importante salientar que todo este cuidado tecnológico foi assumido em prol do melhor cuidado à pessoa. Apesar de, por vezes, a pessoa sentir que a tecnologia ensombra as suas necessidades básicas e que o trabalho tecnológico é priorizado face aos restantes cuidados, este é um comportamento mais habitual em enfermeiros com menor experiência, enquanto enfermeiros experientes usam a tecnologia como complemento da sua *performance* (Tunlind, Granström, & Engström, 2015).

Na abordagem à pessoa alvo de cuidados, e na perspetiva da criação de uma relação de confiança, comecei sempre por me apresentar e questionar de que forma gostaria de ser tratada. Este respeito pela pessoalidade, privacidade e intimidade esteve sempre presente durante a prestação de cuidados. Outra forma de manter a intimidade decorreu do uso de cortinas protetoras sempre que os cuidados implicavam uma exposição do corpo.

Retornando ao estudo de caso, quando questionei o Sr. A.P. sobre qual o tratamento preferencial referiu ser tratado por P., tendo abandonado o nome A. quando deixou o Porto e foi viver para os Açores. Esta mudança constituiu um ponto de viragem na sua vida e encarou-a como um renascer com uma nova identidade. Da narrativa do seu percurso de vida foi possível apurar que a necessidade de abandonar aquilo que considerou “um acidente de percurso” – uma adição associada ao consumo de estupefacientes – esteve na génese da consciencialização para a mudança. Assim, face ao percurso de vida, referia sentir-se com ferramentas para ultrapassar a situação atual com sucesso. Dizia-se preparado para colaborar em tudo o que lhe fosse solicitado. Referia “o SNS arrancou-me do portão do cemitério”. Esta observação demonstrava *consciencialização* da gravidade da situação e revelava conhecimento sobre o diagnóstico e prognóstico. Acrescentou “isto [transplante] foi o meu euromilhões!”. Com esta afirmação demonstrava um nível de *desenvolvimento da confiança*. Adicionalmente, mostrou *estar situado e sentir-se ligado* ao processo de recuperação. Questionado sobre como foi saber do diagnóstico, e da necessidade de intervenção cirúrgica, respondeu: “inicialmente não percebi bem a gravidade da situação. Mas quando percebi que era coisa séria fui procurar informação. Fui à livraria que costumo frequentar e comprei livros sobre o fígado e o transplante hepático. Quando li que o fígado tem centenas de funções pensei: espera lá que isto é coisa séria!”. Este comportamento revela o indicador de processo *sentir-se ligado*. Traduz a *consciencialização e aceitação* da condição de saúde que promoveu a busca da informação para uma perceção mais ajustada da realidade. A família (esposa e filho) esteve sempre presente durante este percurso, desempenhando um papel de facilitadores no processo de transição. Um dos condicionantes sociais à inscrição na lista de espera para TH é o consumo de álcool. Inicialmente, já depois do diagnóstico, por vezes à refeição, apetecia-lhe um copo de vinho, mas o filho alertava logo “pai sabes que não podes beber. Nós [ele e a mãe] estamos aqui para te apoiar, mas tens que colaborar. O teu futuro depende do transplante”.

O respeito pelos direitos humanos, pela ética e pelo código deontológico dos enfermeiros nortearam a minha prática e tomada de decisão. Porém, neste campo, e relativamente a algumas pessoas submetidas a TH, pude constatar a emissão de observações com juízos de valor por alguns profissionais do serviço. Determinadas situações clínicas que conduzem algumas pessoas à necessidade de um transplante

advêm da adoção, durante alguma fase do seu percurso vital, de estilos de vida e comportamentos considerados evitáveis pela sociedade. Não é incomum, nos corredores e serviços hospitalares, ouvir a emissão de juízos de valor relativamente a estas situações. Todavia, como refere Barroso, (2018) “condenar à morte todos os doentes que adquiriram as suas maleitas por comportamentos sociais evitáveis (...) é defender a pena de morte por critérios morais e economicistas” (p. 228). O enfermeiro, nos cuidados que presta à pessoa, tem como responsabilidade ajudá-la a atingir o melhor nível de qualidade de vida possível, tendo em conta os seus objetivos. Essa missão inclui ser um facilitador de uma transição saudável, na qual se inclui abster-se da emissão de juízos de valor sobre a mesma. Tal como expresso no regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, o enfermeiro deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e filosofia de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 82).

A oportunidade de acompanhar a enfermeira chefe nas reuniões com a equipa multidisciplinar (no contexto da UT) permitiu-me participar ativamente na discussão dos casos e obter subsídios das diferentes visões sobre a pessoa, consoante a área de intervenção. Na sequência da análise conjunta da dinâmica assistencial à pessoa candidata a transplante/transplantada, foi discutida a possibilidade da passagem pela consulta de enfermagem do transplante renal e/ou pancreático, hepático e acompanhamento intraoperatório de candidato a transplante. Tendo em conta a visão holística da pessoa e do processo, as enfermeiras chefe e orientadora de estágio acharam ser pertinente e fazer sentido, ficando de articular com os colegas desses contextos. Estas experiências vieram a acontecer com grandes ganhos em competência para a gestão da vulnerabilidade da pessoa.

No acompanhamento da enfermeira chefe foi possível apreender alguns aspetos organizativos do serviço. Assim, a distribuição de doentes pelos enfermeiros é realizada com base nas horas de cuidados necessárias, resultante da aplicação do sistema de classificação de doentes. No final de cada turno o enfermeiro avalia cada um dos seus doentes, em função dos parâmetros requisitados, obtendo um *score* final que o sistema transforma em horas de cuidados necessárias. A utilização desta classificação contribui para uma melhor alocação de recursos humanos, porém pode dificultar o estabelecimento de uma relação profissional, ao não promover um acompanhamento continuado das pessoas alvo de cuidados. Na elaboração do

horário tem ainda que ter em conta a distribuição, em cada turno, de um enfermeiro com competências na realização de hemodiálise. Não sendo uma técnica frequente no serviço, nem todos os enfermeiros possuem competências para a sua realização. Esta partilha revelou-se enriquecedora na aquisição de competências ligadas à gestão dos cuidados e do serviço.

A reflexão sobre a gestão dos cuidados conduziu-me a sedimentar a ideia de que o enfermeiro é responsável por uma utilização correta dos recursos que mobiliza nas suas intervenções, assumindo o dever de evitar o desperdício. Esta atitude contribui para a equidade no acesso aos recursos disponíveis, possibilitando a justiça distributiva entre as pessoas que deles precisam. Tal como referem Thungjaroenkul, Cummings e Embleton (2007), numa época em que o financiamento dos cuidados de saúde é submetido a cortes, por oposição aos custos crescentes com os mesmos, o desafio que se coloca é o de prestar cuidados a baixo custo sem diminuir a qualidade.

Objetivando o processo de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC, participei no 1º congresso do serviço de medicina intensiva de um hospital da região de Lisboa. As temáticas abordadas foram diversas, proporcionando aprendizagens significativas nesta área do cuidar no hospital. Resumidamente, os temas apresentados foram: tratamento da pessoa com síndrome de dificuldade respiratória aguda e recurso à *extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO) para o seu tratamento; desafios na abordagem da via aérea, apresentando evidência para recurso à ventilação não invasiva, evidência para oxigenoterapia nasal de alto fluxo e as *guidelines* para a abordagem da via aérea difícil; a fragilidade do idoso em UCI focando os critérios de admissão e os doentes muito idosos; nutrição no doente crítico – o suporte nutricional e protocolos de nutrição entérica; cuidados em fim de vida em UCI e a doação de órgãos, focando nos critérios de elegibilidade do dador e no circuito de doação – do dador ao recetor. Este constituiu um momento agregador de aprendizagens úteis ao desenvolvimento do estágio em contexto de UCI. Contudo, dos temas apresentados, destaco os cuidados em fim de vida como um tema crucial a incluir na reflexão sobre os cuidados atualmente prestados em UCI. Encontrando-se associados à qualidade de vida e à sua valorização, são hoje um tema de debate entre os profissionais de saúde e na sociedade em geral. Foi assim, esta participação, promotora da minha reflexão sobre a função dos enfermeiros nestes cuidados.

Uma realidade vivenciada na UCIP são os cuidados prestados a pessoas com situações tumorais, ou outras, determinando falência terminal de órgão e diminuição da reserva fisiológica que conduzem a uma ausência de resposta às terapêuticas instituídas. Estas situações direcionam-nos no sentido de proporcionar conforto (nas vertentes física, psicológica e espiritual) como última resposta terapêutica possível às necessidades da pessoa e família. Todavia, a decisão de instituir cuidados de fim de vida em UCI constitui uma dificuldade para a pessoa doente, família e profissionais de saúde (Connolly, Miskolci, Phelan, & Buggy, 2016; Pattison, McLellan, Roskelly, McLeod, & Wiseman, 2018). Sobre o envolvimento dos enfermeiros na decisão, um estudo realizado por Benbenishty *et al.* (2006) revelou que os médicos percebem os enfermeiros como fortemente envolvidos nestes cuidados mas não tomando iniciativa para a discussão. Refere ainda o estudo que os médicos desencadearam essa discussão em 79,3% dos casos analisados e os enfermeiros em 2,1%; porém, a decisão tomada reúne um elevado nível de consenso. Por outro lado, um estudo levado a cabo por Canzona *et al.* (2018) revela que as dinâmicas de poder entre médicos e enfermeiros podem interferir negativamente nos contributos que estes últimos podem trazer para a discussão. Assim, a reflexão em equipa sobre o plano dos cuidados a prestar à pessoa e família (envolvendo estas na discussão) torna-se vital à descodificação da informação entre os diferentes elementos do triângulo terapêutico e à definição de objetivos comuns.

Um dos documentos importantes que surgiu visando trazer alguma luz sobre este assunto foi o *Ethicus Study*. Atualmente, na Europa, a limitação terapêutica é já uma realidade, e as pessoas são extubadas e sedadas, sendo-lhes proporcionada uma morte digna, na presença da família (Sprung *et al.*, 2003). Os enfermeiros desempenham, neste contexto, uma função significativa na manutenção da dignidade, individualidade e manutenção da privacidade da pessoa moribunda e família. Os cuidados físicos ao corpo e o suporte emocional combatendo a solidão, o apoio emocional à família, o acesso ilimitado no tempo de visita, propiciando um ambiente calmo e a participação nos cuidados ao ente querido são reveladores de competência especializada do enfermeiro, levando a uma diminuição da vulnerabilidade psicológica (Karbasi, Pacheco, Bull, Evanson, & Chaboyer, 2018).

A vivência de uma situação de fim de vida, em que este processo de análise de situação em equipa não ocorreu, precipitou em mim um incómodo. Como referem Salati *et al.* (2011), reconhecer a vulnerabilidade do outro leva-nos a pensar sobre a nossa própria vulnerabilidade. Por sua vez, esse incómodo conduziu à reflexão sobre o episódio e à elaboração de um jornal de aprendizagem (JA). A construção deste JA, e a reflexão impressa sobre este assunto, tornou-se um tópico estruturante durante este estágio. Habilitou-me a colaborar, fundamentado na tomada de decisão em equipa, noutras situações semelhantes e em que a interdisciplinaridade (enquanto trabalho de diferentes profissionais concorrendo para um objetivo comum), com o foco centrado na pessoa alvo de cuidados, proporcionou esse conforto a todos os elementos do triângulo terapêutico.

O desenvolvimento das competências do enfermeiro, em contexto de UCI, vai muito além do domínio das competências técnicas (Tunlind *et al.*, 2015). Desenvolver competências relacionais e perceber o trabalho de equipa como uma competência profissional permitem um desempenho eficiente, combinando o conhecimento técnico-científico e o domínio da tecnologia na disponibilização de cuidados mais individualizados e humanizados (Locsin, 2017). Subjacentes a este desenvolvimento encontram-se o estabelecer de relações interpessoais positivas e o investimento nas habilidades comunicacionais (Camelo & Chaves, 2013). A comunicação constitui uma ferramenta básica na prestação de cuidados de enfermagem. Contudo, em ambiente de UCI, a comunicação com pessoas submetidas a VMI torna-se um desafio visando a compreensão mútua e a concretização dos objetivos da pessoa alvo de cuidados (Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011). A limitação à comunicação verbal, pela presença de um dispositivo que atravessa as cordas vocais, constitui, habitualmente, um fator de *stress* à pessoa internada e família. O enfermeiro, enquanto facilitador neste processo de transição saúde-doença, pode adotar estratégias simples que diminuam a vulnerabilidade psicológica e social decorrentes dessa limitação física (Meleis *et al.*, 2000). A comunicação por gestos ou movimentos da cabeça, a utilização da mímica facial ou a leitura dos lábios, a possibilidade de comunicação escrita ou respondendo a questões simples e diretas carecendo de resposta tipo sim/não, constituem estratégias facilitadoras desta comunicação (Grossbach *et al.*, 2011).

A experiência vivenciada neste contexto de estágio permitiu-me assimilar o quanto o enfermeiro na função de facilitador contribui para a diminuição da vulnerabilidade psicológica e social da pessoa submetida a entubação traqueal. Adicionalmente, o desenvolvimento destas estratégias permitiu à pessoa cuidada participar na tomada de decisão sobre os seus cuidados (McCormack & McCance, 2006). São exemplo disso a seleção do posicionamento a ser executado ou o manifestar da sua necessidade de aspiração de secreções traqueais. A monitorização da dor recorrendo a uma escala de faces é outro exemplo de como a comunicação não verbal pode contribuir para a diminuição da vulnerabilidade física. Contudo, na relação terapêutica com a pessoa e família é crucial que o enfermeiro consciencialize que a comunicação é feita com todo o corpo. As dimensões verbal e não verbal complementam-se. Para que a comunicação seja credível e inspire confiança terá que existir consonância entre o que se verbaliza e o que o corpo “diz” (Grossbach et al., 2011).

A UCIP, pela sua particularidade de ser um ambiente tecnologicamente complexo, pode funcionar como mecanismo inibidor da família na relação com o seu familiar doente (Grossbach et al., 2011). Cumulativamente, constitui um ambiente gerador de grande ansiedade associada à incerteza pelo experienciar de uma situação limite, frequentemente associado ao risco de vida. As subtis alterações clínicas no ente querido encontram-se associadas a respostas emocionais intensas e geradoras de instabilidade (Sá, Botelho, & Henriques, 2015). Consciente desta vulnerabilidade adotei medidas no sentido de ir ao encontro de uma necessidade primária neste contexto – a informação (Mendes, 2016). A informação é fundamental para que possam sentir-se seguros na assunção do tratamento do seu familiar. A descodificação de todo aquele ambiente complexo é de vital importância. Neste sentido, torna-se imperioso validar a informação recebida e percecionada, procurando obter *feedback*. As situações de *stress* tornam as famílias mais atentas a todos os pormenores, facto pelo qual se torna importante a validação do que foi percecionado. Os vieses de interpretação podem, por vezes, desviar a atenção para o que se desejaria escutar e não para o que é transmitido. Neste acompanhamento familiar não podemos olvidar a importância da linguagem não verbal (Mendes, 2016).

Foi na sequência da percepção da linguagem não verbal que recordo aqui um episódio passado durante um turno da tarde. Encontrando-me eu a realizar os registos referentes à pessoa a quem tinha assumido a responsabilidade de prestar cuidados inicia-se, na unidade da pessoa do lado, o despertar de um alarme – tratava-se da bomba de alimentação parentérica que iniciara o alarme por *términus* do conteúdo da bolsa. Imediatamente a esposa e o filho rodaram o corpo tenso, no sentido da bancada de registos, evidenciando um *fácies* de pânico e intriga, buscando alguém com o olhar. Perante aquele cenário, levantei-me e fui silenciar o alarme, descodificando-lhes o motivo do mesmo. Pela atenção dispensada, e o esclarecimento da situação, ambos agradeceram insistentemente a pronta atenção. Colocando a sua mão no meu braço, a esposa pediu desculpa pela ansiedade manifestada e, uma vez mais, agradeceu a explicação que promoveu a sua tranquilidade. Este comportamento levou a consciencializar-me de como pequenas ações, e um cuidar empático, podem reduzir grandemente a ansiedade dos familiares das pessoas internadas em UCI (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, & McVey, 2010; Mendes, 2016). A necessidade manifestada de estabelecer contacto físico comigo (através da colocação da sua mão no meu braço) demonstra a sua vulnerabilidade neste processo de transição saúde-doença. Aquele gesto é um indicador do quanto o enfermeiro pode ser um facilitador neste processo de mudança, promovendo a sua compreensão e o desenvolvimento de estratégias de *coping* (Meleis et al., 2000). Por outro lado, o ato de silenciar o alarme não visou somente a ação simples de o silenciar, mas, simultaneamente, a intencionalidade de tranquilizar os familiares presentes. Locsin (2017) refere-se a este comportamento deliberado como a aplicação prática do PE no reconhecimento das respostas das pessoas em ambientes tecnologicamente exigentes (correlacionando-o com competência especializada). A avaliação inicial desencadeou em mim um planeamento de resposta revelado pela intencionalidade e autenticidade no encontro com aqueles familiares, obtendo como resultado a sua tranquilização. Como refere Benner (2001), o enfermeiro perito compreende de uma maneira intuitiva cada situação e age a partir da compreensão profunda de uma situação global.

A reflexão crítica constitui uma dimensão que me acompanhou durante todo este processo. A interação interpares (em contexto da UT) conduziu à oportunidade de descodificação de um evento crítico. Esta interação, se bem que inicialmente interpretada como uma experiência negativa, expondo a minha própria vulnerabilidade

enquanto elemento “externo” àquele contexto, veio a revelar-se uma situação enriquecedora pela reflexão que possibilitou. Esta situação, não só conduziu a uma consciencialização da mudança a operar em mim, para um melhor desempenho futuro, como também se revelou importante no processo de socialização ao serviço e partilha de saberes. A este propósito, refere Abreu (2007, p. 89) “no contexto clínico, o aluno confronta-se com uma realidade sociocultural que o obriga a transformar-se, através do processo de interação”. Este confronto com a realidade imprime uma apropriação de conhecimento que o leva a lidar consigo e com os outros moldando a sua ação e reação (Abreu, 2007). A realização de um JA, recorrendo à metodologia do ciclo reflexivo de Gibbs, constituiu um fator de autoaprendizagem significativa (Gibbs, 1988). Adicionalmente, decorrente da descodificação do evento crítico, surgiu a manifestação, por parte dos enfermeiros do serviço, da necessidade de uma ação de formação sobre a temática *organização da colheita, alocação de órgãos às unidades de transplante e articulação com a vulnerabilidade do recetor*. Assim, a ação de formação em serviço, realizada a 14 de novembro, permitiu-me desempenhar o papel de dinamizador no âmbito da melhoria contínua da qualidade, contribuindo para um ambiente terapêutico seguro.

A interação ocorrida durante o estágio, com os diferentes interlocutores, promoveu um desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, contribuindo ativamente para o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais. A participação num congresso internacional sobre transplantação revelou-se, igualmente, enriquecedora na aquisição de competências. O contacto com realidades sociais e económicas distintas das vivenciadas em Portugal permitiu captar diferentes perspetivas de resolução de problemas.

Sendo o risco de disfunção ou rejeição do enxerto outro dos problemas potenciais por que passam os transplantados, a atuação do enfermeiro é vital no sentido de maximizar a função do órgão. A vigilância intensiva e aplicação de protocolos terapêuticos complexos conduziram à aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC. Neste contexto, tive oportunidade de acompanhar, durante o processo cirúrgico, um candidato a TRP. O facto de o acompanhar desde a UT e permanecer junto do mesmo, já no BO, até à indução anestésica, constituiu um fator promotor de tranquilidade (*feedback* realizado

já no pós-transplante). Esta capacidade de analisar as necessidades da pessoa, para além daquelas que são verbalmente manifestadas, e recorrendo às experiências prévias, constitui um caminho para a perícia. Adicionalmente, o facto de ter acompanhado o intraoperatório, capacitou-me à compreensão da necessidade de monitorização e dos cuidados a prestar no pós-transplante. Tive oportunidade, ainda, de acompanhar pessoas no pós-operatório imediato de transplante renal, em que esta monitorização e vigilância se revelam vitais na avaliação da função do enxerto. A monitorização dos sinais vitais, e o despiste de sinais de hemorragia decorrente da falência das anastomoses (causa mais comum) (Barone et al., 2004), constitui um dos exemplos da construção de competências específicas do enfermeiro especialista em PSC.

O pós-operatório imediato constitui uma etapa do processo em que uma das manifestações significativas da vulnerabilidade física – a dor – pode estar presente. Sendo considerada como um sinal vital, a dor é uma das manifestações que merece a maior atenção do enfermeiro. Porém, não só nesta etapa do processo; pois ela pode surgir em qualquer altura e situação, sendo necessário avaliá-la e combatê-la. Outra ameaça que pode surgir é o risco de rejeição do enxerto (Forsberg, Lennerling, Fridh, Karlsson, & Nilsson, 2015). Como exemplo, saliento uma situação de cuidados marcante, pelo contexto global, de um jovem adulto de 36 anos, submetido a TRP, e a vivenciar um processo de rejeição dos enxertos. Das várias complicações surgidas, a que teve um maior impacto foi o compromisso neurovascular que conduziu à isquémia do pé direito, implicando a sua amputação. A avaliação da dor, associada a este processo pós-operatório, era não só possível pela verbalização da EN utilizada, mas também pela leitura do  *fácies* expressivo da sua presença. A dor física podia ser aliviada com analgésicos e intervenções não farmacológicas, tais como as ajudas à mudança de decúbito. Porém, a dor psicológica da imagem corporal alterada, ainda que não verbalizada, era percebida. Como referem Benner, Kyriakidis e Stannard (2011, p. 244) “aliviar a dor é um mandato moral”. Benner (2001) aponta a função de ajuda como um dos domínios dos cuidados de enfermagem. Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher estratégias para os controlar e gerir constituem intervenções mandatórias perante estados de extrema fraqueza, bem como um cuidado pela presença. Associado a este quadro encontrava-se ainda em isolamento de contacto, enfatizando o cuidado pela presença como particularmente significativo.

Os cuidados à pessoa e à família, nesta situação de vulnerabilidade, remetem para o reconhecimento da nossa própria vulnerabilidade. A projeção no papel do outro contribui para um cuidado mais assertivo e humanizado. Karbasi *et al.* (2018) referem-nos como cuidados compassivos.

Como exemplo da gestão da vulnerabilidade psicológica, recordo aqui uma outra situação de uma pessoa submetida a TH. Tendo sido rececionada na UCIP já no final do turno da tarde, não tivera a visita da esposa. Ao iniciar o turno da noite dirigi-me à pessoa e realizei uma apreciação geral. Fisicamente encontrava-se confortável, sem dor, e com quadro hemodinâmico estável. Por ter regressado do BO fazia pouco tempo, apresentava-se ainda sonolento. Optei por não o importunar com questões. Todavia, cerca das 3 horas, encontrando-me eu a vigiar o débito urinário, acordou e apercebeu-se da minha presença. Relatou-me, então, que precisava muito falar com a esposa. Esta iria viajar de avião para fora do país, nesse dia durante a manhã, cerca do meio-dia, e ainda não tinha conseguido falar com ela depois do transplante. Após escutar a sua preocupação clarifiquei que iria transmitir essa informação na passagem de turno, de modo a que, logo que a esposa chegasse à UCIP, pudessem de imediato agilizar a sua entrada para o visitar. A este propósito referem Benner *et al.* (2011) que permitir à família um “*quick look see*” pode diminuir a ansiedade da pessoa e familiares após um longo procedimento cirúrgico, diminuindo o tempo em que estão afastados. Aquela preocupação com a esposa sobrepunha-se a qualquer preocupação com o seu estado físico. Visando o cuidado centrado na pessoa, aquela era a sua necessidade prioritária no momento, pelo que a procura pela sua satisfação merecia envidar todo o meu empenho.

Em alguns casos, a vulnerabilidade psicológica afeta tanto a pessoa transplantada quanto a vulnerabilidade física. Os transplantes acarretam inúmeras alterações a nível emotivo, comportamental e psicológico, sendo que mais de um quarto dos transplantados desenvolvem estados de ansiedade e depressão no pós-transplante. Paralelamente, os estudos demonstram também a existência de uma alta prevalência de estados de ansiedade e depressão pré-transplante. Estes aspetos encontram-se relacionados com resultados pobres em termos de adesão terapêutica e *coping* pós-transplante, bem como no recurso ao suporte social (Sher & Maldonado, 2019). Esta realidade vem confirmar a relevância de uma boa avaliação pré-

transplante, assim como um acompanhamento e educação para a alta durante o internamento, visando uma transição saudável. Todos os cuidados devem concorrer para a alta. Como referem Doenges *et al.* (2014), neste contexto a preparação para a alta deve conter os seguintes aspetos: ausência de sinais de infeção – a prevenção da infeção começa com a remoção, o mais precoce possível, de todos os dispositivos invasivos e passagem do regime medicamentoso a *per os*; sinais de rejeição ausentes ou controlados; “novo” órgão a funcionar adequadamente; atividades diárias asseguradas; formação à pessoa e família realizada e necessidades específicas da pessoa asseguradas. Como indicador de resultado pretende-se que haja apropriação de mestria durante o internamento.

Nesta preparação da pessoa para vivenciar uma transição saudável inclui-se capacitar a pessoa e família para a gestão do regime terapêutico (nomeadamente a gestão da medicação). Conduzir a pessoa/família a interiorizar que o não cumprimento do regime imunossupressor pode comprometer rapidamente a viabilidade do enxerto, com risco de perda do mesmo (Coster, Watkins, & Norman, 2018; De Bleser, Matteson, Dobbels, Russell, & De Geest, 2009; Forsberg et al., 2015). Neste contexto, tive oportunidade de trabalhar com a pessoa transplantada e família na preparação das tomas medicamentosas; explicar de forma inteligível as indicações terapêuticas e efeitos secundários (Pieper et al., 2006); descodificar as alterações glicémicas associadas ao regime imunossupressor que, na fase de pós-transplante recente pode necessitar correção com a administração de insulina – expliquei o processo de autoavaliação da glicémia, forneci e expliquei o funcionamento da seringa de insulina ou, quando a pessoa não adquiriu autonomia suficiente, identifiquei na família o suporte social necessário (Coster et al., 2018); expliquei os benefícios da adoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente a abolição do consumo tabágico e álcool (ou outras drogas aditivas), pelo impacto negativo que podem ter na vascularização do enxerto comprometendo a sua viabilidade; assisti a pessoa e família no esclarecimento das suas dúvidas e mostrei disponibilidade para procurar soluções alternativas; informei da disponibilidade dos contactos da UT para o esclarecimento de qualquer dúvida que surgisse, já no ambiente do lar; assisti a pessoa e família nas suas perturbações emocionais decorrentes deste processo complexo. Como profissionais de saúde na “linha da frente” nos cuidados à pessoa, os enfermeiros

desempenham uma função essencial na promoção da qualidade de vida das populações vulneráveis através da educação (Coster et al., 2018).

De regresso ao Sr. P. e sobre a preparação para a alta: a experiência das vivências anteriores permitiu-lhe criar analogias com a situação atual constituindo um *imput* relevante na construção da mestria e desenvolvimento do *coping* “eu vou conseguir”. Foi explicado, na altura, que havia algumas aprendizagens a serem realizadas, ao que solicitou que lhe fosse ensinado tudo o que necessitava aprender. Numa das primeiras intervenções como facilitador alertei para o risco acrescido de infeção pela toma de medicação imunossupressora, sendo que uma medida básica para o seu controlo é a correta lavagem das mãos. Sobre este ensino demonstrou ter assimilado a sua importância e adicionou a seguinte observação “eu até já reparei que os lavatórios aqui nas salas têm uma torneira *no touch* – montei muitas na altura da gripe A – mas tenho apreciado que as pessoas não sabem utilizar o manípulo, tocando no mesmo com a mão em vez de usarem o braço. Por isso tenho explicado a importância do manípulo”. Descodificado que a medicação imunossupressora, conjuntamente com os corticosteroides, implica alterações no metabolismo da glicose que conduzem, habitualmente nos primeiros meses após o transplante, à necessidade de toma de insulina subcutânea (Sen et al., 2019). Este facto implica que a pessoa faça a avaliação da sua glicémia capilar e a autoadministração da insulina. Perante a explicação manifestou logo vontade de que lhe fosse ensinado como fazer, de modo a tornar-se autónomo. Contudo gostaria que a esposa (que o acompanhou durante todo o internamento) assistisse também à explicação. Assim, indo de encontro ao seu objetivo, o ensino sobre a avaliação da glicémia capilar e seu registo, bem como o funcionamento da caneta de insulina e autoadministração da mesma, realizou-se com a presença da esposa. A família assume-se como uma âncora fulcral no período pós-transplante. A dinâmica familiar e o suporte social andam associados à reabilitação progressiva da pessoa. A visita da família contribui para que estejam menos tristes, se alimentem melhor, adiram melhor aos tratamentos, durmam menos durante o dia e interajam com os companheiros de quarto (Abrunheiro et al., 2005).

De modo a potenciar as suas capacidades elaborou uma lista de perguntas onde colocou as dúvidas que lhe iam surgindo. Esta estratégia demonstrou o uso do *coping* como um processo progressivo na aquisição de conhecimentos visando um melhor entendimento da sua situação e compreendendo os pontos críticos. O *coping*

dispõe a gerir o stress, desenvolvendo sentimento de controlo e aumentando o conforto psicológico (Brito, 2012). A este propósito, referem Frank-Bader, Beltran e Dojlidko (2011), a investigação tem mostrado que a capacitação da pessoa transplantada para uma aprendizagem ativa acerca da sua doença e dos cuidados a ter com a gestão da mesma melhora a adesão ao regime terapêutico proposto. À medida que a alta se aproximava, referia sentir-se melhor, respirar melhor (deixou de fumar, na preparação para o TH), e sentir mais energia. O bem-estar emocional, as relações interpessoais e a mestria são considerados indicadores de uma transição saudável. A assunção da sua nova identidade (de transplantado) permitia-lhe integrar a mudança objetivando a melhor qualidade de vida.

A minha interiorização do processo global de transplante ficou enriquecida com a oportunidade de passar pela consulta de enfermagem do transplante renal/renopancreático e hepático. Embora não tendo surgido oportunidade de acompanhar pessoas em fase de pré-transplante, tive possibilidade de avaliar o *feedback* que os transplantados transmitem da sua capacitação para lidar com a sua nova condição de doença crónica, assim como avaliar a sua articulação com o suporte social (familiar ou não) e o nível de mestria conseguido (Pieper et al., 2006).

Durante o estágio tive ainda oportunidade de participar na admissão à UCIP de pessoas vítimas de paragem cardiorrespiratória, ou somente respiratória, assistidas pela equipa da EEMI. Decorrente destas admissões, colaborei na implementação dos protocolos terapêuticos a aplicar àquela situação concreta. A frequência do curso ATCN® e a participação no congresso “Status 5 | trauma, emergência e reanimação”, constituíram atividades que me aumentaram a capacitação para, durante o estágio, atingir o objetivo *participar na resposta à PSC a vivenciar situações de emergência*.

Assumindo os cuidados de enfermagem um elevado nível de complexidade, as atividades descritas não respondem estritamente a um único objetivo específico, acabando por contribuir para atingir os diferentes objetivos. As atividades desenvolvidas concorreram para o resultado global positivo dos objetivos de estágio traçados e elencados no início deste capítulo. Permitiram, também, atingir positivamente os objetivos do mestrado, bem como os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos e as competências comuns e específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem à PSC definidas pela OE.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aproximando-se o *términus* deste percurso de mestrado é chegado o momento de concluir este relatório. Todavia, este constitui tão somente mais uma etapa no caminho do desenvolvimento e capacitação profissional e pessoal. Foi esta atitude o móbil para este percurso, associada à necessidade sentida de adquirir/desenvolver competências especializadas de enfermagem na área do contexto de trabalho.

As aprendizagens auferidas durante a fase teórica do curso dotaram-me de ferramentas que possibilitaram um desenho do caminho a percorrer na prática clínica, operacionalizado pela elaboração de um projeto de estágio. Para esse projeto contribuíram positivamente as experiências profissionais vivenciadas, a busca de evidência científica sobre o tema a ser trabalhado através da realização de uma RIL, bem como as idas a campo. Por seu lado, as experiências vivenciadas durante os períodos de estágio possibilitaram o desenvolvimento de uma prática clínica reflexiva e crítica. O desenvolvimento desta introspeção sobre a ação (e operacionalizada em estágio com a realização de jornais de aprendizagem) conduziu à consciencialização da mudança a operar em mim. Foi este desenvolvimento de um pensamento crítico em enfermagem, fundamentado na evidência científica, operacionalizado pela aplicação da metodologia do PE e ancorado na teoria de enfermagem, que habilitou à prestação de cuidados especializados à PSC e à promoção da Enfermagem como profissão autónoma.

A oportunidade de mobilizar a Teoria das Transições de Meleis na estruturação dos cuidados prestados conduziu a uma nova perspetiva do meu olhar sobre a Enfermagem. Contudo, cuidar da PSC constituiu-se como um desafio complexo. Mais que a mobilização de conhecimentos teóricos e competências técnicas, requer do enfermeiro competências relacionais, encarando a pessoa como um ser único e irrepitível. O desenvolvimento desta visão holística e humanizada dos cuidados centrados na pessoa manifesta aquilo que deve ser a atitude do enfermeiro perito, traduzindo-se numa prática de enfermagem avançada.

Foi no sentido de alcançar este estágio de desenvolvimento profissional que os objetivos de estágio foram traçados. Na definição dos mesmos foram tidas em conta as competências propostas pela ESEL para este curso de mestrado, enquadrando-se

com o que é preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos. As diversas situações vivenciadas no cuidar da PSC nos campos de estágio permitiram-me alcançar, de forma global, os objetivos traçados. A aquisição/desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC, com foco na gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa adulta na fase peri-transplante, concorreram para a perícia adquirida nesta área. Adicionalmente, encontram-se em consonância com as competências comuns e específicas, definidas pela OE, para a área de especialização em enfermagem à PSC.

Em concordância com a motivação para a realização deste mestrado, um dos ganhos obtidos com este percurso foi a minha capacitação para a compreensão do processo global da transplantação, no caminho percorrido entre o dador e o recetor. Assimilei a relevância da responsabilidade profissional dos enfermeiros nos vários contextos pelos quais a pessoa passa enquanto candidata a transplante e, *a posteriori*, como transplantada. Os cuidados que prestei à pessoa e família visaram a capacitação para o autocuidado e gestão da condição de saúde, promovendo uma transição saudável, objetivando obter a melhor qualidade de vida possível e ganhos em anos-vida. Esta capacitação teve em conta os objetivos da própria pessoa e uma prestação de cuidados isenta da emissão de juízos de valor sobre a mesma. Pois, como referem Boykin e Schoenhofer (2000), a profissão de enfermagem tem o privilégio de estar comprometida com o cuidar. Implica conhecer e respeitar a pessoa respondendo de forma competente e personalizada às suas necessidades. Inerente a estes cuidados encontra-se uma prática baseada na evidência conduzindo a uma melhoria da qualidade destes, assim como dos resultados obtidos pelo recetor. A estes resultados não é indiferente o envolvimento da família e o nível de desenvolvimento do trabalho em equipa. Sedimentei a visão deste sistema dinâmico constituído pelas interações entre pessoa, família e profissionais de saúde – formando o triângulo terapêutico – e o quanto estas interações dependem das capacidades e habilidades comunicacionais dos elementos envolvidos.

A resposta a esta necessidade da pessoa (transplante de órgão sólido) constitui um dever deontológico do enfermeiro para com a sociedade. Tal como preconiza o seu código deontológico - Art.º 103º Dos direitos à vida e à qualidade de vida – o enfermeiro deve “c) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida”. A este propósito, os últimos dados europeus publicados indicam

um tempo de sobrevivência de 20 anos para transplantados renais, comparativamente com 10 anos, se mantidos em hemodiálise. Quanto aos ganhos em *quality-adjusted life years* - QALY<sup>2</sup> - os dados apontam para 11,5 anos para o transplante hepático, 6,8 para o cardíaco e 5,2 para o pulmonar. Como pontos essenciais a reter, da relevância deste tratamento no âmbito dos cuidados de saúde, na Europa, em média, em cada hora 5 novos candidatos são colocados em lista de espera e em cada dia 18 pessoas morrem em lista de espera sem acesso a um órgão (Council of Europe, 2016). A falência terminal de órgão conduz a que a pessoa candidata a transplante se enquadre na situação de PSC, pelo risco de morte iminente. Adicionalmente, no pós-transplante, a necessidade subjacente da submissão a medicação imunossupressora ao longo da vida implica uma condição de vulnerabilidade acrescida conferindo-lhe, também, uma “nova identidade”. No fundo, a ideia da morte permanece, mas o transplante é sentido como uma segunda oportunidade de vida. Este facto torna a pessoa transplantada numa sobrevivente particular. Escapa a uma morte anunciada, mas a sobrevivência é um desafio constante. É esta realidade que faz com que valorizem a vida e a qualidade de vida (Catela & Amendoeira, 2010). A oportunidade de receber a dádiva de um órgão, e obter de uma vida renovada, parece ser motivo suficiente para que o recetor faça tudo para melhorar as suas hipóteses de sucesso. Contudo, esta experiência transicional requer grandes mudanças que se tornam um desafio para a pessoa. Não só os aspetos físicos dos cuidados, mas também os comportamentais e sociais associados ao processo criam vulnerabilidade na pessoa e família. Esta fica agravada quando se deparam, já em casa, sem apoio, após um processo de transplante (Frank-Bader et al., 2011). É na adaptação da pessoa à sua nova condição de vida e identidade que o desempenho dos enfermeiros se revela fundamental. A sua relevância manifesta-se enquanto educadores para a aquisição de novos conhecimentos e habilidades que promovam uma gestão adequada do autocuidado, assim como na mobilização e/ou criação de estratégias facilitadoras da transição (Mota et al., 2011). Justifica-se, deste modo, a relevância que a transplantação de órgão assume para a Enfermagem enquanto profissão e disciplina.

A utilização da metodologia do PE foi promotora da qualidade dos cuidados. A apreciação inicial da pessoa e o estabelecimento de uma relação empática com esta

---

<sup>2</sup> QALY é uma medida genérica de avaliação da carga da doença que inclui a qualidade e a quantidade de vida vivida. 1 QALY equivale a um ano com ausência de doença.

e família permitiram identificar necessidades e estruturar respostas. Mobilizando conhecimentos e experiências prévias vivenciadas tive oportunidade de, logo nesta fase, implementar intervenções visando a resolução dos problemas detetados. Esta situação enquadra-se na visão holística da pessoa e na utilização do PE de forma intuitiva, característica do enfermeiro perito (Benner et al., 2011). Esta abordagem incluiu sempre a família enquanto suporte social e elemento do triângulo terapêutico. Dediquei especial atenção à função de suporte emocional e cuidado pela presença, disponibilizando-me intencionalmente para responder a questões, esclarecer dúvidas ou fornecendo informação relevante e pertinente. Porém, inicialmente, a realização dos registos no PE na aplicação informática em uso na instituição revelou-se uma dificuldade. A não utilização desta aplicação no meu quotidiano de trabalho conduziu-me à necessidade de me familiarizar com a mesma - facto que foi ultrapassado com treino e a ajuda da enfermeira tutora.

A minha passagem pela consulta de enfermagem do transplante (na ida a campo e durante o estágio) permitiu-me confirmar o impacto positivo que esta consulta assume na integração da nova identidade no pós-transplante e na capacitação da pessoa transplantada para o recurso eficaz aos vários elos de suporte social (Scanlon & Lee, 2007). Frequentemente, a pessoa transplantada comenta o quanto o cuidado do enfermeiro a ajuda a perseverar e como esse cuidado faz a diferença na aquisição de habilidades que capacitam ao autocuidado e à gestão da sua condição crónica (Benner et al., 2011). É comum ouvir a frase “sem a sua ajuda não teria conseguido”. Contudo, também a família vivencia este processo transicional e solicita o cuidado do enfermeiro. A família constitui a unidade básica do cuidado. Incluem-se nesta as pessoas significativas que participam no cuidado e bem-estar da pessoa (Benner et al., 2011). Estas vivências produziram em mim uma maior consciencialização da minha responsabilidade enquanto formador de pares e outros profissionais da saúde, objetivando promover uma melhoria contínua dos cuidados que se repercute nos resultados obtidos pelo recetor. Adicionalmente, este papel de formador estende-se à sociedade em geral, na sensibilização para a compreensão do ato altruísta e solidário da doação, enquanto garante do acesso a um órgão que pode salvar a vida de outrem.

As idas a campo revelaram-se momentos altamente enriquecedores. A referir o quão relevante foi a visita a um grupo local do PPCIRA do centro hospitalar onde estagiei na aquisição de competências na área do controlo de infeção. Todavia,

possibilitaram perceber, também, uma fragilidade do sistema de saúde na resposta à pessoa candidata a transplante renal com enxerto de dador falecido (sendo estas em maior número nas listas de espera). Atualmente, estes candidatos não têm acesso a uma consulta de enfermagem pré-transplante, o que se repercute no incremento da sua vulnerabilidade durante o processo. Como já documentado, os profissionais de saúde melhor posicionados para a gestão destes processos são os enfermeiros. A sua intervenção inicia-se logo no pré-transplante com sessões de avaliação física e psicossocial. Essa avaliação deve incidir sobre aspetos relevantes a ter em conta no processo de transplante, tendo como objetivo a máxima sobrevivência do enxerto. Esclarecimentos de dúvidas e o início do processo de educação para a adesão à medicação imunossupressora devem iniciar-se nesta fase (Murphy et al., 2011; Trevitt et al., 2012). A tomada de consciência desta limitação no processo impele-me a envidar esforços junto dos órgãos de administração da instituição que contribuam para colmatar esta deficiência. A exposição desta limitação à Enfermeira Diretora, do recém-empossado Conselho de Administração, visará propor que a enfermeira alocada a esta consulta em tempo parcial, o possa fazer a tempo inteiro.

O desenvolvimento da autoconsciência foi outro dos ganhos obtidos com este percurso. A vontade de aprender com os outros, escutando-os ativamente permitiu a criação de empatia e o desenvolvimento da habilidade de observar as pistas da linguagem não verbal. Este desenvolvimento da autoconsciência permitiu-me uma capacitação para estar mais aberto à crítica e às observações, tanto positivas como negativas, reconhecendo a minha própria vulnerabilidade. A reflexão sobre a ação conduziu à assunção da responsabilidade pelas ações, incluindo o erro. Pois como refere Beydler (2017), aqueles que não são autoconscientes podem acreditar que ninguém repara nas suas fraquezas.

O desenvolvimento de competências na área de investigação facilitou a pesquisa e realização de uma RIL, bem como pesquisas adicionais realizadas *a posteriori*. Dada a relevância que esta RIL assumiu no desenrolar deste percurso, e os contributos que pode fornecer a projetos futuros, a sua publicação constitui um desses projetos. No campo profissional e fruto desta capacitação para a metodologia da investigação, lidero um projeto de investigação-ação “Redução da contaminação microbiológica do órgão no perioperatório”. Visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através de uma prática baseada na evidência, objetiva-se obter

melhores resultados para a pessoa alvo de cuidados – neste caso o(s) recetor(es) – proporcionando o acesso a órgãos com maior segurança biológica.

Visando a maximização do acesso a um órgão, diminuindo a vulnerabilidade do recetor, participei em algumas iniciativas que, cumulativamente, contribuíram para o desenvolvimento e promoção das aprendizagens profissionais. São exemplo disso o convite do Instituto Português do Sangue e Transplantação para integrar o grupo de trabalho com vista à criação das Normas Hospitalares de Doação (Despacho n.º 5480/2017); a participação num congresso internacional de transplantação, assumindo a função de formador junto dos pares e outros profissionais de saúde, com a apresentação de uma comunicação livre sobre “O papel do Coordenador de Colheita e Transplante na maximização do potencial dador de pulmão” – a informação e sensibilização dos profissionais assume um impacto positivo na hipótese de acesso a um órgão pelo candidato a transplante; a colaboração como formador em formação pós-graduada a profissionais de saúde, a convite de diferentes escolas superiores de enfermagem e universidades.

Contribuindo para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e ciência, bem como da sua representatividade social, representei a OE (a convite desta) no grupo de trabalho para a operacionalização da colheita em dador falecido em paragem circulatória – entendido o convite como um reconhecimento de competência para representar a OE nesta matéria.

A elaboração deste relatório de estágio proporcionou-me uma reflexão sobre a ação levando a consciencializar-me das competências que adquiri neste percurso, não só a nível profissional, mas também a nível pessoal. As interações estabelecidas com as pessoas alvo de cuidados, a aplicação do PE e o planeamento de cuidados em equipa multidisciplinar, bem como os momentos de aprendizagem interpares e interprofissionais, foram altamente estruturantes neste caminho visando a perícia, como defende Benner (2001), e a especialização na área de cuidados de enfermagem à PSC, como preconizado pela OE. Assim, subjaz uma enorme satisfação com os ganhos profissionais e pessoais. A capacitação para um melhor cuidado à pessoa candidata a transplante/transplantada, bem como o desenvolvimento científico nesta área, podem constituir-se como um desafio à realização de um doutoramento na área da segurança da pessoa candidata a transplante/transplantada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abrunheiro, L., Perdigoto, R., & Sendas, S. (2005). Avaliação e acompanhamento psicológico pré e pós-transplante hepático. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 139–143. Disponível em: <https://bit.ly/2Yj2n3n>
- Adam, R., Karam, V., Cailliez, V., O Grady, J. G., Mirza, D., Cherqui, D., ... Duvoux, C. (2018). 2018 Annual Report of the European Liver Transplant Registry (ELTR) - 50-year evolution of liver transplantation. *Transplant International*, 31(12), 1293–1317. <https://doi.org/10.1111/tri.13358>
- Álvarez Lerma, F., Sánchez García, M., Lorente, L., Gordo, F., Añón, J. M., Álvarez, J., ... Sociedad Española de Enfermería Intensiva. (2014). Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia and their implementation. The Spanish “Zero-VAP” bundle. *Medicina Intensiva*, 38(4), 226–236. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.12.007>
- Augustyn, B. (2007). Ventilator-associated pneumonia: risk factors and prevention. *Critical Care Nurse*, 27(4), 32–39. Disponível em: <https://bit.ly/2VcLoOj>
- Bailey, J., Sabbagh, M., Loiselle, C., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(2), 114–122. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.006>
- Barone, C., Martin-Watson, A., & Barone, G. (2004). The postoperative care of the adult renal transplante recipient. *Medsurg Nursing*, 13, 296–303. Disponível em: <https://bit.ly/30cC2WP>
- Barroso, E. (2018). *Sobreviver*. Lisboa: Matéria-Prima Edições.
- Bartoletti, M., Giannella, M., Tedeschi, S., & Viale, P. (2018). Multidrug-resistant bacterial infections in solid organ transplant candidates and recipients. *Infectious Disease Clinics of North America*, 32(3), 551–580.

<https://doi.org/10.1016/j.idc.2018.04.004>

Benbenishty, J., Ganz, F. D., Lippert, A., Bulow, H.-H., Wennberg, E., Henderson, B., ... Sprung, C. L. (2006). Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study. *Intensive Care Medicine*, 32(1), 129–132. <https://doi.org/10.1007/s00134-005-2864-1>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd edition). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Beydler, K. (2017). The role of emotional intelligence in perioperative nursing and leadership: developing skills for improved performance. *AORN Journal*, 106(4), 317–323. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.08.002>

Bocchi, S. C. M., Pessuto, J., & Dell'Aqua, M. C. Q. (1996). Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação dos alunos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(3), 99–116. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000300009>

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2000). Invest in yourself: Is there really time to care? *Nursing Forum*, 35(4), 36–38. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2000.tb01230.x>

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Tese de Doutotamento em Enfermagem). Disponível em: <https://bit.ly/2WpqGw0>

Brower, E., & Nemec, R. (2017). Origins of evidence-based practice and what it means for nurses. *International Journal of Childbirth Education*, 32(2), 14–18. Disponível em: <https://bit.ly/2PQQ7V3>

Buganza-Torio, E., & Doucette, K. E. (2018). Management of Viral Hepatitis in Solid Organ Transplant Recipients. *Infectious Disease Clinics of North America*, 32(3),

635–650. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2018.04.010>

Burns, T., Fernandez, R., & Stephens, M. (2015). The experiences of adults who are on dialysis and waiting for a renal transplant from a deceased donor: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(2), 169–211. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1973>

Cajita, M., Baumgartner, E., Berben, L., Denhaerynck, K., Helmy, R., Schönfeld, S., ... BRIGHT Study Team. (2017). Heart transplant centers with multidisciplinary team show a higher level of chronic illness management - Findings from the International BRIGHT Study. *Heart & Lung*, 46(5), 351–356. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.05.006>

Camelo, S., & Chaves, L. (2013). Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units. *Invest Educ Enferm.*, 31(1), 107–115. Disponível em: <https://bit.ly/2VSG8UE>

Canzona, M., Love, D., Barrett, R., Henley, J., Bridges, S., Koontz, A., ... Daya, S. (2018). “Operating in the dark”: Nurses’ attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 4158–4167. <https://doi.org/10.1111/jocn.14603>

Catela, A., & Amendoeira, J. (2010). Viver a adesão ao regime terapêutico: experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 39–54. Disponível em: <https://bit.ly/2lqYuEL>

Chesnay, M. (2005). Vulnerable populations: vulnerable people. In Chesnay M. Editor (Ed.), *Caring for vulnerable: perspectives in nursing theory, practice and research* (pp. 3–12). Sudbury, Massachusetts: Jonas and Bartlett Publishers.

Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª). Loures: Lusociência.

Connolly, C., Miskolci, O., Phelan, D., & Buggy, D. (2016). End-of-life in the ICU: moving from “withdrawal of care” to a palliative care, patient-centred approach. *British Journal of Anaesthesia*, 117(2), 143–145. <https://doi.org/10.1093/bja/aew109>

- Corlett, L. (2015). Future models of supervision: supporting practice and promoting professional growth and well-being in education psychology through Collaborative Peer Support (CPS). *Educational and Child Psychology*, 32(3), 90–104. Disponível em: <https://bit.ly/2KoDErD>
- Costa, S., Freire, M., Silva, L., Abdala, E., Pierrotti, L., Azevedo, L., ... Shikanai-Yasuda, M. (2012). Evaluation of bacterial infections in organ transplantation. *Clinics*, 67(3), 289–291. [https://doi.org/10.6061/clinics/2012\(03\)15](https://doi.org/10.6061/clinics/2012(03)15)
- Coster, S., Watkins, M., & Norman, I. J. (2018). What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009>
- Council of Europe. (2016). Factsheet. Acedido a 04/05/ 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2VJrdfk>
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health*, 1–10. <https://doi.org/doi:10.1186/1478-4491-11-57>
- Cousley, A. (2015). Vulnerability in perioperative patients: a qualitative study. *Journal of Perioperative Practice*, 25(12), 246–256. <https://doi.org/10.1177/175045891502501201>
- De Bleser, L., Matteson, M., Dobbels, F., Russell, C., & De Geest, S. (2009). Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. *Transplant International*, 22(8), 780–797. <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2009.00881.x>
- Despacho n.º 5480/2017 (2017). Cria um grupo de trabalho para elaboração da matriz normativa das Normas Hospitalares de Doação que deverão ser elaboradas e adotadas, posteriormente, por todos os hospitais com atividade de doação e colheita de órgãos e tecidos. *Diário Da República*, 2ª Série (N.º 120 de 23/06/2017), 12754. ELI: <https://bit.ly/2H1ihZu>
- Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003 - A dor

como 5º sinal vital - registo sistemático da intensidade da dor, 1– 4. Disponível em: <https://bit.ly/2ZWQ5yt>

Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017 - “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical, 1–12. Disponível em: <https://bit.ly/2J7kMKD>

Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma nº 21/2015 DGS de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017 - “Feixe de intervenções” de prevenção da pneumonia associada à intubação, 1–13. Disponível em: <https://bit.ly/2X1ypjF>

Direção-Geral da Saúde (2017c). Prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. *Recomendação PPCIRA*. Disponível em: <https://bit.ly/2Lxe84L>

Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2014). *Nursing care plans: guidelines for individualized client care across the life span* (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. Disponível em: <https://bit.ly/2HemEQM>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2018). *Documento orientador da unidade curricular estágio com relatório: curso de mestrado em enfermagem pessoa em situação crítica 2018-2019*. Disponível em: <https://bit.ly/2R4nQsZ>

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2018). Newsletter Transplant: International figures on donation and transplantation 2017. *Newsletter Transplant 2018*, 23, 1–86. Disponível em: <https://bit.ly/2WXYy7S>

Figueira, M., Jacob, L., Spazapan, M., Chiquetto, L., Rolim, A., Duran, E., & Lopes, M. (2018). Reflexões sobre a utilização da CIPE na prática profissional: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), 134–154. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2369>

Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(spe), 183–196. <https://doi.org/10.1590/S1415->

65552001000500010

- Forsberg, A., Lennerling, A., Fridh, I., Karlsson, V., & Nilsson, M. (2015). Understanding the perceived threat of the risk of graft rejections: a middle-range theory. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 2333393614563829. <https://doi.org/10.1177/2333393614563829>
- Frank-Bader, M., Beltran, K., & Dojlidko, D. (2011). Improving transplant discharge education using a structured teaching approach. *Progress in Transplantation*, 21(4), 332–339. <https://doi.org/10.1177/152692481102100413>
- Garcia, J. (2002). *Implantação do transplante ortotópico de fígado humano no estado do Ceará* (Tese de Doutorado em Farmacologia). Disponível em: <https://bit.ly/2MFHL4x>
- Garcia, T., & Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(1), 188–193. Disponível em: <https://bit.ly/30aUEWQ>
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>
- George, E., Large, A., Boujoukos, A., & Tuttle, R. (1996). Respiratory care of the postoperative lung transplantation patient. *Critical Care Nursing Quarterly*, 19(3), 59–69. Disponível em: <https://bit.ly/2HoNGVZ>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Further Education Unit.
- Goetzmann, L., Klaghofer, R., Wagner-Huber, R., Halter, J., Boehler, A., Muellhaupt, B., ... Buddeberg, C. (2007). Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after an organ transplant: Results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.023>

- Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 46–60. <https://doi.org/10.4037/ccn2010728>
- Guenette, A., & Husain, S. (2019). Infectious complications following solid organ transplantation. *Critical Care Clinics*, 35(1), 151–168. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.08.004>
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Acedido a 08/01/2019. Disponível em: <https://bit.ly/2FUluui>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hoffman, F., Nelson, B., Drangstveit, M., Flynn, B., Watercott, E., & Zirbes, J. (2006). Caring for transplant recipients in a nontransplant setting. *Critical Care Nurse*, 26(2), 53–73; quiz 74. Disponível em: <https://bit.ly/2VHJqtQ>
- IRODaT (2018). International Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODAT) - 2017 Worldwide Data. Acedido a 28/02/2019. Disponível em: <https://bit.ly/2HbNSaP>
- Joint Quality Initiative. (2004). Dublin descriptors for the Bachelor's, Master's and Doctoral Awards, (October), 1–5. Disponível em: <https://bit.ly/2E06YA5>
- Kalra, G., & Desousa, A. (2011). Psychiatric aspects of organ transplantation. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 2(1), 9–19. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90063-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90063-9)
- Karbasi, C., Pacheco, E., Bull, C., Evanson, A., & Chaboyer, W. (2018). Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalised adults: A mixed studies review. *Nurse Education Today*, 71, 60–74. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.007>
- Kok, B., Dong, V., & Karvellas, C. (2019). Graft dysfunction and management in liver transplantation. *Critical Care Clinics*, 35(1), 117–133. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.08.002>

- Kramer, D., Siegal, E., Frogge, S., & Chadha, M. (2019). Perioperative management of the liver transplant recipient. *Critical Care Clinics*, 35(1), 95–105. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.08.012>
- Kurz, J. M. (2002). Vulnerability of well spouses involved in lung transplantation. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 353–370. <https://doi.org/10.1177/107484002237512>
- Lanuza, D., & McCabe, M. (2001). Care before and after lung transplant and quality of life research. *AACN Clinical Issues*, 12(2), 186–201. Disponível em: <https://bit.ly/2VrKUJ3>
- Leal, M. T. (2006). *A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lima, C. (2006). Vulnerabilidade e serviço nacional de saúde. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 49–54. Disponível em: <https://bit.ly/2Jwyk4b>
- Lima, J., Guedes, M., Silva, L., Freitas, M., & Fialho, A. (2006). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 1–5. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>
- Lins, S., Santo, F., & Fuly, P. (2012). Aplicabilidade da classificação internacional para a prática de enfermagem no Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), 359–365. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i2.13191>
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64(1), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Manenti, S., Ciampone, M., Mira, V., Minami, L., & Soares, J. (2012). O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 727–733. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300027>
- Mavis, A., Ertl, A., Chapman, S., Cassidy, L., & Lerret, S. (2015). Vulnerability and

- chronic illness management in pediatric kidney and liver transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 25(2), 139–146. <https://doi.org/10.7182/pit2015551>
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Meleis, A. I. (Ed.) (2010). *Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mestrinho, G., Félix, I., Mègre, P., & Lopes, V. (2016). Formação em contexto de trabalho e desenvolvimento profissional. In G. Mestrinho (Ed.), *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. Loures: Lusodidata.
- Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2018). The clinical surveillance process as carried out by expert nurses in a critical care context: a theoretical explanation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 44, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.010>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

- Morais, C. (2017). Carga das doenças crónicas em Portugal e na Europa e o seu impacto na sustentabilidade do SNS. *LinkedIn*. Disponível em: <http://bit.ly/2wc23rT>
- Morais, T., & Monteiro, P. (2017). Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Revista Bioética*, 25(2), 311–319. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252191>
- Mota, L., Rodrigues, L., & Pereira, I. (2011). A transição no transplante hepático - um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 19–26. <https://doi.org/10.12707/RIII1102>
- Munro, C. L. (2010). The “lady with the lamp” illuminates critical care today. *American Journal of Critical Care*, 19(4), 315–317. <https://doi.org/10.4037/ajcc.2010228>
- Murphy, F., Trevitt, R., Chamney, M., & McCann, M. (2011). Patient health and well-being while waiting for renal transplantation: part I. *Journal of Renal Care*, 37(4), 224–231. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2011.00257.x>
- Myers, J., & Pellino, T. A. (2009). Developing new ways to address learning needs of adult abdominal organ transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 19(2), 160–166. Disponível em: <https://bit.ly/2l1mnkE>
- Oliveira, J., Zagalo, C., & Cavaco-Silva, P. (2014). Prevention of ventilator-associated pneumonia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(3), 152–161. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2014.01.002>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados e descritivos, *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: <https://bit.ly/2VSfhld>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: <https://bit.ly/2RpUC9D>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. *Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 91), *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em:

<https://bit.ly/2JrBhDj>

- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2016). Rede de referência de medicina intensiva. *Redes de Referência Hospitalar*, 1–87. Disponível em: <https://bit.ly/2UqG7SY>
- Pattison, N., Mcllellan, J., Roskelly, L., McLeod, K., & Wiseman, T. (2018). Managing clinical uncertainty: an ethnographic study of the impact of critical care outreach on end-of-life transitions in ward-based critically ill patients with a life-limiting illness. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 3900–3912. <https://doi.org/10.1111/jocn.14618>
- Pedroso, V., Siqueira, H., Andrade, G., Medeiros, A., Tolfo, F., & Moura, B. (2019). O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. *Cuidado é Fundamental*, 11(1), 241–2417. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.241-247>
- Pereira, F., & Santos, M. (2010). Pneumonia associada à ventilação: o foco na prevenção. *Sinais Vitais*, 51–57. Disponível em: <https://bit.ly/2UJRlae>
- Pereira, J., Stuchi, R., & Arreguy-Sena, C. (2010). Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnóstico de conhecimento deficiente. *Cogitare Enfermagem*, 15(1), 74–81. <https://doi.org/10.5380%2F2176-91332010151>
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., ... Garretson, B. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 33(3), 281–289; quiz 290–291. Disponível em: <https://bit.ly/2V9eo9P>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 1–95. Disponível em: <https://bit.ly/2VVZQeJ>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 26 de 06/02/2019), 4744–4750. ELI: <https://bit.ly/2H7RVF6>

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 135 de 16/07/2018), 19359–19370. ELI: <https://bit.ly/2Jalylj>

Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. Disponível em: <https://bit.ly/308D0Dd>

Salati, M. I., Hossne, W. S., & Pessini, L. (2011). Vulnerabilidade referida pelos pacientes renais crônicos - considerações bioéticas. *BIOETHIKOS*, 5(4), 434–442. Disponível em: <https://bit.ly/2vR4TBL>

Scanlon, A., & Lee, G. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean? *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59. Disponível em: <https://bit.ly/2vNuvzt>

Schriver, J. A., Talmadge, R., Chuong, R., & Hedges, J. R. (2003). Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Academic Emergency Medicine*, 10(7), 798–804. Disponível em: <https://bit.ly/2LJ>

Sen, A., Callisen, H., Libricz, S., & Patel, B. (2019). Complications of solid organ transplantation: cardiovascular, neurologic, renal, and gastrointestinal. *Critical Care Clinics*, 35(1), 169–186. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.08.011>

Sher, Y., & Maldonado, J. (2019). Part I: Introduction. In *Psychosocial care of end-stage organ disease and transplant patients*. Stanford, CA: Springer.

- Siegele, P. (2009). Enhancing outcomes in a surgical intensive care unit by implementing daily goals tools. *Critical Care Nurse*, 29(6), 58–69. <https://doi.org/10.4037/ccn2009663>
- Silva, A., Oliveira, F., & Ramos, M. (2009). Infecção associada ao cateter venoso central – revisão da literatura. *Revista Referência*, 2, 125–134. Disponível em: <https://bit.ly/2DZnSyC>
- Silva, M. (2013). Controlo de infeção em Portugal: evolução e atualidade. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 2–8. Disponível em: <https://bit.ly/2vOISER>
- Sousa, F. (2002). Dor: o quinto sinal vital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 446–447. Disponível em: <https://bit.ly/2Hb9Vzx>
- Souza, G. C. de, Peduzzi, M., Silva, J. A. M. da, & Carvalho, B. G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 642–649. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
- Sprung, C. L., Cohen, S. L., Sjokvist, P., Baras, M., Bulow, H.-H., Hovilehto, S., ... Ethicus Study Group. (2003). End-of-life practices in European intensive care units: the ethicus study. *JAMA*, 290(6), 790–797. <https://doi.org/10.1001/jama.290.6.790>
- Starzl, T. E., & Makowka, L. (1987). Organ transplantation-then and now. *Hospital Physician*, 23(8), 28–33, 36. Disponível em: <https://bit.ly/2VZ3t3y>
- Thungjaroenkul, P., Cummings, G. G., & Embleton, A. (2007). The impact of nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: a systematic review. *Nursing Economic\$,* 25(5), 255–265. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18080621>
- Trevitt, R., Dunsmore, V., Murphy, F., Piso, L., Perriss, C., Englebright, B., & Chamney, M. (2012). Pre- and post-transplant care: nursing management of the renal transplant recipient: part 2. *Journal of Renal Care*, 38(2), 107–114. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2012.00302.x>

- Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: experiences of critical care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing: diagnosis and management* (7th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Urisman, T., Garcia, A., & Harris, H. W. (2018). Impact of surgical intensive care unit interdisciplinary rounds on interprofessional collaboration and quality of care: Mixed qualitative-quantitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 44, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.001>
- Valentin, A., Ferdinande, P., & ESICM Working Group on Quality Improvement. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Vincent, J.-L. (2013). Critical care - where have we been and where are we going? *Critical Care*, 17(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/cc11500>
- Wade, C. R., Reith, K. K., Sikora, J. H., & Augustine, S. M. (2004). Postoperative nursing care of the cardiac transplant recipient. *Critical Care Nursing Quarterly*, 27(1), 17–28; quiz 29–30. Disponível em: <https://bit.ly/2Halfe5>
- White-Williams, C. (2011). Evidence-based practice and research: the challenge for transplant nursing. *Progress in Transplantation*, 21(4), 299–304. Disponível em: <https://bit.ly/2vMXgfl>
- Williams, A., Crawford, K., Manias, E., Ellis, C., Mullins, K., Howe, K., ... Low, J. K. (2015). Examining the preparation and ongoing support of adults to take their medications as prescribed in kidney transplantation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(2), 180–186. <https://doi.org/10.1111/jep.12270>

**APÊNDICES**





**APÊNDICE 1 – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura**





## PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Título da Revisão:

### **Gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa adulta, na fase peri-transplante: protocolo de revisão integrativa da literatura**

#### **Revisores:**

Fernando Rodrigues<sup>1</sup> | M. Teresa Leal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Formando do 8º Curso Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica

<sup>2</sup>Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

#### **Instituição onde é conduzida a revisão:**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

#### **Resumo**

**Contexto:** O transplante constitui o melhor tratamento em situações de função terminal de órgão. Transforma uma potencial ameaça à vida numa situação de doença crónica, dado que carece de medicação imunossupressora para evitar o risco de rejeição do enxerto. Porém, ao mesmo tempo que esta medicação minimiza o risco de rejeição do órgão transplantado predispõe o recetor a maior vulnerabilidade pelo risco acrescido de contrair infeção ou desenvolver neoplasias. O enfermeiro é o profissional de saúde que se encontra presente em todos os contextos de cuidados, neste percurso da pessoa doente, desde a avaliação e cuidados pré-transplante, passando pelos cuidados perioperatórios e, posteriormente, nos cuidados pós-transplante. Assim, a minimização desta vulnerabilidade deve constituir um dos focos dos cuidados de enfermagem.

**Objetivo:** Descrever o protocolo de uma revisão integrativa da literatura visando identificar, analisar e sintetizar as intervenções de enfermagem relevantes para a gestão da vulnerabilidade da pessoa adulta na fase peri-transplante.

**Método:** A revisão identificará, avaliará e sintetizará todo o tipo de estudos científicos através de uma pesquisa sistemática. Os estudos serão selecionados de acordo com os critérios de inclusão/exclusão definidos. A recolha de dados, avaliação da qualidade dos estudos e análise da evidência será realizada pelos dois autores. A pesquisa será realizada nas bases de dados CINHALL *with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*, através do motor de busca EBSCO *host*; a literatura cinzenta e outros trabalhos publicados serão identificados através do motor de busca *Google Scholar*, sem restrição temporal.

**Discussão:** Com esta revisão pretende-se identificar as atividades de enfermagem que permitem assegurar a gestão da vulnerabilidade da pessoa adulta na fase peri-transplante. Depois da análise dos artigos selecionados será sintetizada a informação mais relevante que dará corpo a recomendações a produzir.

**Palavras chave:** Pessoa adulta, Fase peri-transplante, Gestão, Vulnerabilidade, Intervenções de enfermagem.

## **Introdução**

O transplante é uma experiência e mudança de vida. A oportunidade de receber a dádiva de um órgão e a oportunidade de uma vida renovada parecem ser motivo suficiente para que o recetor faça tudo para melhorar as suas hipóteses de sucesso. Contudo esta experiência de transformação de vida requer grandes mudanças que se tornam um desafio para os candidatos a transplante. Os aspetos físicos dos cuidados, mas também os aspetos comportamentais associados ao processo criam vulnerabilidade na pessoa e família; agravada quando se deparam já em casa, sem apoio, após um processo de transplante (Frank-Bader, Beltran, & Dojlidko, 2011).

A preparação para lidar com o processo de transplante deve iniciar-se no pré-transplante; de modo a lidar de forma mais efetiva com a quantidade de informação que a pessoa tem que absorver (Myers & Pellino, 2009). Um estudo realizado por Myers e Pellino (2009), com 72 adultos submetidos a transplante de órgãos abdominais, revela que, relativamente às necessidades de aprendizagem, referiram como um dos métodos o início dos ensinamentos no pré-transplante. No respeitante à preparação para a alta, após o procedimento do transplante, esta deve iniciar-se no momento da admissão. Porém, com a diminuição do tempo de internamento, de meses para dias, atualmente, o tempo disponível para propiciar aprendizagens diminuiu drasticamente. Não só os transplantados têm que aprender e

compreender uma vasta quantidade de informação num curto período de tempo, como também o têm que fazer enquanto recuperam de uma cirurgia *major* e lidam com o *stress* do transplante. Deste modo, mesmo quando os ensinamentos de preparação para a alta foram ótimos, os transplantados não se sentem preparados. Assim, um processo de preparação para a alta, estruturado e que promova a participação da pessoa e família, pode melhorar este sentimento e promover uma melhor transição para o lar (Frank-Bader et al., 2011).

Todavia, os enfermeiros que trabalham com pessoas em fase peri-transplante, incluindo os que prestam cuidados diretos ao doente, os enfermeiros coordenadores que gerem o processo de transplante e os enfermeiros especialistas que assumem a educação dos pares e doentes, necessitam guiar a sua prática com base na evidência. São exemplos de prática baseada na evidência, em enfermagem de transplantação, as decisões clínicas fundamentadas em *guidelines* sobre o melhor tratamento para o citomegalovírus ou para a hipertensão arterial. Os enfermeiros especialistas usam a prática baseada na evidência para desenvolver protocolos ou padrões de cuidados para as unidades de transplante. Os coordenadores de transplante integram a evidência nos cuidados diários, desde a avaliação do candidato a transplante até aos cuidados pós-transplante (White-Williams, 2011).

A pesquisa nas ciências da saúde tem permitido aos profissionais, incluindo os enfermeiros, estar melhor documentados para a gestão da doença e dos cuidados a prestar à pessoa alvo de cuidados. As revisões da literatura têm vindo a revelar-se como um meio de sumarizar o mais recente conhecimento sobre o assunto em estudo, sendo também conhecidas como síntese da evidência científica (Aromataris & Pearson, 2014).

Pelo atrás exposto foi elaborado este protocolo com o objetivo de explicitar o desenho de uma revisão integrativa da literatura visando identificar, analisar e sintetizar as intervenções de enfermagem relevantes para a gestão da vulnerabilidade da pessoa adulta na fase peri-transplante.

## **Metodologia**

O presente protocolo de revisão integrativa da literatura (RIL) foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica e teve por base o tema “gestão da vulnerabilidade acrescida da pessoa adulta na fase peri-transplante”, em torno do qual foi elaborada a questão de investigação e definidos os critérios de inclusão e exclusão.

A questão de investigação permite aos investigadores a condução da revisão. Facilita a busca e definição dos termos indexados a utilizar na base de dados *online*, assim como definir os critérios de inclusão e exclusão. A definição da população deverá ser um item a ter em conta (Stern, Jordan, & McArthur, 2014). A questão de investigação para esta RIL foi formulada de acordo com a mnemónica PICO, chegando-se ao formato PI[C]O: “Quais as intervenções do enfermeiro (I) na gestão da vulnerabilidade (O) da pessoa adulta na fase peri-transplante (P)?”, sendo que constitui a **população** a pessoa adulta na fase peri-transplante, a **intervenção** é constituída pelas intervenções do enfermeiro e o **outcome** a gestão da vulnerabilidade.

**Crítérios de inclusão/exclusão:** Serão selecionados todos os estudos que incluam pessoas com idade igual ou superior a 18 anos; que incluam como resultados as medidas/intervenções direcionadas à gestão da vulnerabilidade da pessoa na fase peri-transplante. Serão excluídos os estudos que só incluam pessoas com idades inferiores a 18 anos.

Serão considerados todos os artigos publicados, ou não publicados, que se encontrem acessíveis. *A priori*, não foi estabelecido critério de exclusão relativamente à língua de redação dos artigos, de modo a englobar toda informação pertinente. *A posteriori*, serão excluídos todos aqueles cuja língua os autores não dominem.

### **Estratégia de pesquisa**

A pesquisa decorrerá de acordo com os seguintes passos metodológicos: pesquisa de palavras-chave associadas ao tema em estudo, obtidas através de uma busca inicial de artigos no *Google Scholar* e *PubMed*, e seleção dos recursos de pesquisa (bases de dados CINHAL *with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*) (Stern et al., 2014). Após esta pesquisa inicial serão selecionados os termos a utilizar na pesquisa nas bases de dados *online*. Seguidamente, e utilizando os termos em linguagem natural, serão pesquisados em cada uma das bases de dados *online* os termos indexados correspondentes (CINHAL – CINHAL *Headings*; MEDLINE – MESH 2017), através do acesso pela plataforma EBSCO *host*. A execução da pesquisa nas duas bases de dados permitirá ir refinando os termos de pesquisa através dos resultados obtidos, permitindo chegar aos termos de pesquisa que serão organizados e apresentados num quadro, seguindo como exemplo o quadro 1.

Quadro 1: termos de pesquisa

<b>P (população)</b>	<b>I (intervenção)</b>	<b>[C]</b>	<b>O (outcome)</b>
Termos selecionados	Termos selecionados		Termos selecionados

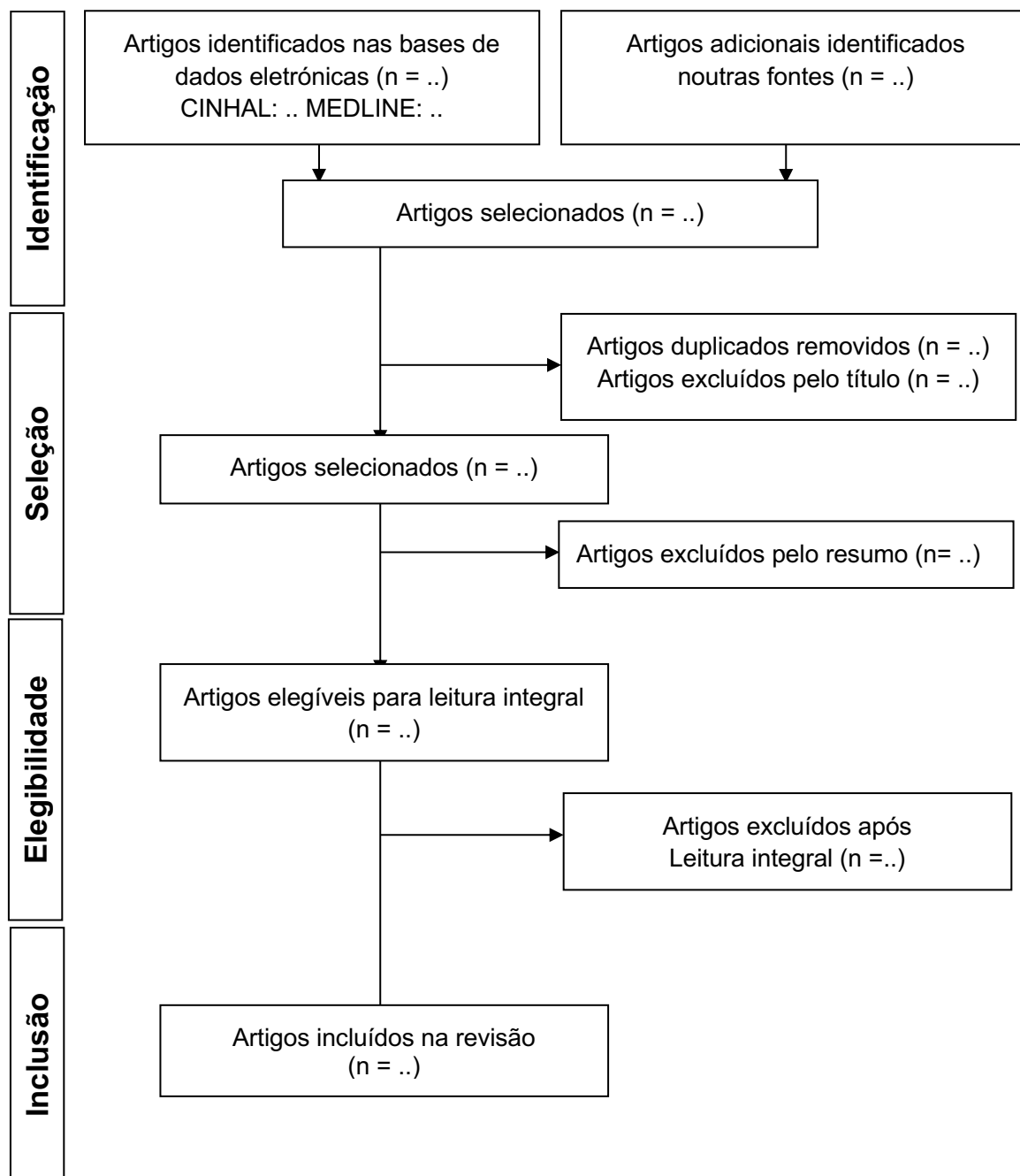
A estratégia de pesquisa a usar, utilizando os termos booleanos OR e AND, será a seguinte: (**P** - população) **AND** (**I** – intervenções) **AND** (**O** – *outcomes*). A estes artigos serão adicionados os artigos resultantes de literatura cinzenta, ou outros encontrados por pesquisa manual, que cumpram os critérios de inclusão/exclusão.

### **Processo de seleção**

O processo de seleção dos artigos é um passo metodológico detalhado que visa tornar a pesquisa reprodutível e alcançar resultados credíveis, obtendo subsídios para a prática clínica, políticas de saúde e investigação futura (Porritt, Gomersall, & Lockwood, 2014). Depois de identificados os artigos pelas buscas nas bases de dados, os mesmos serão listados num documento *word* e ordenados por ordem alfabética. Como primeiro passo da seleção serão eliminados os artigos em duplicado, em línguas desconhecidas dos autores e os artigos cujo título não corresponda ao objetivo e aos critérios de inclusão/exclusão. Dos artigos remanescentes, serão analisados os resumos sendo, nesta fase, eliminados os artigos cujo resumo não corresponda ao objetivo e aos critérios de inclusão/exclusão da revisão. Deste escrutínio resultarão os artigos elegíveis para a leitura do texto integral. Este passo será realizado de modo independente pelos dois revisores, chegando *a posteriori* a consenso sobre os artigos elegíveis para leitura do texto integral. Os artigos considerados relevantes serão analisados pelo texto integral. Os títulos e resumos que não possuam informação suficientemente clara que permita excluí-los, por si só, da revisão, serão analisados pelo texto integral de modo a poder avaliar do cumprimento dos critérios de inclusão ou não. Após leitura do texto integral, e observando os critérios de inclusão e de exclusão, um dos revisores procederá à seleção dos artigos a serem incluídos na revisão. O segundo revisor verificará se a seleção efetuada se enquadra nos critérios definidos. Discordâncias serão ultrapassadas pela chegada a consensos.

O processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão de artigos na revisão realizar-se-á com base nos critérios de inclusão e exclusão, e encontra-se esquematizado no fluxograma PRISMA de seleção de artigos apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma PRISMA da seleção de artigos



Fonte: Adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff e Altman (2009)

## **Avaliação da qualidade metodológica**

O processo de avaliação da qualidade metodológica dos resultados obtidos será realizado recorrendo aos *Joanna Briggs Appraisal Tools* (Joanna Briggs Institute, n.d.), de acordo com a metodologia de cada estudo, seguindo-se a extração de dados e a sua análise (Porritt et al., 2014). Para a extração dos resultados será construída uma tabela onde será registado um resumo lógico de cada artigo: tipo de estudo, objetivos, principais resultados e intervenções de enfermagem descritas. O consenso entre os dois investigadores permitirá definir quais os estudos que reúnem qualidade para serem considerados nas conclusões e recomendações, tornando a revisão válida e útil (Porritt et al., 2014).

## **Discussão**

A revisão procurará identificar as atividades de enfermagem que concorrem para a gestão da vulnerabilidade da pessoa adulta na fase peri-transplante. Identificará quais os fatores promotores do incremento ou redução da vulnerabilidade da pessoa adulta na fase peri-transplante e quais as atividades de enfermagem que possibilitam a gestão da vulnerabilidade da pessoa, no sentido de obter a melhor qualidade de vida possível, favorecendo uma transição saudável. O resumo deste protocolo possibilita a identificação do problema e o propósito desta revisão integrativa da literatura. O processo metodológico descrito permite identificar os vários passos no sentido da seleção dos termos de pesquisa a serem usados para a busca nas bases de dados, modo de processamento dos resultados obtidos nas bases de dados, até à obtenção dos artigos elegíveis para a inclusão na revisão. Este processo permite a reprodutibilidade da pesquisa. O protocolo especifica os critérios de inclusão e de exclusão, tendo sido definido como critério de exclusão estudos que só incluíssem pessoas com idade inferior a 18 anos. Este critério foi definido tendo em conta o contexto de utilização clínica dos dados extraídos da revisão – contexto de cuidados a pessoas adultas. Outro fator preponderante na definição deste critério prendeu-se com a diminuta representatividade que a transplantação em idade pediátrica assume, em Portugal, face à transplantação em pessoas adultas. A inclusão de todo o tipo de estudo visa reunir o máximo de informação disponível com relevância para a prática de cuidados de enfermagem e identificar possíveis lacunas de conhecimento. Como possibilidade de tratamento último em situações de falência terminal de órgão, os cuidados à pessoa na fase peri-transplante assumem uma especificidade única requerendo uma especialização dos cuidados. É relevante que o enfermeiro identifique as manifestações de vulnerabilidade acrescida e, antecipando-se, possa capacitar a pessoa para este processo de mudança. Desenvolver conhecimento e competências especializadas de enfermagem habilitam o enfermeiro a estruturar as suas intervenções e a explorar estratégias de adaptação da pessoa, visando a diminuição da vulnerabilidade acrescida. Assim, os

achados desta revisão concorrerão para a prática clínica fundamentada na evidência e eventuais implicações da política hospitalar de saúde, nomeadamente na organização dos cuidados.

## **Conclusão**

A vulnerabilidade é uma condição inerente ao facto de se estar vivo (Lima, 2006). Não sendo possível eliminá-la é, no entanto, possível arranjar estratégias para a sua gestão. No caso da pessoa adulta na fase peri-transplante, vários são os fatores promotores dessa vulnerabilidade, sendo que a imunossupressão se assume como o principal no pós-transplante. Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que se encontram em todos os contextos que estas pessoas terão que atravessar no seu percurso de transplante, são os profissionais melhor posicionados para a gestão dessa vulnerabilidade (Lanuza & McCabe, 2001; Mendes et al., 2008; Pedroso et al., 2019). Fundamentados nos achados científicos da revisão ficam habilitados a uma prática clínica mais competente e a sugerir recomendações para as políticas de assistência em saúde.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The Systematic Review. *AJN, American Journal of Nursing*, 114(3), 47. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c>
- Frank-Bader, M., Beltran, K., & Dojlidko, D. (2011). Improving transplant discharge education using a structured teaching approach. *Progress in Transplantation*, 21(4), 332–339. <https://doi.org/10.1177/152692481102100413>
- Joanna Briggs Institute. (n.d.). Critical Appraisal Tools. Acedido em 20/06/2018. Disponível em: [https://joannabriggs.org/critical\\_appraisal\\_tools](https://joannabriggs.org/critical_appraisal_tools)
- Lanuza, D., & McCabe, M. (2001). Care before and after lung transplant and quality of life research. *AACN Clinical Issues*, 12(2), 186–201. Disponível em: <https://bit.ly/2VrKUJ3>
- Lima, C. (2006). Vulnerabilidade e serviço nacional de saúde. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 49–54. Disponível em: <https://bit.ly/2Jwyk4b>
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Myers, J., & Pellino, T. A. (2009). Developing new ways to address learning needs of adult abdominal organ transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 19(2), 160–166. Disponível em: <https://bit.ly/2l1mnkE>
- Pedroso, V., Siqueira, H., Andrade, G., Medeiros, A., Tolfo, F., & Moura, B. (2019). O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. *Cuidado é Fundamental*, 11(1), 241–247. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.241-247>
- Porritt, K., Gomersall, J., & Lockwood, C. (2014). JBI's Systematic Reviews: Study selection and critical appraisal. *The American Journal of Nursing*, 114(6), 47–52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000450430.97383.64>
- Stern, C., Jordan, Z., & McArthur, A. (2014). Developing the review question and inclusion criteria. *The American Journal of Nursing*, 114(4), 53–56. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86>
- White-Williams, C. (2011). Evidence-based practice and research: the challenge for transplant nursing. *Progress in Transplantation*, 21(4), 299–304; quiz 305. Disponível em: <https://bit.ly/2vMXgfl>

