



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde

CLÁUDIA
MARISA VIEGAS
GONÇALVES

**“COMUNICAÇÃO E GESTÃO DE
EQUIPA MULTIDISCIPLINAR PRÉ
TRANSPLANTE PULMONAR: O
ENFERMEIRO COORDENADOR DE
TRANSPLANTE”**

Relatório de Projeto do Mestrado em
Enfermagem Perioperatória

ORIENTADOR

Profª Drª Andreia Ferreri Cerqueira

26 de julho de 2019

CLÁUDIA
MARISA VIEGAS
GONÇALVES

**“COMUNICAÇÃO E GESTÃO DE
EQUIPA MULTIDISCIPLINAR PRÉ
TRANSPLANTE PULMONAR: O
ENFERMEIRO COORDENADOR DE
TRANSPLANTE”**

JÚRI

Presidente: Ana Lúcia Ramos (Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Orientador: Andreia Filomena Ferreri Gusmão Gonçalves Cerqueira (Doutorada em Enfermagem), Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Vogal: Ana Filipa da Silva Poeira (Doutorada em Enfermagem), Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

26 de julho de 2019

“A crítica racional é, na verdade, um meio através do qual aprendemos, crescemos em conhecimento e nos transcendemos.”

Sir Karl Popper (Oliveira, 2012, p. 310)

Dedico este projeto aos meus pais, que muitos sacrifícios fizeram para que o conseguisse concretizar (não o esquecerei nunca), aos meus filhos, que são quem me dá força para continuar, e a ti que, apesar de todas as dificuldades, conseguiste ver algo mais em mim...

ÍNDICE:

ÍNDICE DE APÊNDICES:	iii
ÍNDICE DE ANEXOS:	iv
ÍNDICE DE FIGURAS:	v
INDICE TABELAS:	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:	vii
RESUMO:	ix
ABSTRACT:	x
INTRODUÇÃO:	1
1- ENQUADRAMENTO CONCETUAL:	6
1.1- A Enfermagem Perioperatória:	6
1.2- As funções do enfermeiro perioperatório:	9
1.3- A Teoria do Cuidar de Jean Watson:	10
1.3.1- Cuidar em ambiente perioperatório:	13
1.4- Liderança e gestão:	19
1.5- O Transplante:	26
1.5.1- O Transplante Pulmonar:	28
1.6- O enfermeiro coordenador de transplante pulmonar:	36
2- ESTÁGIO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA:	39
2.1- Estrutura física do BO:	39
2.2- Missão do BO:	41
2.3- Referenciação da pessoa ao BO:	42
2.4- Dentro da sala operatória:	43
2.5- Registos intraoperatórios:	44
2.6- O Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação (GCCT):	44
3- TRABALHO DE PROJETO:	48

3.1- Diagnóstico de Situação:	49
3.2- Definição de objetivos:.....	55
3.3- Planeamento:.....	56
3.4- Execução:	57
3.5- Divulgação e Avaliação de Resultados:.....	58
3.5.1- O procedimento de Coordenação do Transplante Pulmonar:.....	60
3.6- Considerações éticas:	65
4- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM PRÁTICA CLÍNICA: CONTRIBUTOS PARA O GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	68
4.1- Avaliação da prática clínica:	74
4.2- Desenvolvimento de competências para grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória:.....	76
CONCLUSÃO:.....	81
BIBLIOGRAFIA:	84
APÊNDICES:.....	92
ANEXOS:	116

ÍNDICE DE APÊNDICES:

APÊNDICE I: Planejamento do Projeto.....	94
APÊNDICE II: Artigo científico” Relevância do Enfermeiro Coordenador de Transplante”	102
APÊNDICE III: Comunicação apresentada no Congresso de Enfermagem Perioperatória “Da evidência à prática dos cuidados”	105
APÊNDICE IV: Artigo científico “Corto-Perfurantes: uma revisão de bibliografia”	106

ÍNDICE DE ANEXOS:

ANEXO I: Certificado de participação no Congresso de Enfermagem Perioperatória “Da evidência à prática dos cuidados”	117
ANEXO II: Certificado de participação no Congresso SPCCTV.....	118

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 Modelo de formação e prática da enfermagem perioperatória (AESOP, 2006) ..	9
Figura 2 Modelo de cuidados perioperatórios centrado no doente (AORN, 2017)	14
Figura 3 Qualidades e Comportamentos de um Líder (Whitehead, Weiss, & Tappen, 2010)	22
Figura 4 Estrutura física do BO CCT.....	39
Figura 5 Registos Enfermagem BO CCT.....	44
Figura 6 Fluxograma de Informação (CHLC, 2015)	60
Figura 7 Áreas de atuação do GCCT	61
Figura 8 As equipas de colheita (IPST, 2019)	62
Figura 9 5 "certos" das equipas saudáveis (Menchel, 2014)	65

INDICE TABELAS:

Tabela 1 Características da Liderança e da Gestão (Scully, 2015)	21
Tabela 2 Modelo de Dilts com os diferentes níveis necessários para se maximizar o potencial de liderança (Manley & Bellman, 2003).....	24
Tabela 3 O Transplante Pulmonar em Portugal (SNS, 2019)	29
Tabela 4 Critérios de Morte Cerebral (Phillips, 2013).....	34
Tabela 5 Fluxograma de pesquisa na plataforma <i>B-on</i>	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

- **AESOP:** Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas
- **AO:** Assistente Operacional
- **AORN:** Association of Perioperative Registered Nurses
- **BO:** Bloco Operatório
- **CCT:** Cirurgia Cardiotorácica
- **CE:** Consulta Externa
- **CEC:** Circulação Extracorporal
- **CHD:** Coordenadores Hospitalares de Doação
- **CIPE:** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- **DST:** Doenças Sexualmente Transmissíveis
- **EEG:** Eletroencefalograma
- **EORNA:** European Operating Room Nurses Association
- **EPO:** Enfermagem Perioperatória
- **ESS:** Escola Superior de Saúde
- **FiO₂:** Fração Inspirada de Oxigénio
- **GCCT:** Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação
- **HIPIP-I:** Hipotermia Perioperatória Inadvertida
- **IPS:** Instituto Politécnico de Setúbal
- **IPST:** Instituto Português do Sangue e Transplantação
- **MEPO:** Mestrado em Enfermagem Perioperatória
- **Min:** Minutos
- **O₂:** Oxigénio
- **OE:** Ordem dos Enfermeiros
- **PaCO₂:** Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
- **PaO₂:** Pressão Parcial de Oxigénio
- **PSP:** Polícia de Segurança Pública
- **RENDA:** Registo Nacional de Não Dadores
- **RNCT:** Rede Nacional de Colheita e Transplantação
- **RPT:** Registo Português de Transplantação

- **Rx:** Raios X
- **SNS:** Serviço Nacional Saúde
- **SPT:** Sociedade Portuguesa Transplantação
- **UC:** Unidade Curricular
- **UCI CCT:** Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

RESUMO:

Palavras chave: *Enfermagem; Gestão de Equipa; Transplante Pulmonar; Liderança*

A prática da enfermagem perioperatória é detentora de uma filosofia que simultaneamente associa a missão da instituição com valores e crenças do próprio profissional, sendo que, o principal foco de atenção é sempre o cuidar da pessoa doente. Tendo como missão o garantir e disponibilizar à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos ou invasivos que careçam de anestesia, cuidados de enfermagem de elevada especificidade, o enfermeiro perioperatório adota várias funções ao longo da sua atuação. Neste contexto surge o enfermeiro coordenador de transplante que, tendo um papel de liderança, proporciona uma visão integral do procedimento em questão.

Partindo da pergunta *“Qual a relevância do enfermeiro coordenador no transplante pulmonar?”* foi efetuada uma revisão da literatura relacionada com a temática da liderança em enfermagem e do papel do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar, sendo descrito o procedimento de coordenação durante o transplante. Através da descrição não só das experiências adquiridas em contexto de estágio, mas também da atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar, esperamos conseguir dar maior relevo a esta função que é de vital importância para o sucesso do procedimento e para o assegurar de cuidados de qualidade e segurança não só à pessoa doente como também à pessoa dadora.

Não existem muitos estudos que descrevam o processo de coordenação efetuado pelos enfermeiros durante a transplantação. É necessário investir na visibilidade das diferentes funções desempenhadas pelos enfermeiros, nomeadamente pelos enfermeiros perioperatórios. Numa sociedade onde muitas vezes a maioria das nossas intervenções a nível perioperatório se desenvolvem nos bastidores, torna-se importante tornar visível um papel que era anteriormente invisível. A nossa realidade carece de mais evidência dos cuidados que prestamos e das diferentes vertentes que desempenhamos ao longo da nossa atuação diária. Com esta revisão de literatura e com a breve descrição do procedimento esperamos tornar mais clara a vivência dos enfermeiros coordenadores numa altura de mudanças na carreira de enfermagem.

ABSTRACT:

Keywords: *Nursing; Team Management; Pulmonary Transplantation; Leadership*

The practice of perioperative nursing holds a philosophy that simultaneously associates the mission of the institution with values and beliefs of the professional itself, with the focus of attention always the caring for the sick person. With the mission of ensuring and making available to the person who undergoes surgical or invasive procedures that lack anesthesia, a high specificity nursing care, the perioperative nurse adopts several functions throughout its performance. In this context emerges the nurse coordinator of transplantation who, having a leadership role, provides an integral vision of the procedure in question.

Starting with the question "*What is the relevance of the coordinating nurse in lung transplantation?*", we performed a review of the literature related to the nursing leadership theme and the role of the coordinating nurse for lung transplantation, describing the coordination procedure during the transplantation. Through the description of the experiences acquired in the context of the internship and the role of the nurse coordinator of lung transplantation, we hope to be able to give greater emphasis to this function that is of vital importance for the success of the procedure and to ensure quality of care and safety, not only to the sick person but also to the giver.

There are not many studies that describe the coordination process carried out by nurses during transplantation. It is necessary to invest in the visibility of the different functions performed by nurses, especially by perioperative nurses. In a society where most of our perioperative interventions often develop behind the scenes, it becomes important to make visible a role that was previously invisible. Our reality lacks more evidence of the care we provide and of the different aspects we carry out during our daily activities. With this literature review and the brief description of the procedure we hope to clarify the experience of the coordinating nurses at a time of changes in the nursing career.

INTRODUÇÃO:

O presente Relatório de Estágio encontra-se inserido no II Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO), da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), na Unidade Curricular (UC) Projeto/ Estágio e é orientado pela Professora Doutora Andreia Ferreri Cerqueira. Constitui-se num instrumento de avaliação para acesso ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória (EPO), conforme estipulado pelo plano de estudos publicado em Diário da República, 2ª Série, nº 216 de 8 de Novembro de 2012, através do Despacho nº14497/2012, no âmbito do Decreto de Lei nº74/2006, de 24 de Março, alterado pelo Decreto de Lei nº 107/2008 de 25 de Junho e em cumprimento do disposto no nº 3 do Despacho nº22/ DIR/ 2010 de 1 de Junho (Assembleia da República, 2012).

Encontra-se redigido de acordo com a metodologia de projeto, tendo como principais focos de atenção as diferentes competências desenvolvidas durante o Curso de MEPO e colocadas em prática no contexto do estágio realizado num Bloco Operatório (BO) de Cirurgia Cardiorácica (CCT) de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo. Apresenta o caminho teórico e reflexivo que levou ao desenho do projeto intitulado “Comunicação e Gestão de Equipa Multidisciplinar Pré Transplante Pulmonar: O Enfermeiro Coordenador de Transplante”.

Ao ser aplicada a metodologia de projeto, é realizada uma investigação que tem como base uma inquietação ou problema real identificado num determinado contexto clínico e que tem como objetivo principal a promoção da mudança, a implementação de diferentes estratégias e intervenções, de maneira a que seja atingida a resolução dessa mesma inquietação através da pesquisa e análise, promovendo uma prática baseada na evidência (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010)

O presente relatório de estágio tem como objetivos gerais:

- Desenvolver a metodologia de projeto no diagnóstico de situação, definição de objetivos e abordagem de uma situação identificada em contexto de prática clínica;
- Demonstrar o desenvolvimento de competências desenvolvidas em contexto de prática clínica, inerentes ao grau de Mestre em EPO.

Como objetivos específicos podemos identificar:

- Contextualizar o cuidar em Enfermagem Perioperatória;
- Explicitar as principais diferenças existentes entre líderes e gestores;
- Descrever os critérios necessários ao trabalho em equipa, comunicação efetiva e eficaz no cuidar da pessoa doente em contexto perioperatório;
- Descrever o contexto de prática clínica:
 - Conhecer as instalações físicas do BO;
 - Identificar os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e suas principais funções;
 - Compreender o funcionamento do BO e o circuito da pessoa doente pelo BO;
- Identificar a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na liderança e gestão da equipa multidisciplinar;
- Descrever o processo que envolve a coordenação de enfermagem durante a fase pré transplante pulmonar, com foco nos momentos críticos de tomada de decisão;
- Fundamentar o relevo do enfermeiro coordenador de transplante não só como elemento da equipa multidisciplinar, mas como fator de desenvolvimento da Enfermagem Perioperatória;
- Identificar as competências desenvolvidas durante o contexto de prática clínica;
- Analisar as competências desenvolvidas durante a prática clínica, à luz do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE), artigo 109º da excelência do exercício, *“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados; e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos (...)”* (Assembleia da República, 2015).

As mudanças constantes no sistema de saúde implicam a existência de líderes¹ e gestores² capazes de contribuir para os objetivos institucionais e igualmente motivar e inspirar a equipa de trabalho a conseguir atingi-los. É notória a crescente diferenciação das várias áreas da Enfermagem, perante a complexidade dos conhecimentos, práticas e contextos, pelo que se torna necessário responder de uma forma dinâmica às necessidades e expectativas em cuidados de saúde da população. Assim, o enfermeiro perioperatório assume por diferentes ocasiões o papel de líder da equipa multidisciplinar, independentemente da sua atuação como gestor. De acordo com as diferentes especificidades das pessoas com quem os enfermeiros perioperatórios se relacionam diariamente, sejam os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, a pessoa doente, a família e/ou pessoa significativa, espera-se que estes profissionais desenvolvam competências acrescidas, de modo a conseguirem aplicar estratégias facilitadoras da comunicação em momento oportuno,

Apesar de serem dois conceitos totalmente diferentes, são habitualmente utilizados como sinónimos. Apresentamos aqui a definição proposta pelo Dicionário da Língua Portuguesa, onde já existe a diferenciação dos dois conceitos que posteriormente iremos diferenciar, dentro da temática do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar.

¹ **Líder:** do inglês *leader*, nome de 2 géneros. Chefe, orientador; pessoa que chefia uma empresa, uma corrente de opinião ou um grupo; representante de uma bancada parlamentar; (Desporto) equipa ou atleta que ocupa o primeiro lugar em qualquer competição desportiva (Dicionário da Língua Portuguesa, 2019)

² **Gestor:** do latim *gestore*, nome masculino. Administrador ou gerente de uma empresa, de um património ou de uma organização (Dicionário da Língua Portuguesa, 2019)

garantindo a articulação interdisciplinar no planejamento e implementação de cuidados baseados nas melhores práticas.

Como elemento de referência na transplantação, o enfermeiro coordenador de transplante, assume o papel de líder, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa (seja ela a pessoa dadora como a pessoa recetora de transplante, implementando as linhas orientadoras no cuidar da pessoa, e sendo um elemento de coesão de toda a equipa multidisciplinar envolvida.

Tendo sido colocada a questão *“Qual a relevância do enfermeiro coordenador no transplante pulmonar?”* e após verificarmos a ausência de informação relacionada com a temática identificada ficou demonstrado a existência de uma lacuna, que procurámos preencher, em parte, com a redação deste relatório, proporcionando uma maior visibilidade da Enfermagem Perioperatória e das funções desempenhadas por este profissional no garantir da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa, funcionando como elemento de coesão da equipa multidisciplinar.

Foi efetuada, de acordo com a metodologia de projeto, uma definição de objetivos específicos que visaram compreender a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na liderança e gestão da equipa multidisciplinar, nomeadamente na fase pré transplante pulmonar. Das diferentes atividades desenvolvidas, a que se revelou de maior importância foi experiencarmos um processo de colheita e transplantação pulmonar, desde o alerta da existência de uma potencial pessoa dadora até ao momento de transplantação dos pulmões na pessoa recetora. A avaliação e divulgação de resultados culminaram com a redação do presente relatório de projeto.

A escolha do local de estágio foi determinada pela especificidade das diferentes atuações dos enfermeiros perioperatórios e pela existência de uma curiosidade pessoal relacionada com a patologia cardíaca e torácica. A localização física do mesmo foi um fator facilitador e igualmente decisivo.

Foi realizado o enquadramento concetual e metodológico do projeto a desenvolver e das preocupações éticas que nortearam o nosso percurso, utilizando a teórica de enfermagem Jean Watson, complementada pelos escritos de Patricia Benner, de modo a proporcionar uma breve visão

da evolução da profissão de Enfermagem, especialmente da Enfermagem Perioperatória, dando foco especial ao papel de líder e coordenador de transplante, diferenciando-o igualmente do papel de gestor. Abordámos alguns aspetos éticos relacionados com a transplantação e efetuámos uma breve descrição das experiências desenvolvidas em contexto de estágio, com uma descrição física do local de estágio, a sua missão, proveniência da pessoa doente e caracterização do ambiente da sala operatória, além das atividades que foram desenvolvidas.

Posteriormente, refletimos sobre a contribuição deste processo para o desenvolvimento pessoal e profissional, mas também para a divulgação da relevância do enfermeiro coordenador de transplante e de como contribui para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, mais especificamente da Enfermagem Perioperatória.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL:

Ao longo do enquadramento conceptual pretendemos que sejam perceptíveis as linhas de orientação deste relatório de projeto/estágio. São apresentados os fundamentos teóricos e a metodologia que acompanha o projeto.

Partindo do geral e chegando ao particular, pretendemos dar a conhecer a Enfermagem Perioperatória, área de cuidados particulares à pessoa doente e tantas vezes desconhecida de todos nós, enquadrando a teoria do cuidar de Jean Watson, a teórica de enfermagem que norteia este percurso, particularizando as questões de liderança, gestão e coordenação do transplante pulmonar por parte do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar.

1.1- A Enfermagem Perioperatória:

A Enfermagem Perioperatória é definida como a *“representação do conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro da sala de operações, através de um processo programado (...) pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado”* em que o foco principal da sua atuação e dos seus cuidados são todos as pessoas submetidas a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, enquanto estiverem numa unidade perioperatória (AESOP, 2006, p. 7)

O enfermeiro perioperatório proporciona cuidados complexos direcionados a pessoas que se encontram numa situação de dependência. Durante o período perioperatório, desenvolve a sua atuação em conjunto com outros profissionais de saúde com um objetivo em comum: proporcionar cuidados especializados, com competência e num clima de segurança.

A filosofia da Enfermagem Perioperatória engloba uma visão holística e multidisciplinar que tem como objetivos:

- Providenciar um ambiente seguro;
- Proteger a pessoa doente contra efeitos adversos;
- Atingir o melhor resultado espectável para a pessoa doente;
- Promover o conhecimento e as competências de modo a que toda a equipa multidisciplinar proporcione cuidados de alta qualidade a nível técnico, humano e científico;

- Conhecer e respeitar a pessoa nas suas diferentes vertentes, física, emocional e cultural (Hamlin, Richardson-Tench, & Davies, 2010).

Os enfermeiros perioperatórios proporcionam cuidados holísticos, tendo em conta todos os aspetos individuais de cada pessoa doente, as suas ansiedades e as suas necessidades físicas, espirituais e sociais. *“O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de (...) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; (...) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida (...) respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”* (Artigo 102º, anexo à Lei nº156/2015 de 16 de Setembro).

A enfermagem perioperatória encontra-se constantemente em processo de análise, reflexão e avaliação da sua prestação, persegue os resultados esperados, apropriados para a cultura e idade da pessoa doente, bem como para o seu potencial físico e padrões comportamentais (AORN, 2015). Quando temos uma pessoa anestesiada, temos alguém que se encontra em situação de vulnerabilidade e que se coloca, à partida, confiante, nas mãos dos profissionais. A autorização que a pessoa doente dá, aos enfermeiros perioperatórios, decorre do consentimento informado. *“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”* (Ministério Público- Portugal, 2001). Ao ser-lhe reconhecida esta capacidade, a pessoa doente está a ser considerada um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores que devem ser respeitados. Por isso, a intervenção de qualquer profissional só deverá ser realizada se a pessoa doente em causa o permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A enfermagem perioperatória acaba por se tornar num farol de referência durante um período conturbado que é o do intraoperatório. Numa situação de crise como esta, a enfermagem perioperatória foca-se, para além das capacidades técnicas específicas, em ajudar a pessoa doente a ultrapassar as emoções penosas que muitas vezes acompanham estas situações. Face à imensidão

do sofrimento humano que encontramos no exercício diário, o desígnio da enfermagem perioperatória consiste em assistir a pessoa doente na exploração da sua situação atual, no desenvolvimento de uma compreensão pessoal relativamente ao objetivo que quer atingir e, por fim, em apoiá-la ao longo do processo escolhido para passar da situação atual à situação desejada (Lazure, 1994). A troca de emoções percebidas e sentidas entre a pessoa doente e o enfermeiro perioperatório irá proporcionar um espaço de partilha humana, sendo fundamental a capacidade de aceitar a complexidade e a incerteza (Rispaill, 2003). O momento cirúrgico representa, deste modo, uma ameaça, acontecendo muitas vezes de forma inesperada e que altera não só a vida da mesma como também da família e/ou pessoa significativa. As perdas de controlo sobre todas estas situações envolventes constituem fonte geradora de stress e ansiedade.

O desenvolvimento da enfermagem perioperatória foca-se em 5 eixos estruturantes

- **Prática profissional de acordo com a ética e a legislação:** o enfermeiro perioperatório realiza um julgamento clínico, de acordo com os princípios éticos e sempre mantendo o respeito pela pessoa através de uma análise situacional;
- **Cuidar no ambiente perioperatório:** tendo em conta a legislação, as políticas instituídas e as últimas *guidelines* (linhas orientadoras), o enfermeiro perioperatório deverá proporcionar cuidados de enfermagem holísticos e tendo em conta as singularidades da pessoa;
- **Comunicação e relações interpessoais:** o enfermeiro perioperatório estabelece uma comunicação eficaz com a pessoa, família e/ou pessoa significativa, com a equipa multidisciplinar e outros departamentos considerados essenciais;
- **Competências organizacionais, de gestão e de liderança:** o enfermeiro perioperatório lidera os pares ou outros elementos da equipa multidisciplinar, tendo em conta o sistema de saúde onde se encontra inserido, os objetivos da organização e os resultados espectáveis da sua atuação;
- **Desenvolvimento profissional, educação e investigação:** o enfermeiro perioperatório desenvolve uma mente inquisidora e uma atitude de investigação, de modo a proporcionar o desenvolvimento pessoal e de maneira a adquirir o conhecimento e as competências necessárias que envolvem a constante especialização (EORNA, 2012).

1.2- As funções do enfermeiro perioperatório:

Tendo como missão o garantir e disponibilizar à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos ou invasivos que careçam de anestesia, cuidados de enfermagem de elevada especificidade, tanto no BO como em outros locais onde se realizem os referidos procedimentos, o enfermeiro perioperatório adota diferentes funções ao longo da sua atuação:

Enfermeiro prestador de cuidados: é responsável por todas as atividades relacionadas com o cuidar, utilizando os conhecimentos, capacidades e habilidades relacionadas com o procedimento.

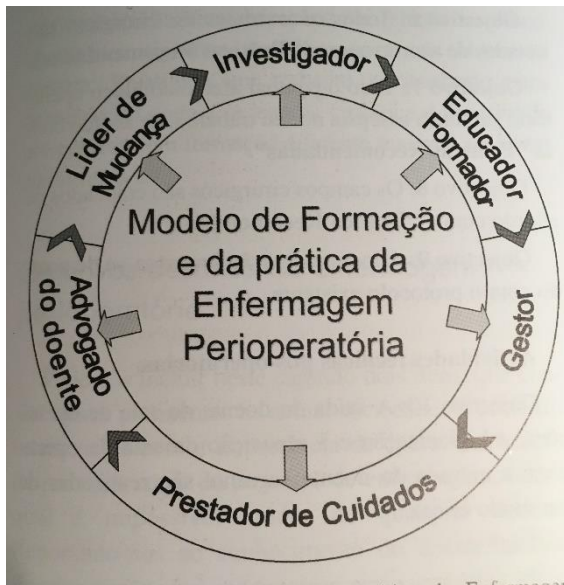


FIGURA 1 MODELO DE FORMAÇÃO E PRÁTICA DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (AESOP, 2006)

Gere materiais, pessoal e apoia a pessoa, família e/ou pessoa significativa;

- **Enfermeiro advogado da pessoa:** defende o interesse da pessoa e assegura-se que o seu consentimento não é violado, até que esta esteja capaz de tomar decisões próprias, protegendo-a contra qualquer dano ou prejuízo;
- **Enfermeiro líder de mudança:** tem como função ajudar os restantes membros da equipa a crescer profissionalmente e a desenvolver as suas capacidades, divulgando o conhecimento e mediando relações;

• **Enfermeiro investigador:** procura o conhecimento em relação à prática de modo a eliminar conhecimentos obsoletos;

• **Enfermeiro educador ou formador:** divulga o conhecimento não só entre a equipa como também com a pessoa;

• **Enfermeiro gestor:** gere as prioridades dos cuidados, coordenando e dinamizando as atividades e fazendo de elemento de ligação entre os restantes elementos da equipa (AESOP, 2006).

“A função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós-operatórias da experiência cirúrgica do doente. O enfermeiro perioperatório identifica as

necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia” (AESOP, 2006, p. 6) citando AORN.³

Assim, o enfermeiro perioperatório é um profissional que presta cuidados complexos a pessoas doentes numa situação de grande dependência. Encontra-se numa posição que tanto tem de única como privilegiada, tornando-se a consciência de quem está inconsciente, sendo um constante recordar da personalidade da pessoa doente e proporcionando o cuidar não só físico como também psíquico. Transformando o ordinário em extraordinário, consegue planejar, coordenar e proporcionar o cuidar sempre tendo em conta os princípios científicos e éticos que regem a profissão (Hamlin, Richardson-Tench, & Davies, 2010).

O cuidar encontra-se intrinsecamente ligado ao processo de cura e, tal como nos refere Jean Watson *“tal ética e atos do cuidar, curar e da saúde compreendem o contexto profissional e a missão da enfermeira: a sua razão de ser para a sociedade”* (Neil, 2004, p. 166)

1.3- A Teoria do Cuidar de Jean Watson:

Para Watson, a enfermagem é encarada como uma arte e uma ciência em simultâneo e designada como ciência do cuidar, concentrando-se nos princípios filosóficos e espirituais do cuidar e acreditando que a sua definição é o ideal ético e moral da enfermagem (Blasdell, 2017).

³ De acordo com a edição de 2015 da AORN, a enfermagem perioperatória é definida como a proteção, promoção e otimização da saúde e do autocuidado, através da prevenção da doença ou de efeitos adversos, do sofrimento, através do auxílio do diagnóstico e de ações de enfermagem, da defesa do superior interesse da pessoa doente, família, pessoa significativa, comunidade ou população. O cuidar encontra-se intimamente relacionado com a capacidade de estabelecer relações interpessoais holísticas que facilitem o processo de saúde e de cura através das relações humanas, da colaboração interdisciplinar e da adequada utilização de recursos.

“Perioperative nursing practice is consistent with de ANA’s definition of nursing, which states: Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations. Perioperative nursing practice is based on holistic caring relationships that facilitate health and healing within the range of human experiences. Perioperative nursing practice is enhanced by interdisciplinary collaboration and appropriate resource utilization” (AORN, 2015, p. 694)

A enfermagem, como uma ciência humana, possui o seu foco no processo humano do cuidar individual, de famílias e de grupos (Vance, 2003).

Jean Watson baseia a sua teoria da prática do cuidar em dez (10) fatores:

- Formação de um sistema de valores humano-altruístas (apreendidos desde cedo na nossa vida podem ser definidos como a satisfação através da dádiva e da extensão do sentido do ser);
- Instilação da fé-esperança (descreve o papel da enfermagem no desenvolvimento das relações enfermeiro/ pessoa doente, na promoção do bem-estar e da saúde);
- Promoção da sensibilidade para consigo e para os outros (reconhecimento dos sentimentos que conduzem à autorrealização através da autoaceitação não só do enfermeiro como da pessoa doente);
- Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança (a relação de confiança envolve coerência, empatia, calor humano não possessivo e uma comunicação eficaz);
- Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos (reconhecimento de que as compreensões intelectuais e emotivas diferem consoante a situação);
- Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões;
- Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais;
- Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio (os ambientes interno e externo têm influência na saúde e na doença);
- Auxílio na satisfação das necessidades humanas bio-físicas, psico-físicas, psico-sociais e intrapessoais do enfermeiro e da pessoa doente;
- Permissão de forças fenomenológico-existenciais (conduz a um melhor entendimento de si próprio e dos outros e consiste na descrição de dados sobre a situação de modo a auxiliar a compreensão das mesmas) (Neil, 2004).

O cuidar encontra-se centrado nas diferentes relações estabelecidas com as diferentes pessoas, dependendo do tipo de relação estabelecida, do ambiente onde as mesmas se encontram

inseridas, das diferentes percepções do outro. Implica a existência do conceito de relacionamento transpessoal.

O cuidar transpessoal ocorre quando o enfermeiro consegue identificar o mundo subjetivo do outro, consegue relacionar-se com ele e expressa essa mesma união de modo a que ambos a identifiquem, tornando-se um espaço espiritual, uma história comum e em simultâneo individual, conseguindo ambos entrar no espaço do outro. *“É uma arte quando o enfermeiro, tendo experienciado ou apercebido dos sentimentos do outro, consegue detetar e sentir esses mesmos sentimentos e por sua vez os consegue exprimir de uma maneira facilitadora a que o outro os consiga experienciar de um modo mais satisfatório e por sua vez os consiga exprimir de um modo que sempre tenha desejado... A enfermagem é definida como uma ciência humana com indivíduos e experiências de saúde/doença mediadas por transações humanas profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas. O cuidar baseia-se numa força e num sistema de valores que orientam as relações entre enfermeiros e sujeitos. Mesmo que não tenhamos consciência da filosofia e valores do outro, os mesmos irão influenciar o cuidar. Os valores humanísticos e altruístas podem ser desenvolvidos através da consciência e observação dos pontos de vista, crenças e valores do outro”* (Blasdell, 2017, p. 4).

A prática do cuidar é vital para a profissão de enfermagem, sendo fundamental um ambiente que potencie o desenvolvimento da pessoa e lhe dê liberdade de escolha. Deverá ter como objetivo a satisfação de necessidades humanas, promover a saúde e o crescimento individual. Sendo complementar à ciência do curar, o cuidar aceita a pessoa tal qual ela é e potencia o que poderá vir a ser (Neil, 2004). A complexidade que envolve esta definição é de tal modo abrangente como única. Apenas quando nos conseguimos entender como pessoas conseguimos formular uma definição de cuidar. A consciência mais importante não reside entre as diferentes assunções de uma teoria mas sim das diferentes variáveis da mesma teoria que se relacionam com o ser, com o outro e com os diferentes comportamentos (Blasdell, 2017).

O cuidar perioperatório poderá ser definido como o *“estar em sintonia com os conflitos de outros indivíduos e com os danos que podem acontecer a uma pessoa, raça, cultura ou civilização”* (Watson, 2002, p. 2). Está relacionado com a atenção que prestamos, o estar atento a alguém ou

alguma coisa, ao seu bem-estar, ao seu estado, ao seu bom funcionamento (Hesbeen, 2000). Envolve conceitos tão distintos como complementares. O conhecimento de si mesmo, do ambiente que nos rodeia, dos restantes elementos da equipa multidisciplinar, vai condicionar não só o modo como cuidamos da pessoa, mas também a maneira como influenciamos o cuidar da própria equipa multidisciplinar. Watson refere a importância do conhecimento do *self*, do eu. Compreender as próprias dificuldades ajuda a compreender as dificuldades do outro e potencia positivamente o cuidar que desenvolvemos diariamente. Através da compreensão da sua teoria, Watson sugere vários caminhos que os profissionais poderão seguir num futuro de modo a promover a mudança ontológica⁴ na consciência humana, entre eles o cultivo de um *self* mais elevado/ profundo e de uma maior consciência, ou seja, do *self* transpessoal (Neil, 2004).

Sendo que a teoria do cuidar de Jean Watson dá um relevo especial ao conhecimento do *self*, do próprio e de todas as implicações que esse mesmo conhecimento poderão implicar no estabelecimento de relações transpessoais, torna-se deste modo a teórica eleita para acompanhar este relatório de projeto. Ao se focar na atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar e na sua função de líder de uma equipa multidisciplinar, o conhecimento que o mesmo pode ter de si próprio condiciona de grande forma a atuação de toda a equipa no modo como cuida da pessoa ao longo do transplante. A maneira como pode conhecer as suas próprias limitações, tal como refere Watson, potencia o ambiente de desenvolvimento tão necessário à equipa multidisciplinar e ao próprio líder, estabelecendo uma sintonia entre o líder e a restante equipa.

1.3.1- Cuidar em ambiente perioperatório:

O cuidar em ambiente perioperatório acaba por se tornar um grande desafio profissional para o enfermeiro, numa época em que se tenta conciliar tecnologia, ciência e humanidade (Neil, 2004). Sendo uma prática exigente no seu dia-a-dia, de elevada complexidade, elevado nível técnico e tão diferente de outras práticas de enfermagem, existem muitos que consideram que a enfermagem perioperatória é uma prática desprovida do cuidar.

⁴ **Ontologia:** nome feminino. De *onto-* + *-logia*, ou do francês *ontologie*. Parte da metafísica que estuda o ser em si, as suas propriedades e os modos como se manifesta; ciência que estuda os seres considerados em geral; metafísica geral; estudo das formas de um indivíduo no seu desenvolvimento embrionário e na sua forma definitiva (Dicionário da Língua Portuguesa, 2019)

O enfermeiro perioperatório desenvolve a sua atividade sob pressão, garantindo a todo o momento a segurança e qualidade dos cuidados prestados. São responsáveis pela manutenção da assepsia, do instrumental, prevenção da infeção, técnica cirúrgica, manuseio de amostras, entre outras, além de colaborar e planear os cuidados em conjunto com a pessoa doente, família e/ou pessoa significativa e a restante equipa multidisciplinar. Inclui então todas as atividades relacionadas com o ato cirúrgico, organização do mesmo e liderança do ambiente perioperatório, tendo como objetivo o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados, garantindo a sua continuidade (Blomberg, Bisholt, & Lindwall, 2018).

Os recursos disponíveis e as condições de trabalho existentes são condicionantes a considerar relativamente à capacidade que o enfermeiro perioperatório tem de cuidar, devendo o mesmo ser único, personalizado, individualizado, de modo a poder suprir as necessidades específicas da pessoa doente num contexto de doença ou prevenção da mesma, promoção ou manutenção da saúde, ou então, como medida paliativa, tendo sempre em conta o respeito pela cultura, raça e diversidade étnica do objeto dos nossos cuidados. (AORN, 2017)

A enfermagem perioperatória tem uma finalidade específica e um processo de cuidar dinâmico. A pessoa doente e que vai ser intervencionada cirurgicamente carece de cuidados específicos, que assegurem um ambiente seguro, eficiente e favorável, no qual a equipa multidisciplinar consiga desenvolver todas as atividades inerentes ao próprio procedimento, de modo a alcançar o máximo de bem-estar. A atuação do enfermeiro perioperatório é então uma mistura de técnica com atitude, possuindo ferramentas não só técnicas/ científicas, como também de pensamento crítico, relacional (em contínuo com a pessoa doente e alvo dos seus cuidados, além da família/ pessoa significativa e equipa multidisciplinar) (Rothrock, 2008).

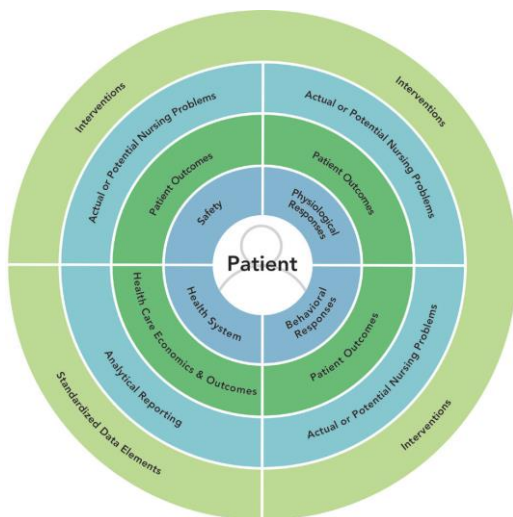


FIGURA 2 MODELO DE CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS CENTRADO NO DOENTE (AORN, 2017)

O modelo de cuidados perioperatório tem no seu centro o objeto dos nossos cuidados, a pessoa e a sua rede de suporte, familiar e/ou pessoa significativa. A partir do centro são emitidos diferentes níveis de atuação e de domínios da enfermagem. Todo este modelo representa a ligação existente entre o enfermeiro perioperatório, a pessoa e a família e/ou pessoa significativa nas diferentes vertentes do cuidar (AORN, 2017). Caracteriza-se pelo trabalho em equipa com a pessoa e com a equipa multidisciplinar, através de todo o processo de cuidar, envolvendo o ambiente cirúrgico ou o ambiente onde se realizam procedimentos invasivos. O grau de colaboração que é expectável da pessoa e da família e/ou pessoa significativa varia de acordo com as diferentes capacidades de cada um e de acordo com a sua situação clínica, sendo que o enfermeiro perioperatório deverá realizar uma avaliação contínua tendo em conta os seus conhecimentos e experiência, de modo a poder determinar o que é apropriado, pertinente ou realista nos cuidados prestados (AORN, 2017).

Tendo por base este mesmo modelo, o enfermeiro perioperatório na sua função de líder tem como elemento central a equipa multidisciplinar. Ao aplicar a teoria do cuidar de Jean Watson, a relação estabelecida entre a equipa multidisciplinar e o enfermeiro com a função de coordenação ou enfermeiro líder transformam-se no nosso alvo de análise. Implementando uma determinada visão do cuidar, a equipa multidisciplinar acaba por ser um reflexo da visão do enfermeiro líder no modo de abordagem da pessoa doente. Tal como refere Watson *“Uma relação transpessoal do cuidar, conota uma forma especial da relação de cuidar- uma união com outra pessoa- elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo... O cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico de outra pessoa, sendo capaz de detetar a condição de ser da outra pessoa (espírito, alma), sente estas condições no seu íntimo, e responde à condição de tal forma que o recetor liberta sentimentos subjetivos e pensamentos que ele ou ela desejavam libertar há muito tempo”* (Watson, 2002, p. 111)

A capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar na prática da enfermagem, nomeadamente da enfermagem perioperatória, irá influenciar o desenvolvimento não só da civilização como determinar o contributo da própria enfermagem para a sociedade. No entanto, é referido como pré-requisito fundamental o cuidar de si próprio de modo a ser eficaz na prática do cuidar dos outros (Neil, 2004). Deste modo, de maneira a podermos potenciar a prática do cuidar à

pessoa doente, família e/ou pessoa significativa, como profissionais de enfermagem deveremos iniciar a prática do cuidar no seio das nossas equipas multidisciplinares. *“Somente através de relações interpessoais pode o cuidar humano ser demonstrado e praticado com eficácia”* (Neil, 2004, p. 170).

No meio ambiente perioperatório, a equipa multidisciplinar desenvolve as suas diferentes atividades diárias tendo em conta sempre o bem-estar da pessoa doente e com o objetivo fundamental de providenciar cuidados específicos, adequados, de qualidade e num ambiente seguro. Proporciona cuidados tendo em conta o todo, estando particularmente atenta às suas necessidades físicas, espirituais, sociológicas e psicológicas, através da constante análise, reflexão e avaliação do seu desempenho.

Neste sentido, o enfermeiro perioperatório no seu papel de líder, toma por sua responsabilidade a gestão da equipa multidisciplinar, a coordenação e a organização dos cuidados e atividades inerentes ao período intraoperatório. Apesar da qualidade em saúde ser uma responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar, a enfermagem perioperatória tem sempre presente que bons cuidados podem ter significados diferentes para diferentes pessoas. Assim, ao reconhecer essas diferenças, o exercício profissional requer sensibilidade para lidar com essas mesmas diferenças, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação pessoal, profissional e da pessoa doente (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Como membro ativo da equipa multidisciplinar, o enfermeiro perioperatório:

- Colabora com a equipa multidisciplinar na adoção e utilização de referenciais para a prática;
- Partilha conhecimentos diversos com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, relevantes para a situação;
- Fomenta um ambiente de colaboração, reconhecendo o valor da contribuição dos diferentes profissionais para os cuidados prestados;
- Promove parceria com diferentes profissionais de outras áreas de atuação com foco na qualidade dos cuidados prestados (AORN, 2015).

Tal como nos é referido pelo trabalho de M. Simone Roach, o ambiente de trabalho em contexto de saúde tem evoluído ao longo destes últimos anos. Enquanto que no passado a enfermagem era considerada como uma profissão rígida e que obedecia a protocolos severos e formais onde o relacionamento com a pessoa doente seria considerado distante, nos dias de hoje a importância conferida à informalidade e à relação são consideradas uma mais valia uma vez que permite uma maior liberdade no cuidar, adaptando a nossa atuação às verdadeiras necessidades do alvo dos nossos cuidados e permitindo a construção de uma relação transpessoal, do conhecimento do self e do outro, tal como nos refere igualmente Jean Watson.

Aliás, de acordo também com Simone Roach, existem 6 atributos no cuidar ou os 6 C's do cuidar (numa fase inicial seriam consideradas apenas 5 atributos do cuidar tendo ao longo do tempo evoluído para 6) que aplicados diariamente como comportamentos específicos do cuidar podem conduzir a uma melhoria das relações de trabalho, relações com a pessoa doente e a um aumento da satisfação dos profissionais no local de trabalho (Nevada State College, 2019):

- **Compromisso:** apesar de todos os desafios que a profissão de enfermagem enfrenta diariamente, o nosso principal compromisso encontra-se no cuidar da pessoa doente, comprometendo-se a fazer o seu melhor em todos os momentos. Supera as dificuldades vividas, demonstrando os valores éticos e deontológicos, procurando a melhoria contínua através do aperfeiçoamento da profissão;

- **Consciência:** como guia condutor dos cuidados, representa a responsabilidade moral que temos com os outros. Proporcionar o melhor dos cuidados possíveis envolve um forte sentido de responsabilidade e de consciência. Através da adoção e da aplicação de boas práticas, temos consciência de que cuidamos do outro como se de nós nos tratássemos, tendo em conta os desejos e vontades da pessoa, o respeito e a sua defesa. Representa igualmente o conceito de desenvolver a atividade diária de um modo consistente, demonstrando empatia e uma preocupação constante em entender a sua situação.⁵

⁵ A consciência cirúrgica é algo inerente a toda a atuação do enfermeiro perioperatório e como tal deverá estar sempre presente na sua atuação diária. É constituída pelos princípios éticos e morais da

- **Competência:** cuidar diariamente tendo em conta as boas práticas da profissão, procurando atingir elevados padrões de qualidade e de segurança dos cuidados prestados, independentemente do comportamento dos outros ou as circunstâncias relacionadas com o ambiente de trabalho, reconhecendo as suas limitações e não tendo receio de as expressar e de investigar de modo a procurar a melhoria constante, ao invés de as ocultar, é sinal revelador de competência. A procura constante da melhoria e o reconhecimento das limitações que possuímos são indicadores de uma procura constante pela competência;

- **Compaixão:** sendo uma das características essenciais de quem lida com outros seres humanos, torna-se essencial demonstrar compaixão e empatia de modo a conseguir que o outro tenha uma experiência o mais positiva possível. É a compaixão que permite, em grande parte o estabelecimento de uma relação transpessoal entre o enfermeiro e o foco dos seus cuidados, favorecendo o estabelecimento de uma relação empática e a validação contínua da importância desses mesmos cuidados;

- **Confiança:** sendo o elo que une todos os outros aspetos do cuidar, permite transmitir segurança em relação aos cuidados prestados, ajudando a pessoa doente e família e/ou pessoa significativa a lidar com os possíveis eventos adversos. É também a confiança nos conhecimentos e nas diferentes competências adquiridas, no compromisso com os valores da profissão, na consciência que possuímos e na expressão da compaixão, mesmo nas situações mais adversas, que permitem ao enfermeiro a procura da melhoria contínua do outro e de si mesmo;

- **Comportamento:** a ideia de que o comportamento poderia ser considerado como um atributo do cuidar, surge após uma reflexão sobre a imagem transmitida pelos cuidadores durante o processo de cuidar. Como modo de comunicar, a imagem que é transmitida através da linguagem utilizada e modo de estar durante todo o processo de cuidar influenciam o modo como o mesmo é recebido (Roach, 2002).

beneficência e não maleficência, relacionando-se com a exibição de comportamentos éticos e com a promoção de comportamentos de segurança sempre e em qualquer situação, mesmo que ninguém esteja a observar (Sadler, Don, 2012).

1.4- Liderança e gestão:

É notória a crescente diferenciação das várias áreas da Enfermagem, perante a complexidade dos conhecimentos, práticas e contextos, pelo que se torna necessário responder de uma forma dinâmica às necessidades e expectativas em cuidados de saúde da população. A Enfermagem é uma profissão dinâmica e desafiadora, onde se espera que os modelos de atuação e os líderes possuam um papel envolvente e inspirador (Scully, 2015).

Ao trabalhar com uma série de profissionais e numa variedade de ambientes, o enfermeiro perioperatório tem necessidade de se transformar em líder, conseguindo que diferentes profissionais trabalhem em conjunto, de modo eficaz e uns com os outros. A dinâmica e os desafios diários que encontramos na nossa prática diária condicionam os papéis que desempenhamos. O conceito de liderança é um conceito abrangente e é definido por ocorrer sempre que um indivíduo tenta influenciar o comportamento de alguém ou de um grupo dentro da organização, independentemente da razão. Liderança é considerada influência (Hersey & Campbell, 2004, p. 12).⁶

Ao trabalhar com uma variedade de profissionais, o enfermeiro perioperatório deverá desenvolver as suas capacidades de liderança, de modo a conseguir adaptar-se e manter-se competitivo. São os enfermeiros líderes que conseguem indicar a direção, reunir as equipas e promover um espírito de mudança para o atingir de um objetivo comum (Scully, 2015).

Os enfermeiros, no seu papel de gestores e líderes da equipa de enfermagem, deverão colaborar, aconselhar na gestão de recursos e cuidados de enfermagem e participar na organização do serviço ou instituição, conseguindo conduzir a equipa na prestação de cuidados, na gestão de recursos humanos e materiais, na gestão das relações humanas e da formação (AESOP, 2006).

São responsáveis pela criação de um ambiente seguro e onde o trabalho dos profissionais seja apoiado, criando assim uma cultura onde a equipa multidisciplinar consiga atingir os seus objetivos

⁶ *Leadership... occurs whenever one person attempts to influence the behavior of an individual or group- up, down, or sideways in the organization- regardless of the reason. It may be for personal goals or for the goals of others, and these goals may or may not be congruent with organizational goals. Leadership is influence* (Hersey & Campbell, 2004, p. 12).

relativamente à pessoa doente e, em simultâneo, possa crescer profissionalmente (Duquesne University: School of Nursing, 2018).

Ao contrário do que muitas vezes se considera, liderança é diferente de gestão. O enfermeiro pode ser um líder, independentemente da sua posição na organização. Tal como já foi referido anteriormente, a liderança implica mudanças de pensamento e de comportamento, liderança implica a influência sobre outros. A gestão compreende a realização de determinadas tarefas ou atividades por outros. A definição clássica de gestor data de 1916 e envolve o planeamento, organização, a presença dominante, a coordenação e o controlo de um determinado grupo de trabalhadores (Whitehead, Weiss, & Tappen, 2010). Implica lidar com diferentes situações através do exercício do controlo e da autoridade. Trata-se de uma situação onde estão presentes as diferentes hierarquias da instituição. O mesmo não ocorre com o conceito de liderança. Os gestores podem ser líderes, mas um líder poderá não ser um gestor. A liderança implica o apoio a colegas, a envolvência dos restantes membros da equipa nos objetivos a atingir, a inspiração à mudança pessoal e ambiental através do desenvolvimento de competências e de relações. A liderança não se encontra necessariamente associada à gestão (Scully, 2015).

Itens a avaliar	Liderança	Gestão
Posição	Selecionado ou permitida pelo grupo.	Selecionado por um superior hierárquico.
Base de poder	Experiência, credibilidade entre os pares e capacidade motivacional.	Surge a partir de uma posição de autoridade.
Objetivos e visão	Derivam de interesses pessoais e da paixão, podendo não ser coincidentes com a organização.	Derivam da organização.
Ideias inovadoras	Desenvolvidas, testadas e encorajadas dentro do grupo.	Permitidas desde que não influenciem a produção.

Nível de risco	Alto risco. A criatividade e a inovação estão envolvidas.	Baixo risco. Existe equilíbrio e uma aprovação superior.
Grau de Ordem	Existe uma desordem relativa.	Racional e controlado.
Natureza das atividades	Atividades relacionadas com a visão e o discernimento pessoal.	Relacionadas com o custo e a eficiência.
Foco	As pessoas.	A estrutura e o sistema.
Grau de liberdade	Independente, não limitada à organização ou a uma posição de autoridade.	Ligada à posição ocupada dentro da organização.
Ações	<i>“Does the right things”</i>	<i>“Does things right”</i>

TABELA 1 CARACTERÍSTICAS DA LIDERANÇA E DA GESTÃO (SCULLY, 2015)

Pode-se concluir que a liderança poderá ser parte da atuação diária de um administrador, mas não é necessário ser-se administrador para se ser um líder. Todos os enfermeiros perioperatórios deverão desenvolver o seu potencial de líderes na sua atuação diária de modo a conseguirem adaptar-se às mudanças constantes que se fazem sentir na saúde.

“Há uma profunda diferença entre administração e liderança, sendo que ambas são importantes. “Administrar” significa “gerar, alcançar, estar encarregue de ou responsável por conduzir”. “Liderar” é “influenciar, orientar com direção, trajeto, ação, opinião”. A distinção é crucial. Administradores são pessoas que fazem as coisas corretamente, e líderes são pessoas que fazem a coisa certa. A diferença pode ser sintetizada: atividades de visão e julgamento- eficácia- versus atividades de rotina de governação- eficiência” (Bennis & Nanus, 1997, p. 20).

De modo a que o enfermeiro possa liderar, deverá desenvolver 3 competências:



FIGURA 3 QUALIDADES E COMPORTAMENTOS DE UM LÍDER (WHITEHEAD, WEISS, & TAPPEN, 2010)

- Capacidade de identificar e compreender a situação que deseja influenciar através do pensamento estratégico;
- Capacidade de se adaptar e permitir que comportamentos ou recursos possam surgir de modo a atingir a situação desejada;
- Capacidade de comunicar eficazmente de modo a conseguir ouvir os outros, estimular a troca de informação e providenciar feedback (Whitehead, Weiss, & Tappen, 2010).

Todos nós podemos ser líderes e fazer pequenas mudanças na nossa prática diária, mesmo no mais complexo dos sistemas. Assim, não podemos dissociar o papel do enfermeiro líder da qualidade e segurança dos cuidados prestados, pois dele depende o estabelecimento de uma cultura de qualidade e segurança, a sua difusão e o estabelecimento de parcerias com outros profissionais, uma vez que a sua atuação implica a interdisciplinaridade (Blouin & Buturusis, 2012). A qualidade e a segurança em saúde implicam a reflexão sobre a prática de modo a poderem ser definidos objetivos do serviço a prestar e delineadas estratégias para os atingir (Conselho de Enfermagem, 2012).

A liderança implica sempre ação. Existem uma série de comportamentos que caracterizam os líderes:

- **Estabelecimento de prioridades:** de modo a poder estabelecer prioridades, o líder deverá ter presente três elementos fundamentais: avaliação, eliminação e estimativa. Deverá avaliar continuamente o plano de ação, eliminar atividades ou elementos supérfluos e estimar o sucesso das modificações introduzidas de modo a atingir os objetivos propostos;

- **Pensamento crítico:** caracterizado pelo pensamento cuidado, analítico, aberto a novas ideias, questões ou maneiras de execução;
- **Resolução de problemas:** um líder caracteriza-se por auxiliar os restantes elementos da equipa a identificar e resolver diferentes problemas que surjam no decurso da prática diária, encontrando soluções exequíveis e de modo a fomentar o aumento de competências dos restantes elementos;
- **Respeito pela pessoa:** todos os elementos da equipa multidisciplinar possuem características próprias na persecução do objetivo comum. O respeito por essas mesmas características e o reconhecimento do contributo individual de cada um promove a troca de pensamentos e experiências potencialmente positivas no atingir dos objetivos;
- **Capacidade de comunicação:** uma escuta ativa envolve não só a emissão como a receção de informação. Ao encorajar a troca de informação, o verdadeiro líder assegura-se de que o canal de comunicação se encontra disponível e que os restantes elementos da equipa o utilizam também de forma eficaz, dissipando eventuais mal-entendidos e proporcionando feedback, positivo ou negativo, providenciando eventuais melhorias dentro da equipa;
- **Visão do futuro:** a partilha dos objetivos que se pretendem atingir com os elementos da equipa multidisciplinar permite o envolvimento de todos e proporciona a motivação conjunta quando as coisas se tornam complicadas. O envolvimento de toda a equipa na criação dessa visão aumenta, não só a satisfação de todos, como estimula a troca de ideias inovadoras e criativas, tornando todo o processo de cuidados com significado;
- **Desenvolvimento do *self* pessoal e do outro:** O desenvolvimento e a aquisição de competências dependem intimamente do conhecimento das limitações do próprio e dos outros. O líder reconhece que está continuamente a aprender e proporciona a aprendizagem constante dos elementos da equipa multidisciplinar (Whitehead, Weiss, & Tappen, 2010).

É o enfermeiro líder quem promove a cultura de segurança no local de trabalho, a partilha com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, proporcionando um clima favorável à troca de

experiências e de comunicação entre todos, associado a competências para coordenar estas mesmas atividades (Blouin & Buturusis, 2012). Várias são as razões que podem ou não fazer de um enfermeiro um líder, uma vez que diferentes situações implicam diferentes qualidades ou comportamentos. Um líder eficaz é aquele que consegue persuadir os outros a trabalhar eficazmente na procura do atingir do objetivo global, tal como é a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa doente (Whitehead, Weiss, & Tappen, 2010).

Podem ser desenvolvidas uma série de atividades para, como enfermeiros perioperatórios, podermos atingir o nosso potencial máximo a nível de liderança. De acordo com Dilts, existem cinco características inter-relacionadas necessárias para se poder alcançar uma liderança eficaz. Estas características encontram-se associadas a diferentes níveis de alinhamento que, estando todos presentes em simultâneo indicam a existência de uma liderança eficaz (Manley & Bellman, 2003).

Modelo de Dilts		
Identidade	<i>Quem?</i>	Fatores que determinam o nosso objetivo/ missão e o sentido do “self”.
Convicções e Valores	<i>Porquê?</i>	Motivação para amplificar/ inibir as nossas capacidades.
Talentos e Capacidades	<i>Como?</i>	Como orientar e dar direção a ações comportamentais através da estratégia.
Comportamento	<i>O quê?</i>	Ações específicas levadas a cabo num determinado ambiente.
Ambiente	<i>Onde?</i>	As amarras/ estímulos externos para uma pessoa.

TABELA 2 MODELO DE DILTS COM OS DIFERENTES NÍVEIS NECESSÁRIOS PARA SE MAXIMIZAR O POTENCIAL DE LIDERANÇA (MANLEY & BELLMAN, 2003)

Não nos podemos, no entanto, esquecer de que para que exista um líder é necessária uma equipa. Na área da saúde, a necessidade da uma equipa multidisciplinar tem sido sentida na medida em que cada vez mais se lida com situações cada vez mais complexas, o que implica a abordagem da pessoa doente sob múltiplos pontos de vista coordenados que promovam uma visão holística. O sistema de saúde procurou adaptar-se de modo a conseguir proporcionar os melhores cuidados. Todos os elementos da equipa, com as suas diferentes visões e especialidades reuniram-se de modo a conseguir dar resposta às necessidades sentidas pela pessoa doente e por todos os que a envolvem,

conseguindo de igual modo rentabilizar os recursos disponíveis, resposta essa que não seria conseguida com a atuação individual e não coordenada dos diferentes profissionais (Benagiano & Brosens, 2014).

O trabalho em equipa pode ser definido como um processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais com competências e conhecimentos complementares, que partilham objetivos comuns e que desenvolvem um esforço físico e mental para avaliar, planejar e implementar intervenções através de uma atuação interdependente, comunicação efetiva e tomada de decisão (Ezziane & Maruthappu, 2012). Contribui significativamente para a segurança e qualidade dos cuidados, reduz custos, erros e tempo despendido, aumentando a satisfação no local de trabalho (Giddings & Williamson, 2007).

Como líder, podemos ter uma visão pessoal, mas, de modo a conseguir proporcionar inspiração para a restante equipa multidisciplinar, dever-se-á conseguir construir uma visão partilhada, permitindo que os restantes elementos consigam ter a mesma visão, tornando-os mais capacitados no atingir dos objetivos comuns. Apesar de uma filosofia de equipa nunca conseguir refletir os valores e convicções de todos, pode, no entanto, identificar áreas de consenso acerca da natureza e do objetivo da própria equipa multidisciplinar, permitindo então uma coesão nas atividades desenvolvidas e o estabelecimento de um objetivo comum (Manley & Bellman, 2003)

A constituição da equipa multidisciplinar deverá ter em conta, de acordo com Fountain:

- Ter um propósito comum e conseguir definir objetivos a atingir;
- Existência de padrões de qualidade e excelência na prestação de cuidados que deverão ser definidos por toda a equipa;
- Os objetivos da equipa deverão ser estabelecidos tendo em conta as necessidades da pessoa doente;
- Toda a equipa é responsável a 100% pelos cuidados prestados e pelo sucesso ou fracasso dos mesmos (Fountain, 1993)

A comunicação é um dos aspetos mais importantes do trabalho da equipa multidisciplinar e encontra-se intimamente relacionada com a colaboração dos diferentes elementos. Cada elemento

contribui com perspetivas novas e individuais das necessidades da pessoa doente. Apesar de poder existir uma sobreposição de funções dentro da equipa multidisciplinar, ter-se-á de fazer o esforço no sentido de coordenar a forma como os diferentes elementos vão funcionar e organizar-se. Nenhum elemento da equipa deverá ser considerado mais importante que os restantes na prestação dos cuidados, uma vez que cada elemento tem as suas qualidades e particularidades relevantes (Manley & Bellman, 2003).

Várias são as ferramentas disponíveis pelo líder de modo a fomentar a comunicação dentro da equipa multidisciplinar, no entanto devemos ter sempre em conta a existência de barreiras. Uma das mais importantes encontra-se relacionada com os fatores humanos, o que poderá influenciar a eficiência e a eficácia da própria equipa multidisciplinar. A rápida rotação de diferentes membros da equipa, prazos de atuação muito limitados, a não partilha de informação, comportamentos defensivos ou inseguranças, excesso de trabalho, fadiga, conflitos entre os membros da equipa são alguns dos fatores que condicionam a eficácia do processo comunicativo. A existência de feedback da mensagem, garante que a mesma é recebida de igual modo por todos os elementos da equipa. O líder deverá orientar a equipa multidisciplinar de modo a minimizar eventuais eventos adversos e promover uma cultura de segurança dos cuidados prestados (Phillips, 2012).

1.5- O Transplante:

Existem alguns conceitos básicos a recordar quando nos referimos à área da transplantação:

- **Transplantação:** processo destinado ao restabelecimento de certas funções do organismo humano, mediante a transferência de um órgão de um dador para um recetor (Lei nº36/2013, 2013);
- **Autotransplante:** relacionado com os tecidos do próprio; enxerto dos tecidos do indivíduo nele mesmo;
- **Homotransplante/ aloenxerto:** transplantação de células, tecidos ou órgãos entre indivíduos pertencentes à mesma espécie;
- **Xenotransplante:** transplante entre indivíduos de espécies diferentes. (Portugal & Macheta, 2013)

- **Dador:** indivíduo que faz dádiva de um ou vários órgãos, quer se trate de dádiva em vida ou após a sua morte (Lei nº36/2013, 2013);
- **Dador vivo:** indivíduo que faz a dádiva em vida de órgão e/ou parte de órgão (CHLC, 2015);
- **Órgão:** parte diferenciada do corpo humano, constituída por diversos tecidos e que mantém, de uma forma autónoma, a sua estrutura, vascularização e capacidade de desenvolver funções fisiológicas, incluindo as partes de órgãos que tenham como função ser utilizadas para servir o mesmo objetivo que o órgão inteiro no corpo humano, mantendo as condições de estrutura e vascularização (Lei nº36/2013, 2013);
- **Par dador-recetor:** a pessoa doente candidata a receber um órgão e a pessoa ou pessoas que se lhe propõem dar o órgão (Portaria nº 802/2010- PNDRC, 2010);
- **Rastreabilidade:** capacidade de localizar e identificar o órgão em cada etapa do processo, desde a dádiva até à transplantação ou eliminação do mesmo. Inclui as capacidades de:
 - identificar o dador e o organismo de colheita;
 - identificar o recetor e o centro de transplantação;
 - localizar e identificar todas as informações não pessoais relevantes, relacionadas com os produtos e materiais que entram em contacto com o órgão (Lei nº36/2013, 2013).

As indicações gerais para a transplantação encontram-se relacionadas com a falência de órgão irreversível. Os seus objetivos incluem a parte estética, funcional ou de melhoria de qualidade de vida. O tipo de transplante escolhido depende do objetivo do mesmo, da função anatómica e da disponibilidade do tecido ou órgão a transplantar. A colheita de órgãos e tecidos de uma pessoa viva apenas poderá ser realizada no interesse terapêutico do recetor, tendo em conta que se deverão assegurar em todas as etapas a qualidade e a segurança dos órgãos de origem humana e que se destinam à transplantação (CHLC, 2015).

Alguns tecidos conseguem funcionar normalmente mesmo após serem movidos ou transplantados de uma determinada área ou zona do organismo para outra (transplante autólogo ou autotransplante) ou após terem sido obtidos de outro dador, humano ou não (homotransplante ou xenotransplante) (Phillips, 2013)

Como exemplos podemos referir:

- **transplante de pele:** proporcionam uma superfície protetora de um local que não o possuía inicialmente;
- **transplante de córnea:** substituição de uma córnea não funcionante;
- **transplante ósseo:** proporciona um apoio estrutural temporário e estimula o crescimento ósseo do hospedeiro, sendo reabsorvido;
- **transplante dos ossos do ouvido e membrana do tímpano:** ao serem transplantados proporcionam a recuperação da função associada à transmissão do som perdida pelo processo de surdez;
- **transplante de cartilagem:** quando efetuada a nível da face proporciona a correção de um defeito de uma estrutura cartilaginosa;
- **transplante de vasos sanguíneos:** a utilização de veias autólogas para substituição de porções arteriais obstruídas proporciona um aumento de fluxo sanguíneo a zonas onde esse fornecimento se encontrava deficiente;
- **transplante de medula óssea:** proporciona o restaurar da função de produção hematológica e imunológica da espinal medula;
- **transplante de coração, pulmão, fígado ou rim:** proporcionam a recuperação da função que se encontrava deficitária ou mesmo ausente;
- **transplante de sangue ou derivados:** proporciona a manutenção e regulação das diferentes funções orgânicas do indivíduo ao promover a homeostasia (idem, 2013).

1.5.1- O Transplante Pulmonar:

Ao longo dos últimos anos, o número de transplantes realizados tem vindo a aumentar, não só em número de pessoas transplantadas como também em relação ao tipo de órgãos transplantados. Esses números refletem não só uma maturidade das equipas a nível clínico e técnico mas também de relação com pessoas dadoras e recetoras.

Portugal encontra-se, atualmente, na vanguarda da transplantação mundial, sucesso esse que é reflexo do constante investimento das Unidades de Transplantação, do trabalho dos diferentes profissionais de saúde, na desmistificação cada vez maior da técnica do transplante e da criação de

uma legislação favorável que permite ao nosso país tornar-se num exemplo na transplantação com utilização de órgãos cuja colheita tenha sido feita em cadáver (SPT, 2018).

Período	Órgão	Número de doentes em lista de espera	Número de órgãos transplantados
2017	Pulmão	58	34
2016	Pulmão	59	26
2015	Pulmão	55	15
2014	Pulmão	40	19
2013	Pulmão	23	16
2012	Pulmão	28	14
2011	Pulmão	31	18

TABELA 3 O TRANSPLANTE PULMONAR EM PORTUGAL (SNS, 2019)

Em Portugal, não é possível datar com precisão o início da atividade de transplantação de tecidos humanos, no entanto, a transplantação de órgãos vitais teve início em julho de 1969 através da mão do Dr. Linhares Furtado, tendo efetuado um transplante renal de irmã para irmão com sucesso (Portugal & Macheta, 2013). Talvez por incompreensão da sociedade da altura, poucos avanços foram feitos até que, em 1980, é feita a primeira colheita e transplante de rins com colheita em cadáver (SPT, 2018).

Nos anos 70, várias foram as tentativas de transplantação de diversos órgãos mas que, infelizmente, quase todos resultaram na morte do recetor. Só mais tarde foi identificado, como agente causal, a rejeição de órgão e a descoberta de fármacos imunossupressores, nomeadamente da ciclosporina em 1978, que proporciona uma melhoria dos resultados da técnica da transplantação (Portugal & Macheta, 2013).

Ao longo de três décadas, foram realizados variados avanços nesta área em território nacional. A seguir ao rim, o primeiro transplante cardíaco é efetuado em 1986, em 1992 o primeiro transplante de fígado, em 1994 o primeiro de pâncreas, em 2001 o primeiro transplante de pulmão

e finalmente chega-se ao momento em que, em 2015, é feita a primeira colheita em dador em paragem cardiocirculatória (SPT, 2018).

Sendo definido como *“a transferência de células, tecidos ou órgãos vivos de uma pessoa (o dador) para outra (o recetor) ou de uma parte do corpo para outra (por exemplo, os enxertos de pele ou os componentes sanguíneos) com a finalidade de restabelecer uma função perdida”* (SNS, 2018), a colheita e transplantação de órgãos constituem um dos maiores progressos do passado século na Medicina e têm assumido cada vez maior relevância no tratamento de diversas patologias. Apesar de inicialmente se tratar de uma técnica realizada com doações *post mortem*, atualmente e devido à escassez de órgãos disponíveis, verificam-se cada vez maiores desenvolvimentos da técnica e abrangem-se atualmente também dadores vivos (Portugal & Macheta, 2013). O processo de doação implica um estudo aprofundado de avaliação e compatibilidade entre dador e recetor.

Dador é definido como *“a pessoa que faz dádiva de um ou vários órgãos, quer a dádiva ocorra em vida, quer depois da morte”* (Lei nº36/2013, 2013, p. 3258).

São considerados potenciais **dadores vivos** todos os adultos saudáveis, com idade superior a 18 anos, competentes para decidir e que não possuam pressões de ordem emocional ou sócio-económica. O processo de seleção varia consoante o órgão a transplantar (SPT, 2018). Em Portugal, são aceites dadores de fígado ou rim que sejam familiares, cônjuges, amigos ou qualquer outra pessoa, independentemente de existir ou não qualquer relação de consanguinidade (Lei nº 22/2007, 2007).

A avaliação de um potencial dador vivo depende de uma série de fatores:

- Avaliação da função do órgão que irá ser doado;
- Avaliação da anatomia (especialmente a vascular) do órgão a ser transplantado;
- Estudo virológico e bacteriológico (despiste de doenças infecciosas);
- Despiste aprofundado de patologias que contraindiquem a doação, pelos riscos elevados da cirurgia ou da anestesia, ou ainda que envolvam a diminuição grave e permanente da integridade física ou da saúde do dador;

- Avaliação da histocompatibilidade do órgão a ser transplantado com o recetor;
- Avaliação psicossocial do potencial dador;
- Avaliação cirúrgica e anestésica do potencial dador do par dador/ recetor (CHLC, 2015).

O dador deverá estar motivado e na tomada de decisão não deverá ser sujeito a:

- Pressão para a doação;
- Conflitos e/ ou dependências na relação dador-recetor;
- Ambivalência;
- Perturbação psiquiátrica grave;
- Fatores motivacionais;
- Expectativas irrealistas (SPT, 2018)

É de salientar que o meio mais frequente de doação de órgãos é feito através da doação em dador cadáver. Qualquer pessoa é um potencial dador de órgãos ou tecidos para transplante após a sua morte, desde que não tenha manifestado, em vida, a sua recusa através da inscrição no Registo Nacional de Não-Dadores (RENDA). Caso se trate de uma pessoa doente menor de idade ou mentalmente incapaz será manifestada a vontade de quem detenha o poder paternal (idem, 2018).

Para que se possa verificar a doação de órgãos *post mortem* deverão estar reunidas um conjunto de condições:

- O dador deverá ter falecido numa instituição hospitalar;
- Após a verificação da paragem cardio-respiratória ou das funções cerebrais, o organismo deverá ser mantido artificialmente até ao momento da colheita de órgãos ou tecidos;
- Conhecer com exatidão a causa da morte, uma vez que não serão considerados pessoas doentes que, na altura da sua morte, possuam uma doença infetocontagiosa, neoplásica ou do órgão que se destina ao transplante. Apesar de relativas, também serão fator de exclusão a existência de hipertensão arterial, diabetes ou idade avançada (a idade é considerada tendo em conta a individualidade de cada situação, o tipo de órgão a transplantar e o conhecimento

da história clínica do dador, no entanto as idades recomendadas encontram-se no intervalo dos 15 aos 55 anos de idade (SPT, 2018)).

A manutenção deste dador implica:

- Pressão arterial sistólica superior a 90 mm Hg;
- Pressão venosa central entre 5 e 10 mm Hg;
- Administração de fluidos coloides ou cristaloides;
- Débito urinário mínimo de 100 ml/ hora;
- Ventilação com 100% de O₂;
- Normotermia (37°C).

Os dadores pós paragem cardio-respiratória não receberam suporte ventilatório ou circulatório após a morte cerebral e, como consequência, o organismo sofreu com os efeitos da isquemia e trombose dos vasos sanguíneos e dos órgãos. São, no entanto, dadores elegíveis para pele, osso, válvulas cardíacas e córnea (Phillips, 2013).

Em Portugal começa agora a ser realizado um procedimento de transplante com recurso a uma técnica denominada de *ex-vivo*. Este procedimento é caracterizado por se tratar de uma técnica de preservação e reabilitação de órgãos que inicialmente não seriam considerados capazes de serem transplantados. É utilizado em dadores que anteriormente não seriam considerados favoráveis ao transplante, neste caso de pulmão, aumentando o número de órgãos disponíveis para serem transplantados (Machuca & Cypel, 2014).

Normalmente, o dador ideal terá uma idade inferior a 55 anos, não fumador ou com hábitos de fumar menos de 20 maços/ ano, sem trauma torácico, com Rx tórax favorável e sem evidência de infeção respiratória. Este dador corresponde a menos de metade dos dadores elegíveis para colheita. O procedimento *ex-vivo* vai permitir que exista um condicionamento do pulmão, favorecendo um aumento gradual da temperatura até à normotermia, aumento gradual da revascularização do órgão, uma ventilação protetora da função pulmonar e uma diminuição do edema resultante da preservação dos órgãos nobres do dador e do aumento da administração de fluidos (idem, 2014).

Está indicado para ser realizado em pessoas com:

- PaO₂/ FiO₂ inferior a 300mm Hg;
- Existência de sinais indicativos de edema pulmonar no Rx tórax ou no exame físico do dador;
- Má função pulmonar;
- Existência de fatores de risco como história prévia de aspiração ou transfusão maciça;
- Doação pós paragem cardíaca (com suspensão de manobras de suporte avançado de vida com mais de 1 hora) (idem, 2014).

Apesar de apresentar ainda baixas taxas de sucesso, aumenta o número de órgãos disponíveis para serem transplantados e as hipóteses de pessoas doentes que anteriormente não seriam consideradas. Num futuro próximo, com o definir de critérios mais seletivos, poderemos ter disponíveis uma nova fonte de órgãos para transplantar, aumentando e muito as hipóteses de sobrevivência e de qualidade de vida (Machuca & Cypel, 2014).

Os critérios de morte cerebral são executados normalmente após a verificação de ausência de hipotermia, de infusão de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de hipotensão. A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

Critérios de morte cerebral	
<ul style="list-style-type: none">• Coma irreversível, não provocado por agente farmacológico, hipotermia ou causa desconhecida;	<ul style="list-style-type: none">• Sem resposta à estimulação externa;• Sem atividade cerebral no EEG por um período superior a 10 min ou valores não mesuráveis de atividade cerebral;
<ul style="list-style-type: none">• Ausência de movimentos espontâneos ou existência de posicionamento de descerebração e/ou decorticação;	<ul style="list-style-type: none">• Os posicionamentos de descerebração ou decorticação não se encontram relacionados com a atividade cerebral, sendo considerados involuntários;

<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de respiração espontânea sem relação com hipotermia ou indução farmacológica (prova de apneia); 	<ul style="list-style-type: none"> • PaCO₂ superior a 55 mm Hg; • Sem evidência de respiração espontânea após a remoção de prótese ventilatória por um período superior a 3 minutos;
<ul style="list-style-type: none"> • Sem reflexos do tronco cerebral; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pupilas fixas e dilatadas, não reativas à luz; • Sem reflexo da córnea, mesmo após o toque; • Sem reflexo óculo-cefálico (“olhos de boneca”) ou vestibulo-ocular (ausência de reação após a instilação de soro gelado a nível auricular); • Ausência de resposta à estimulação dolorosa; • Ausência de resposta à estimulação da via aérea.

TABELA 4 CRITÉRIOS DE MORTE CEREBRAL (PHILLIPS, 2013)

Para que seja estabelecido o diagnóstico de morte cerebral será necessário que se verifiquem as seguintes condições:

- Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- Ausência de respiração espontânea;
- Constatação da estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e de agentes bloqueadores neuromusculares (Assembleia da República, 1994).

A verificação de morte cerebral obedece também a:

- Realização de pelo menos 2 provas de morte cerebral com um intervalo considerado adequado à idade e situação clínica do indivíduo;
- Realização de exames complementares de diagnóstico, caso seja necessário;
- Presença de 2 médicos especialistas em neurologia, neurocirurgia ou cuidados intensivos;
- Que nenhum dos médicos que executa as provas pertença às equipas envolvidas na transplantação e que pelo menos um deles não pertença inclusive à unidade ou serviço em que o potencial dador esteja internado (idem, 1994).

Após estarem reunidos os critérios que certificam a morte da pessoa doente e, caso o seu cadáver apresente condições favoráveis à doação e colheita de órgãos, investiga-se a existência da vontade expressa pelo mesmo em relação à doação de órgãos. Para isso é consultado o RENNDA e os familiares mais próximos (SNS, 2018). Caso não exista qualquer tipo de inconveniente avança-se para a colheita dos órgãos.

O RENNDA foi criado em 1994 e pretende registar a *“vontade dos indivíduos que demonstrem a total ou parcial indisponibilidade para a dádiva post-mortem de certos órgãos ou tecidos ou para a afetação desses órgãos ou tecidos a certos fins”* (Assembleia da República, 1994). Todos os dados contidos neste registo destinam-se à verificação, antes das equipas iniciarem a colheita, sobre a autorização ou oposição à dádiva (IPST, 2018). Após esta verificação, é analisado o potencial dador, não sendo considerado nos seguintes critérios:

- Infecções de origem viral, bacteriana ou fungos;
- DST (doenças sexualmente transmissíveis);
- Doenças do foro neurológico;
- Doenças autoimunes;
- Doenças metabólicas;
- Doenças oncológicas;
- Doenças de origem desconhecida;
- Mortes de origem desconhecida;

- Utilização de medicação sistêmica;
- Utilização de fármacos por via parenteral;
- Exposição a substâncias tóxicas (Phillips, 2013)

Em situações em que o potencial dador esteja sem dependência de prótese ventilatória, não acamado e normotérmico pelo menos 7 dias antes de declarado o estado de morte cerebral, é considerado para doar os órgãos (idem, 2013). A colheita será realizada por uma equipa especializada. Após a colheita, será transferido para a morgue do hospital e terá acesso aos cuidados reservados habitualmente à pessoa cadáver. Os órgãos colhidos são colocados em meios de preservação e enviados para as unidades hospitalares de destino.

1.6- O enfermeiro coordenador de transplante pulmonar:

A coordenação é definida como a atividade consciente de reunir e sincronizar diferentes esforços em contexto laboral de modo a promover o seu funcionamento harmonioso, atingindo os objetivos da organização⁷ (Haimann, Scott, & Connor, 1978). Coordenar é definido como *“organizar-se de forma metódica; estruturar, ordenar(-se); conjugar, concatenar, interligar; manter ou tornar sincrónico e harmonioso; ser responsável pelo andamento, pelo progresso de (setor, equipa, projeto); dirigir”* (Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, 2011, p. 664).

O trabalho em equipa partilha a noção de que todos os elementos da equipa multidisciplinar possuem objetivos comuns, trabalham em conjunto de forma interdependente e gerem as suas relações e papéis através das diferentes disciplinas envolvidas. Encontra-se então intimamente ligada às noções de comunicação, formação de equipas, liderança, gestão de recursos, priorização de trabalho e gestão de stress (Hamlin, Richardson-Tench, & Davies, 2010). Todos os profissionais, independentemente da sua função ou disciplina, têm como foco comum o bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados, estando diretamente relacionados com a performance individual e da equipa multidisciplinar.

⁷ *“Coordination is defined as the conscious activity to assemble and synchronize differentiated work efforts so that they function harmoniously in attaining an organizational goal”* (Haimann, Scott, & Connor, 1978)

O trabalho em equipa tem no seu foco central o processo de comunicação. Esta encontra-se associada ao aumento da qualidade dos cuidados prestados e ao garantir da segurança da pessoa doente, ao melhorar das relações entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e ao aumento da satisfação dos diferentes profissionais no local de trabalho (McIntosh, et al., 2013). As falhas de comunicação encontram-se relacionadas com o aumento de erros durante a prestação de cuidados, o que poderá levar a consequências devastadoras.

O enfermeiro, no seu papel de coordenador de transplante pulmonar, torna-se não só num gestor, mas também num verdadeiro líder. Deve possuir formação ou experiência específica no procedimento que se encontra a coordenar, o que lhe permite obter um profundo conhecimento, habilidades e experiência profissional para a orientação da prestação de cuidados, na gestão de recursos humanos e materiais, na gestão das relações humanas e na utilização do pensamento crítico no processo de tomada de decisão de modo a conseguir priorizar as diferentes intervenções. De acordo com Benner, a teoria é crucial para formular as perguntas certas a fazer numa situação clínica: a teoria orienta o profissional para procurar os problemas e antecipar as necessidades de cuidados. Afirma ainda que *“o conhecimento clínico de uma enfermeira é relevante ao ponto de a sua manifestação nas competências de enfermagem fazerem a diferença no cuidar e nos resultados do doente”* (Tomey & Alligood, 2002, p. 200).

A sua atuação encontra-se intimamente ligada com a construção e orientação de equipas de trabalho e com o próprio trabalho em equipa. Como responsável pela liderança da equipa, o enfermeiro coordenador de transplante pulmonar deverá:

- Atribuir tarefas claras a cada elemento da equipa;
- Rever e avaliar regularmente o progresso do trabalho;
- Assegurar a comunicação dos prazos limite;
- Motivar os restantes elementos da equipa;
- Resolver eventuais conflitos;
- Proporcionar orientação, se necessário;
- Ajudar os restantes membros na superação de obstáculos;
- Aferir a performance da equipa regularmente (World Health Organization, 2007).

Neste contexto, o enfermeiro coordenador de transplante pulmonar assegura que as etapas do processo decorrem sem intercorrências, toma decisões em momentos críticos e promove um entendimento comum.

2- ESTÁGIO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA:

O estágio de prática clínica foi realizado num BO com a área de especialidade em CCT de um hospital da região de Lisboa e no Gabinete de Coordenação de Colheita de Transplantação (GCCT) do referido centro hospitalar. Com este capítulo pretendemos dar a conhecer a realidade do serviço, nomeadamente a caracterização do espaço físico do BO, a sua missão ou filosofia de cuidados, a proveniência das pessoas a que aí recorrem, a caracterização dos principais elementos dentro da sala operatória e dos principais registos intraoperatórios realizados. Além disso, também será referida a área de atuação do GCCT e principais características do mesmo.

2.1- Estrutura física do BO:

O BO encontra-se inserido num serviço constituído pelas seguintes unidades funcionais:

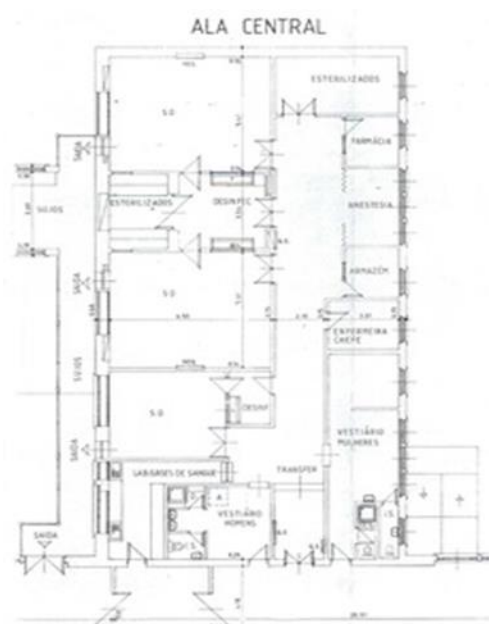


FIGURA 4 ESTRUTURA FÍSICA DO BO CCT

- Unidade de Cirurgia Torácica;
- Unidade de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios de adultos e pediátrica;
- Unidade de Cirurgia Cardíaca de Adultos;
- Unidade de Cirurgia de Cardíaca de Congénitos;
- Unidade de Transplantação;
- Consulta Externa de Cardiotorácica.

O BO é caracterizado por:

- Traçado retangular, de dupla entrada;
- Localizado no último piso de um dos 3 edifícios que constituem o hospital, em

comunicação através de um corredor isolado ao público com a Unidade de Cuidados Intensivos de adultos e pediátrica, próximo do serviço de internamento e da Unidade de Cuidados Intermédios;

- 3 salas operatórias, com salas de desinfeção anexas;
- Corredor duplo com isolamento de sujos;
- Circulação definida de pessoal, pessoas doentes e materiais, com zonas de acesso separadas e respeitando as regras de assepsia progressiva;
- Definição de áreas de circulação livre, semi-restrita e restrita.

Devemos ter em consideração que este BO se encontra inserido, tal como muitos dos hospitais da grande Lisboa, num edifício com características históricas. Antigos conventos adaptados para a função de unidades de prestação de cuidados de saúde, que têm sido alvo de intervenções de reestruturação ao longo dos anos, o que limita o acesso das pessoas doentes e dos seus familiares uma vez que os referidos acessos são muitas vezes localizados dentro da capital e em locais de difícil estacionamento.

A atividade do Bloco Operatório e a sua rentabilização depende muito da articulação com os serviços utilizadores do mesmo. Os serviços de apoio, tal como a imunohemoterapia, serviço de esterilização, serviço de aprovisionamento, farmácia, manutenção e rouparia também contribuem para a otimização da atividade cirúrgica.

Os serviços utilizadores do Bloco Operatório são os seguintes:

- Serviço de Cirurgia Cardiorácica;
- Serviço de Cardiologia Pediátrica;
- Serviço de Cardiologia;
- Serviço de Pneumologia;
- Serviço de Cirurgia Vascolar;
- Outros Hospitais (após referênciação).

Existem 3 salas operatórias que se destinam essencialmente a cirurgia programada. Duas das salas operatórias funcionam diariamente das 8:00h às 21:00h e a terceira sala operatória funciona diariamente das 8:00h às 15:00h. Após as 21:00h dos dias úteis e durante os fins-de-semana e feriados, fica destinada uma sala operatória para a cirurgia urgente. Sempre que a referida urgência ocorra durante o horário da cirurgia considerada programada, esta será realizada na primeira sala

operatória que fique livre ou de acordo com os critérios definidos pelo Diretor do BO em colaboração com o Coordenador de Anestesia e com o Enfermeiro Chefe do BO (CCT, 2010).

De modo a assegurar a escala de prevenção mensal são escalados 3 enfermeiros por dia que asseguram o funcionamento do BO das 21:00h às 08:00h dos dias úteis e das 08:00h às 08:00h dos fins-de-semana e feriados. Será o cirurgião do serviço o responsável por estabelecer o contacto com a equipa que se encontra de prevenção, devendo estes serem informados da intervenção prevista, de modo a que os cuidados e recursos a utilizar possam ser disponibilizados.

Existe ainda um Assistente Operacional (AO) escalado em regime de prevenção apenas para cirurgia urgente realizada das 00:00h às 24:00h de fins-de-semana e feriados (idem, 2010).

2.2- Missão do BO:

A missão do serviço onde o estágio foi realizado é o cuidar da pessoa doente adulto ou criança, do foro cardíaco e torácico, em contínua busca da excelência, desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar, com o fim de restabelecer ou conservar a sua saúde ou o bem-estar antes, durante e após a cirurgia (idem, 2010)

A sua função é a realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, bem como de exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos invasivos que requeiram um elevado nível de assepsia e/ou anestesia a pessoas doentes adultas ou pediátricas.

A sua missão poderá ser descrita como tratar a pessoa doente ao mais elevado nível de qualidade através de:

- Excelência técnica, científica e atualidade de meios;
- Eficiência no uso de recursos materiais e humanos;
- Segurança de cuidados;
- Ética, equidade e adequação centradas na pessoa doente;
- Satisfação da pessoa doente indo ao encontro das suas diversas expectativas;
- Gerar e disseminar conhecimentos na área de especialidade através de:

- Investigação aplicada;
 - Inovação de métodos e de técnicas;
 - Ensino e treino da especialidade.
- Dimensão ética e social do serviço na sociedade:
 - A verdade e a transparência como valores;
 - Preocupação com o bem-estar da equipa do serviço;
 - Atualização e valorização profissional do pessoal do serviço
 - Preocupação humanitária:
 - Cuidar do binómio “Pessoa Doente/Família”;
 - Estender cuidados a quem precisa: cirurgia humanitária (CCT, Missão do Serviço, 2009).

2.3- Referenciação da pessoa ao BO:

Várias são as proveniências das pessoas que são admitidas neste serviço. As formas mais frequentes de admissão são efetuadas através da urgência referenciada ou então através da Consulta Externa (CE).

As listas de espera para a CE são organizadas de modo a garantir o atendimento prioritário das pessoas de acordo com a sua situação clínica. A prestação do serviço encontra-se condicionada aos meios disponíveis, à discussão do caso clínico em equipa, das necessidades de saúde da população, entre outros. A faixa etária varia dos primeiros meses de vida até à pessoa idosa (média de idades entre os 80-90 anos), de ambos os sexos.

Após ter sido referenciado para o BO, a pessoa doente é internada e intervencionada. A sua saída do BO tem como destino habitual a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCI CCT), sendo acompanhado por toda a equipa do bloco até este local, onde existe a passagem de informações relacionadas com todo o ato cirúrgico. Após a sua estabilização clínica serão transferidos para a enfermaria de Cardiorácica.

2.4- Dentro da sala operatória:

Todas as salas operatórias são de utilização geral, sendo preferencialmente distribuídas consoante as necessidades de equipamentos e monitorização específicos (sala para cirurgia cardíaca pediátrica e sala de cirurgia torácica).

A equipa cirúrgica básica é constituída pelos seguintes elementos:

- Cirurgião e ajudantes;
- Anestesista;
- Técnico de Cardiopneumologia ou Perfusionista (em cirurgias que impliquem a utilização de CEC- circulação extracorporal);
- Enfermeiro Perioperatório de Anestesia, Circulante e Instrumentista;
- AO.

Existem diariamente 3 enfermeiros por sala operatória que desempenham as funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. O ambiente dentro da sala operatória é de entajuda entre os profissionais. A distribuição de funções é realizada pela enfermeira chefe ou enfermeira responsável de serviço, estando todos os enfermeiros do BO habilitados a desempenhar as funções inerentes ao enfermeiro perioperatório. Sempre que possível, existe um enfermeiro de apoio a todas as salas operatórias. É utilizado o sistema informático S-Clinic para registo das diferentes informações relativas à cirurgia, no entanto, este programa informático ainda não possui um módulo independente e característico para os registos intraoperatórios, encontrando-se ainda em desenvolvimento. A linguagem dos registos efetuados pelos serviços de internamento, independentemente da especialidade clínica, é a linguagem CIPE.

2.5- Registos intraoperatórios:

Vários são os registos realizados no período intraoperatório, mas, a nível da atuação do enfermeiro perioperatório, poderemos salientar:

The image shows two complex medical forms used for intraoperative registration. The left form, titled 'REGISTO OPERATÓRIO', includes sections for patient consent (CONSENTIDO/DESACORDADO/INCONSCIENTE), anesthesia (ANESTESIA), and surgical details (Cirurgia). The right form, titled 'N.º REG. OPER.', includes sections for anesthesia (ANESTESIA), surgical instruments (INSTRUMENTOS), and patient monitoring (CONTROLOS). Both forms contain numerous checkboxes, text boxes, and tables for recording data.

FIGURA 5 REGISTOS ENFERMAGEM BO CCT

- Registo de visita pré-operatória (colocado em livro próprio);
- Folha de registo de enfermagem intraoperatória;
- Registo de traçabilidade da esterilização de instrumental;
- Registo de administração de sangue e derivados;
- Registos online no sistema informático S-Clinic.

2.6- O Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação (GCCT):

O GCCT faz parte da estrutura da Coordenação Nacional da Transplantação que é uma das unidades do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) e da Rede Nacional de Colheita e Transplantação (RNCT), da qual fazem parte igualmente os Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD).

Os GCCT são estruturas autónomas que possuem uma equipa multidisciplinar de profissionais com experiência prévia e formação específica na área da coordenação de colheita e

transplantação e que funcionam permanentemente, 24 horas por dia e 365 dias por ano, em regime de presença física de segunda a sexta-feira das 9:00h às 16:00h, ficando em regime de prevenção durante o restante período de acordo com uma escala de coordenadores de colheita e transplantação, o que assegura uma resposta imediata e eficaz após a referência de um potencial dador por parte de qualquer hospital (IPST, 2018).

Em território nacional existem 5 GCCT que coordenam, dinamizam, regulam, normalizam, controlam e fiscalizam toda a atividade de colheita e de transplantação de órgãos, tecidos e células nas instituições de saúde, públicas ou privadas, da sua área de referência, com eventual extensão a nível nacional e internacional. De acordo com a Portaria nº357/2008 de 9 de maio, publicada em Diário da República, 1ª série, várias são as competências dos diferentes GCCT, mas salientamos as seguintes:

- Articularem-se com os restantes GCCT, com as unidades de colheita e transplantação e CHD, de modo a agilizar a atuação de todos, garantindo a atempada colheita e transplante de órgãos, tecidos e células;
- Consultar o RENNDA, verificando a existência ou não de restrições e oposições à doação;
- Avaliar potenciais dadores sinalizados tendo em conta a qualidade, segurança e transparência de todos os procedimentos, usando de todos os conhecimentos científicos disponíveis de modo a conseguir aumentar o número de órgãos para transplantação;
- Articular-se com as diferentes equipas de colheita e transplantação locais, proporcionando-lhes toda a colaboração necessária;
- Distribuir os órgãos disponíveis pelas unidades de transplante em conformidade com as normas em vigor;
- Proceder a todos os registos necessários de modo a garantir a rastreabilidade, qualidade, segurança e transparência de todo o procedimento (Portaria nº357/2008 de 9 de maio, 2008)

É o GCCT que faz a ligação com o CHD e aceita o dador, procedendo à articulação com as diferentes equipas que participam na colheita de órgãos e tecidos, desencadeando todos os processos logísticos necessários. Após a realização da colheita e do transplante, é também o GCCT que, de modo a assegurar a rastreabilidade, a transparência, a responsabilização e o acesso aos dados, efetua o preenchimento de diferente informação no Registo Português de Transplantação (RPT).

É através do RPT que são efetuados os registos dos dados relativos às atividades das unidades de colheita e transplantação (número de dadores, tipo e quantidade de órgãos que foram colhidos e transplantados ou descartados, notificação de incidentes e reações adversas, gestão da lista de espera de candidatos a transplantação, seleção do par dador/recetor e respetiva rastreabilidade), de acordo com o disposto em matéria de proteção de dados pessoais e segredo estatístico (Lei nº36/2013, 2013). Esta aplicação foi desenvolvida pelo ISPT-IP e tem como função a divulgação da avaliação do potencial dador para toda a RNCT. Ao ser introduzida a avaliação do potencial dador na aplicação RPT, esta gera um código único, alfanumérico, que passa a identificar o dador. Através da utilização deste código alfanumérico consegue-se proteger a confidencialidade do ato e a identificação do potencial dador, além de ser um garante da rastreabilidade.

Estes registos terão de ser arquivados e mantidos em bom estado de conservação durante pelo menos 30 anos e, com a utilização do RPT, esses mesmos registos são mantidos em formato eletrónico.

É no GCCT que estão concentrados muitos dos equipamentos e fármacos utilizados pelas diferentes equipas de colheita de órgãos. Anexa ao GCCT existe uma sala onde existem diferentes soluções de conservação de órgãos, armazenadas em frigorífico, alguns materiais específicos do transplante, tablets para consulta ao RENNDA e ao RPT, arcas frigoríficas próprias para transporte dos diferentes órgãos e tecidos colhidos, além de etiquetas e formulários próprios para identificação e codificação dos diferentes órgãos e tecidos colhidos. É também aqui que são armazenadas em equipamentos de frio próprios as córneas colhidas em dador em coração parado e em dador falecido em morte cerebral. Após o cumprimento de todo o processo de avaliação da sua qualidade são atribuídas à unidade de aplicação do centro hospitalar em questão.

As diferentes equipas envolvidas no processo de colheita têm assim um ponto central onde existe todo o apoio material e humano necessário ao procedimento, facilitando a sua atuação em campo.

3- TRABALHO DE PROJETO:

A metodologia de trabalho de projeto possui na sua essência um problema que carece de ser resolvido, através do qual se vão adquirindo igualmente capacidades e competências para resolução do mesmo.

É definido como *“conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”* (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010, p. 3). Tem como principal finalidade a resposta a problemas encontrados em contexto de prática diária, através da utilização de pesquisa, planificação e intervenção. É, assim, uma ponte que se forma entre o real e o concetual.

De acordo com Ruivo, Ferrito, Nunes & al, a metodologia de trabalho de projeto envolve seis (6) etapas distintas, centradas na resolução de um problema que tenha sido identificado na realidade da prática clínica, através da implementação de diferentes estratégias e intervenções, promotoras de uma prática baseada na evidência:

- **Concetualização da metodologia de projeto:** trata-se dos fundamentos teóricos que apoiam a resolução da problemática identificada (é traduzida pelo ponto 1- Enquadramento Concetual). Utiliza variados recursos de modo a explorar o futuro e compreendê-lo, constituindo assim um plano de trabalho organizado que tem como objetivo resolver ou estudar um problema que preocupa os intervenientes;
- **Diagnóstico de Situação:** tem como objetivo principal a elaboração de um modelo baseado na realidade que se pretende abordar. Envolve uma análise das necessidades sentidas de maneira a conseguir delimitar estratégias e atividades, rentabilizando os diferentes recursos disponíveis e promovendo não só o trabalho em equipa, como a capacidade, autonomia e motivação;
- **Definição de Objetivos:** devendo incluir diferentes níveis que variam do mais geral para o específico, são antecipações das diferentes ações que se irão realizar. Deve ter em consideração os diferentes conhecimentos e capacidades que se pretendem

adquirir ao longo da execução do projeto. Os objetivos devem ter como características principais o serem claros, de linguagem precisa e concisa, em número reduzido, realizáveis e mensuráveis;

- **Planeamento:** nesta fase realiza-se o esboço do projeto, de acordo com o levantamento de recursos e após a identificação das limitações inerentes ao projeto em si. Definem-se as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa e o cronograma;
- **Execução e Avaliação:** concretiza-se o que foi inicialmente planeado, tornando-se real o que anteriormente constituía um esboço. Possibilita a oportunidade de colocar em prática os princípios orientadores do projeto. É neste momento que são colhidos os dados na realidade a estudar. A avaliação está presente em permanência ao longo de todas as fases do projeto e permite auferir a pertinência das ações e atividades planeadas, dos objetivos traçados e da análise da situação;
- **Divulgação de Resultados:** fazendo parte do projeto, deve ser planeada tendo em conta o público-alvo. Favorece o retorno de informação, fomenta a partilha de experiências, assegurando o conhecimento externo do projeto e proporcionando a discussão de diferentes maneiras de resolução da problemática inicialmente identificada. Pode tomar a forma de reuniões de informação, póster, folheto, artigos em publicações científicas, conferências ou apresentações em congressos e seminários, entre outras.

3.1- Diagnóstico de Situação:

No estágio em prática clínica, constatámos a existência de múltiplas situações das quais não tínhamos experiência profissional anterior ou outra. Uma dessas situações prendeu-se com o desconhecimento acerca da dinâmica do transplante pulmonar e, simultaneamente, acerca do papel do enfermeiro coordenador do transplante pulmonar.

Após a realização de diversas reuniões entre a enfermeira orientadora e a docente orientadora, foram referidas diferentes situações relacionadas com o acesso da pessoa doente e família e/ou pessoa significativa ao hospital onde é realizado o transplante no dia em que são contactados para a realização do mesmo, nomeadamente dificuldades na sua localização,

dificuldades no agendamento de transporte e existência de mal-entendidos nas informações que são prestadas ao longo do tempo. O stress inerente a toda a situação condiciona a informação apreendida pela pessoa e, nem sempre, toda a informação rececionada é entendida.

Também a comunicação existente dentro da equipa durante o período que antecede o transplante pulmonar foi abordada, tal como algumas das dificuldades sentidas ao longo do processo. Foi identificado como ponto comum a todas estas situações a figura do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar e, o relevo que o mesmo desempenha no manter os diferentes canais comunicativos abertos, sendo um ponto de referência e concentrando em si a transmissão de informação aos diferentes intervenientes (pessoa, família e/ou pessoa significativa, equipa multidisciplinar).

Foi a nós manifestado que nem sempre esta figura é conhecida ou entendida pelos diferentes intervenientes. Assim, e de modo a poder ir ao encontro desta solicitação, pretendemos dar a conhecer a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar e conferir-lhe o relevo merecido. Sendo autênticos líderes clínicos, são especialistas na sua área de atuação e constituem quem, em determinadas situações, é o modelo de atuação, atuando como elemento motivacional e exemplo de crenças e valores sobre a Enfermagem Perioperatória e o cuidar na sua prática diária. Assim, foi identificada como problemática o desconhecimento geral não só da figura do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar, como de todo o processo inerente à coordenação deste procedimento.

O diagnóstico de situação tem como objetivo principal a elaboração de um mapa cognitivo relativamente à identificação de uma situação que seja encarada como problemática e cuja finalidade seja o promover a mudança (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010)

Ao ser efetuada a pergunta de investigação “*Qual a relevância do enfermeiro coordenador no transplante pulmonar*”, foi realizada uma revisão da literatura, suportada por uma pesquisa na plataforma *B-on* e na base de dados *PubMed* com os *MeSH terms* **Team Coordination, Organ Transplant, Leadership** e **Nursing**. Além disso, procedemos igualmente a uma pesquisa bibliográfica através da utilização de livros, artigos variados, procedimentos setoriais da instituição e experiências

vividas em contexto de estágio. Assim, além da realização de um estágio de observação no GCCT e de assistir a um momento de coordenação por parte do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar, procurámos encontrar evidência científica do papel do enfermeiro coordenador do transplante pulmonar, de que modo a sua atuação influencia os resultados a nível da qualidade e da segurança do procedimento.

Foi efetuada uma pesquisa na plataforma *B-on* onde se encontraram 2293 artigos em texto integral, sendo que publicados nos últimos 5 anos constituem 670 artigos. Destes, 668 são escritos em inglês e, após remoção de artigos duplicados, fica-se com 433 artigos. Após a leitura do título dos referidos artigos foi possível chegar á conclusão de que apenas 14 artigos se poderiam relacionar com a temática a desenvolver. Desses 14 artigos e após leitura do *abstract* foi possível apurar 5 artigos, dos quais 3 são provenientes de fontes secundárias e os restantes 2 abordam a temática da liderança, tal como foi exemplificado na tabela 5. Após análise dos mesmos, foram utilizados apenas os que faziam menção à abordagem multidisciplinar, trabalho em equipa e importância da comunicação ao longo de todo o procedimento. A pesquisa efetuada posteriormente à restante literatura, teve como objetivo proporcionar uma visão mais abrangente de todo o processo que antecede o transplante pulmonar.

Pesquisa na B-on a 17/01/2019 com os *MeSH terms* Team Coordination, Organ Transplant, Leadership e Nursing

•2293 artigos

Data de publicação entre 2013 e 2018

•670 artigos

Idioma de origem em língua inglesa ou portuguesa

•668 artigos

Leitura dos títulos e eliminação dos que podem não corresponder à temática

•14 artigos

Leitura do abstract e eliminação dos que não respondem à temática

•5 artigos (3 de fontes secundárias e 2 de fontes primárias mas que apenas abordam a temática da liderança)

TABELA 5 FLUXOGRAMA DE PESQUISA NA PLATAFORMA B-ON

1. *“Meet the Matchmakers: Using an Inter professional Panel Approach to Educate Nursing Students about the Care and Management of Patients Undergoing Organ Transplantation”* (McCormick & Zhang, 2018): fonte secundária;
2. *“Perceptions of Interprofessional collaborative practice and patient/ family satisfaction”* (Fisher, Weyant, Sterrett, Ambrose, & Apfel, 2017);
3. *“A descriptive Account of an Inter-Professional Collaborative Leadership Project”* (MacPhee, Chang, Havaei, & Chou, 2014);
4. *“5 Keys to a Successful Organ Transplantation Program”* (Ponte, 2016): fonte secundária;
5. *“A new mindset for Quality and Safety: The QSEN Competencies Redefine Nurses’ Roles in Practice”* (Sherwood & Zomorodi, 2014): fonte secundária.

Quanto à pesquisa efetuada na base de dados *PubMed*, não foram encontrados resultados com os *MeSh terms* utilizados.

É no diagnóstico de situação que se toma consciência da problemática a abordar, proporcionando uma abordagem de pesquisa de modo a poder-se compreender o real. Para que tal aconteça, torna-se necessário o estabelecimento de objetivos a atingir durante a investigação (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010).

O que pudemos verificar após a análise destes artigos é que, apesar de se encontrarem dentro da temática da liderança, da gestão da equipa multidisciplinar e da transplantação, não respondem aos objetivos inicialmente propostos e à questão inicialmente formulada.

Apenas um (1) artigo focou, de um modo breve, a temática da liderança e gestão da equipa multidisciplinar no transplante, neste caso, renal. Foram apontados cinco (5) pontos chave para a otimização de um programa de transplante, que passamos a enumerar:

1. **Criação de um circuito eficiente:** a existência de um líder proporciona o estabelecimento de relações interpessoais e a construção de pontes relacionais entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e dos diferentes departamentos envolvidos nos cuidados à pessoa doente, aumentando a eficácia e a eficiência do circuito necessário até ao transplante;
2. **Redefinir as experiências da pessoa doente:** aumentando a qualidade dos cuidados e otimizando a comunicação entre equipa multidisciplinar e pessoa doente e/ou pessoa significativa, conseguem-se gerir as expectativas relacionadas com o período de espera do transplante;
3. **Gestão das listas de espera:** o conhecimento aprofundado do funcionamento da alocação de órgãos e dos diferentes critérios de inclusão nas listas de espera para transplante permitem uma otimização das mesmas;
4. **Aposta na doação:** possuir uma equipa multidisciplinar capaz de se deslocar a diferentes pontos do país de modo a aumentar o número de doações de órgãos permite também aumentar a eficiência do programa de transplante;
5. **Proporcionar cuidados holísticos, coordenados e a longo-prazo:** uma pessoa doente não é apenas um recetáculo para um órgão. Possui uma série de diferentes necessidades físicas, psíquicas e sociais que podem não ser totalmente satisfeitas com

a doação de um órgão. Uma pessoa doente que se sente apoiada a diferentes níveis tem maior probabilidade de escolher determinado centro de transplantação (Ponte, 2016).

Este artigo, encontrando-se relacionado com uma outra realidade que não a portuguesa, consegue dar uma imagem fiável das preocupações que, a nível da gestão dos programas de transplantação, poderão existir. No entanto, dando importância ao papel desempenhado pelo líder, em momento nenhum se encontra contemplado a figura do enfermeiro coordenador de transplante, nomeadamente o pulmonar. A importância que a liderança desempenha na tomada de decisão durante o transplante é demonstrada no artigo *“Meet the Matchmakers: Using an Inter professional Panel Approach to Educate Nursing Students about the Care and Management of Patients Undergoing Organ Transplantation”*, descrevendo o modo como estes profissionais desempenham as suas funções e proporcionado, de um modo eficaz, a obtenção do par ideal pessoa dadora- pessoa recetora, promovendo o minimizar de eventos adversos e lidando com as diferentes necessidades demonstradas pela pessoa doente nos momentos que antecedem o transplante (McCormick & Zhang, 2018).

A transplantação pulmonar, talvez por ser tão restrita a determinados centros, não foi abordada em nenhum dos artigos e, de modo direto, nunca é relacionado o conceito de liderança, enfermeiro coordenador e transplante. Um elemento comum foi, no entanto, a importância da manutenção de um ambiente seguro, da prevenção de erros nos cuidados de saúde e durante as diferentes interações existentes entre os elementos da equipa multidisciplinar. O enfermeiro perioperatório é a última “linha de defesa” que, desempenhando um papel importante na coordenação das diferentes especialidades envolvidas, constitui uma presença constante e comum na prestação de cuidados à pessoa doente (Sherwood & Zomorodi, 2014).

O desenvolvimento de competências na área da segurança e da qualidade de cuidados constituem o reflexo de uma liderança e de uma colaboração interdisciplinar que têm por base:

- Cuidados centrados na pessoa doente;
- Trabalho em equipa;

- Prática baseada na evidência;
- Medidas de melhoria contínua;
- Preocupação com a segurança da pessoa doente e dos elementos da equipa multidisciplinar;
- Utilização de informação e tecnologia adequadas (idem, 2014)

Os restantes artigos demonstram a relação existente entre a liderança dos diferentes ambientes onde são prestados os cuidados de saúde e a satisfação da pessoa doente e família e/ou pessoa significativa, uma vez que num ambiente cada vez mais complexo e apresentando diferentes co-morbilidades, a pessoa doente se apresenta como um desafio cada vez maior para as equipas multidisciplinares (Fisher, Weyant, Sterrett, Ambrose, & Apfel, 2017). É cada vez mais notória a necessidade de criar uma nova cultura no sistema de saúde que aplique a confiança, a vontade de participar no processo de decisão e a inclusão da própria pessoa doente e da sua família e/ou pessoa significativa na discussão e decisão dos seus cuidados (MacPhee, Chang, Havaei, & Chou, 2014).

3.2- Definição de objetivos:

Após análise dos artigos resultantes da pesquisa na *B-on* e a ausência de resultados na *PubMed*, foi possível concluir de que não existe informação disponível sobre o enfermeiro coordenador de transplante pulmonar. Apesar da área da transplantação ser amplamente documentada, o papel do enfermeiro coordenador durante este período não se encontra contemplado.

Após esta análise temos como objetivos:

- Identificar a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na liderança e gestão da equipa multidisciplinar.
- Descrever o processo que envolve a coordenação de enfermagem durante a fase pré-transplante pulmonar, com foco nos momentos críticos de tomada de decisão por parte do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar;

- Fundamentar o relevo do papel do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar não só como elemento da equipa multidisciplinar, mas como fator de desenvolvimento da Enfermagem Perioperatória.

3.3- Planeamento:

É durante a fase do planeamento que se consegue antever o final do projeto que foi inicialmente proposto, resultando num compromisso entre os objetivos inicialmente propostos e os recursos existentes (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010).

Para que os objetivos anteriormente propostos fossem alcançados, foram desenvolvidas uma série de atividades tendo em conta os recursos disponíveis. Foi também considerada a calendarização das mesmas atividades a desenvolver, definindo igualmente recursos materiais e humanos necessários. Foi elaborado um planeamento de atividades a desenvolver (Apêndice I).

Foram definidas diferentes estratégias de acordo com os meios disponíveis. Tendo sido inicialmente proposto a realização de entrevistas aos diferentes enfermeiros coordenadores de transplante pulmonar, foi estruturado um guião de entrevista de modo a poder dar resposta aos objetivos geral e específicos inicialmente propostos. Desse modo, identificámos as seguintes questões:

- Como são identificados os enfermeiros coordenadores de transplante pulmonar e quais são as características fundamentais dos mesmos?
- Como se desenvolve a coordenação do transplante pulmonar pelo enfermeiro coordenador?
- Que informação é considerada essencial para transmitir à equipa multidisciplinar?
- Quais são os principais desafios com que se deparam os enfermeiros com a função de coordenação de transplante pulmonar na sua prática diária?

Foi então por nós planeada a realização de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo de modo a conseguirmos dar resposta às questões inicialmente identificadas, realizado o levantamento dos recursos necessários ao atingir dos objetivos anteriormente propostos, além de

serem identificadas as eventuais limitações ao projeto (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010). Foram também consideradas diferentes estratégias e meios disponíveis de modo a poder atingir o resultado esperado, no caso de nos depararmos com algumas limitações.

Trata-se de uma fase dinâmica na sua essência, uma vez que acompanha toda a realização do projeto.

3.4- Execução:

É durante a execução do projeto que se coloca em prática todas as atividades que anteriormente foram planeadas de modo a poder atingir os resultados esperados. No entanto, é também nesta altura que se verificam o surgir de constrangimentos ao anteriormente planeado e, se fazem ajustes ou alterações ao projeto inicial de modo a conseguir não comprometer o objetivo final (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010).

Para podermos descrever o processo que envolve a coordenação de enfermagem durante o transplante pulmonar e fundamentar o relevo do enfermeiro coordenador, procurámos inicialmente realizar uma revisão de literatura nas principais bases de dados. Os resultados evidenciaram a lacuna existente na documentação desta atividade por parte do enfermeiro perioperatório, o que demonstra a relevância do estudo desta temática. Grande parte da documentação que serviu de suporte à pesquisa bibliográfica realizada teve origem em procedimentos setoriais e, a nível geral, em observações realizadas durante a realização da colheita de órgãos e durante o transplante pulmonar. A presença e acompanhamento direto durante a realização destas atividades permitiu uma maior compreensão desta função. Para isso contribuiu a autorização, pelo serviço, de integrar a equipa multidisciplinar que se deslocou para efetuar a colheita e a mobilização de recursos para, a nível pessoal, conseguirmos a disponibilidade para nos dedicarmos a esta atividade.

Tal como foi referido anteriormente, durante a fase do planeamento propusemo-nos a realizar entrevistas aos diferentes enfermeiros coordenadores de transplante pulmonar. Esta foi a principal limitação encontrada.

A comissão de ética reúne-se uma vez por mês, mas tendo em conta que a prática clínica decorreu num período de época festiva, esse intervalo aumentou. Foi submetido o pedido à referida comissão que solicitou esclarecimentos relativamente à garantia de anonimato dos intervenientes e autorizações administrativas. Esse pedido teria de ser novamente submetidos à comissão para aprovação. No entanto, tendo em conta o intervalo temporal, e como já não possuíamos tempo útil para a realização das entrevistas, optámos por abandonar este método de colheita de dados.

“Caso ocorram alterações ao planeado, estas devem ser estudadas e deverão ser colocadas em prática medidas de recuperação para que os objetivos do projeto não se encontrem comprometidos” (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010, p. 23). Ao ser impossível realizar as entrevistas em tempo útil, a principal técnica utilizada para a colheita de dados foi então a observação direta ou “desarmada”⁸, sendo efetuado o registo das atuações e comportamentos que se consideraram pertinentes em formato de papel, e sob a forma de anotações livres (registos de acontecimentos ou *events records*), que serviram posteriormente para complementar toda a informação anteriormente recolhida, além da consulta de diferentes documentos do serviço, o que possibilitou a resposta às questões por nós inicialmente efetuadas. A observação constitui a chave para o conhecimento, tendo como finalidade o conhecimento e a compreensão da realidade (Fortin, 2000). Fica, no entanto, como sugestão futura para aprofundamento do trabalho aqui iniciado a realização das entrevistas aos diferentes enfermeiros coordenadores de transplante pulmonar.

3.5- Divulgação e Avaliação de Resultados:

A avaliação do projeto encontra-se permanentemente presente. Permite que seja feita uma retrospectiva e uma redefinição da análise da situação, o que proporciona uma reestruturação dos objetivos, meios e resultados esperados. *“(...) a avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência*

⁸ De acordo com Fortin, quando existe interesse em investigar o comportamento dos indivíduos existem duas opções distintas: o pedido ao sujeito do estudo para descrever a sua atuação em determinada situação ou momento, através da utilização da entrevista, ou a observação direta do que os sujeitos fazem através da observação direta da situação em causa. *“A observação direta visa descrever os componentes de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos, etc) a fim de extrair tipologias desta, ou ainda identificar o sentido da situação social por meio da observação participante”* (Fortin, 2000, p. 241)

(gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)” (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010, p. 24).

Foi com satisfação que observámos e refletimos acerca do papel do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar. Numa sociedade onde, por vezes, as intervenções de Enfermagem Perioperatória se desenvolvem nos bastidores, torna-se importante dar uma maior visibilidade aos profissionais que gerem toda a equipa multidisciplinar e que agilizam a deslocação dos potenciais recetores, situação essa que carece de divulgação e de valorização profissional. Tal função revela-se ser de importância fundamental para o sucesso do procedimento, uma vez que implica a comunicação e coordenação de diferentes profissionais que necessitam de estar em constante equilíbrio. Na prestação de cuidados, a equipa multidisciplinar deverá, em conjunto, participar na definição de objetivos, definir estratégias para os implementar e avaliar a sua eficácia.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 18). Os enfermeiros coordenadores de transplante pulmonar ao utilizarem diferentes metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, contribuem para uma política de segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente numa situação tão delicada como é a de dador e de recetor de transplante. No seu papel de líderes e simultaneamente gestores, permitem que a profissão de enfermagem e especificamente a Enfermagem Perioperatória se desenvolva. As mudanças constantes no sistema de saúde implicam que sejamos capazes de acolher a dinâmica da mudança, conseguindo criar objetivos tangíveis e motivadores. Através da criação de condições que permitam à equipa de enfermagem atingir o seu potencial máximo, criando alguma resiliência organizacional durante os períodos de aumento de trabalho, a liderança em enfermagem poderá ter um impacto positivo no resultado espectável da pessoa doente (Maxwell, 2017).

Sabendo que o foco da investigação em enfermagem se traduz pelo estudo de fenómenos que conduzem ao crescimento do corpo de conhecimentos inerentes à própria profissão, a divulgação dos resultados obtidos desempenha assim uma importante função. Dá a conhecer a pertinência do próprio projeto, além de todo o percurso que foi efetuado de modo a ser resolvido

determinado problema previamente identificado (Ruivo, Ferrito, Nunes, & al, 2010). Esta divulgação proporciona não só o desenvolvimento dos diferentes profissionais com interesse na temática abordada, o aumento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente e a visibilidade da profissão, nomeadamente da Enfermagem Perioperatória.

Vários são os modos utilizados para divulgar os diferentes resultados obtidos com recurso à investigação. As divulgações dos resultados obtidos com este projeto foram efetuadas através da redação do presente relatório de estágio, da produção de um artigo científico (Apêndice II) e da apresentação de uma comunicação oral (Apêndice III) no “Congresso de Enfermagem Perioperatória: Da evidência à prática dos cuidados” realizado no dia 25 de janeiro de 2019.

3.5.1- O procedimento de Coordenação do Transplante Pulmonar:

O procedimento de Coordenação do Transplante Pulmonar é realizado por um enfermeiro coordenador e pôde ser vivenciado por nós. As descrições feitas baseiam-se não só na revisão de literatura efetuada anteriormente, mas são igualmente resultado de toda a experiência vivida como observadores ao longo da realização de um transplante pulmonar.

Em Portugal, apenas existe um Programa de Transplantação Pulmonar. Todos os pulmões são oferecidos a esta unidade hospitalar e, em caso de não aceitação, são oferecidos a Espanha (IPST, 2019).

É o enfermeiro coordenador de transplante que recebe em primeira mão a informação do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação da potencial existência de um órgão e, após este contacto, desencadeia toda a cadeia que constitui o procedimento de colheita e transplantação (CHLC, 2015). Gere,

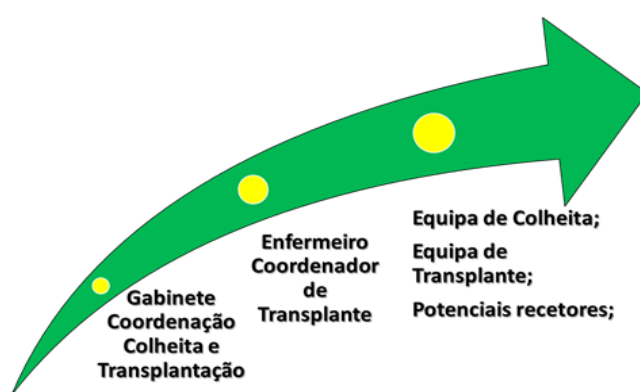


FIGURA 6 FLUXOGRAMA DE INFORMAÇÃO (CHLC, 2015)

ainda, toda a equipa multidisciplinar, agilizando a deslocação dos potenciais recetores até ao centro

hospitalar onde será realizado o transplante pulmonar. Tal função revela-se ser de importância fundamental para o sucesso do procedimento, uma vez que implica a comunicação e coordenação de diferentes profissionais que necessitam de estar em constante equilíbrio.

Foi observado durante o período de prática clínica a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar. Quando existe um potencial dador, essa informação é comunicada ao GCCT local, que determina a existência ou não de potenciais recetores no centro a que pertence, fornece informação relativa ao perfil e avaliação do potencial dador e assegura-se de que estão reunidas todas as condições para se poder avançar com a colheita.

É consultado o RENNDA de modo a poder ser confirmado a existência de oposições ou restrições à dádiva e avaliadas as potencialidades de doação através da consulta do RPT. Assim que estas informações sejam reunidas, o GCCT entra em contato ou com as equipas locais de coordenação de transplante ou envia a comunicação a nível nacional para os restantes GCCT de modo a aferir a existência de potenciais candidatos a transplante (IPST, 2019). Assim que existam potenciais recetores, entra-se em contato com o enfermeiro coordenador do transplante que, por sua vez, entra em contato com o médico responsável da pneumologia de modo a poder ter a informação dos potenciais recetores. De seguida, contacta potenciais recetores e providencia transporte para o hospital, no caso de os mesmos não possuírem ou estarem impossibilitados de utilizar transporte próprio (CHLC, 2015).

No caso em questão, a indicação do GCCT de que existia um potencial dador foi feita já durante a noite, tendo sido indicado que a hora de saída provável para colheita seria dali a cerca de cinco (5) horas. Não se tratando de uma colheita a efetuar dentro da região geográfica do GCCT, foi necessário ativar a Força Aérea Portuguesa para transporte da equipa.

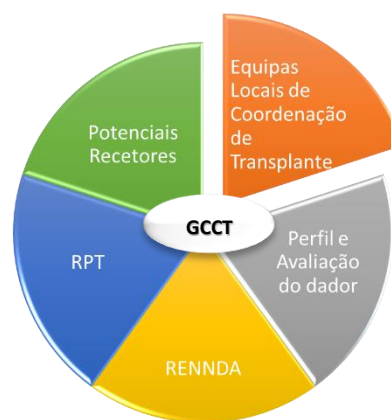


FIGURA 7 ÁREAS DE ATUAÇÃO DO GCCT

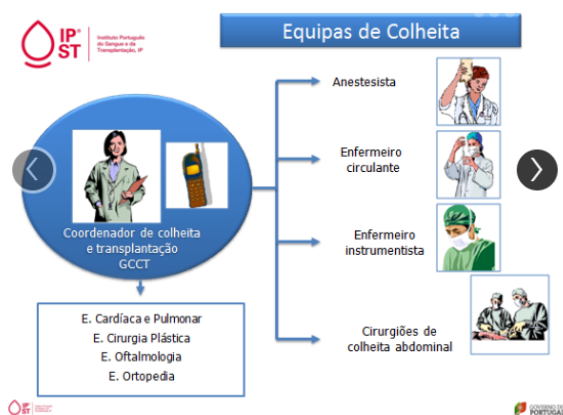


FIGURA 8 AS EQUIPAS DE COLHEITA (IPST, 2019)

constituída pelo enfermeiro da colheita e por uma equipa de dois (2) cirurgiões da especialidade. Consoante os órgãos a colher, assim foram reunidas as diferentes equipas de colheita (órgãos torácicos, órgãos abdominais, tecidos). Desde o momento em que existiu a ativação da equipa de colheita, existiu também ativação da equipa que iria realizar o transplante.

A hora da colheita foi determinada em conjunto com o GCCT e o enfermeiro coordenador. Além disso, após contato com o diretor do serviço (que designou a equipa cirúrgica para a colheita e transplante), a diretora do serviço de anestesia (informou qual a anestesista de acordo com escala de urgência que iria participar no transplante), a responsável pelo BO (selecionou o enfermeiro para a colheita) e o responsável pela UCI CCT (para o informar da hipótese de existir um transplante e efetuarem as devidas diligências para prepararem o serviço).

Durante este período, foram também contactadas as potenciais pessoas recetores e, no conjunto de informações disponibilizadas, foi assegurado pelo enfermeiro coordenador de transplante pulmonar a existência de jejum de seis (6) horas, qual a unidade de internamento onde se deveriam dirigir, além de ter sido reforçada a ideia da urgência em chegar à instituição hospitalar. Durante todo o tempo em que decorreu a colheita do órgão, o enfermeiro coordenador manteve-se informado do estado da deslocação das pessoas recetoras e da previsão da hora de chegada ao hospital.

Todos os contatos com a equipa de colheita, transportes, equipa interveniente no transplante (cirurgiões, anestesista, enfermeiros, perfusionistas, AO) foram efetuados pelo

enfermeiro coordenador que teve, também, a responsabilidade, de os informar caso existisse alguma alteração nas horas previstas. Assim que foi conhecido qual foi o recetor do órgão, as restantes pessoas doentes puderam regressar a casa e foi também o enfermeiro coordenador que providenciou esse regresso (CHLC, 2015).

Entretanto, o GCCT informou sobre a hora prevista do *cross match* e da colheita. O resultado do *cross-match*⁹ dita a saída da equipa multidisciplinar. A entrada no aeroporto carece de identificação prévia de todos os intervenientes da colheita, do motorista e da matrícula da viatura onde seguem. À chegada ao aeroporto de destino estava a aguardar uma viatura do INEM de modo a providenciar um transporte o mais rápido possível até à unidade hospitalar onde se iria realizar a colheita.

Chegando à unidade hospitalar de destino tem-se o primeiro contacto com o dador. É realizada fibroscopia intraoperatória para validar o estado dos pulmões e avança-se para o processo de colheita. É efetuada igualmente colheita de sangue para o banco de sangue, de modo a poder despistar eventuais problemas com o órgão.

Foi também informada a equipa que vai realizar o transplante pulmonar de que podem avançar com o recetor para o BO. Após a confirmação da viabilidade do órgão, e de modo a reduzir o tempo de isquemia fria, enquanto se realizou a colheita foi também preparado o recetor para o transplante (anestesia e exposição cirúrgica). Quando se retirou o órgão, passou-se para a *back table* de modo a poder preparar o mesmo para o transporte, tendo o cuidado de isolar e identificar cada um dos pulmões com um código específico).

Simultaneamente foi realizado o registo no RPT sobre que órgãos foram doados, qual o estado dos mesmos e respetiva codificação. Cerca de duas (2) horas depois, realizou-se a saída da unidade

⁹ **cross-match:** exame que permite perceber se existe ou não compatibilidade entre o dador e o potencial recetor, identificando os potenciais recetores que possuem maior probabilidade de desenvolvimento de uma rejeição vascular aguda. Se o cross-match tiver um resultado negativo significa que não existe o risco de rejeição do órgão nas primeiras horas pós-transplante (Mulley & Kanellis, 2010)

hospitalar e preparou-se o regresso ao hospital de origem. Foi avisada a equipa multidisciplinar da hora prevista de chegada e o GCCT.

Em relação aos restantes órgãos, estes foram distribuídos pelas restantes equipas de colheita e, por intermédio da PSP, encaminhados para outras unidades hospitalares. Após a chegada ao hospital onde se iria realizar o transplante, os órgãos foram entregues à equipa cirúrgica que, entretanto, tinha já otimizado o recetor e se encontrava pronto para a implantação dos órgãos.

Durante a colheita, o enfermeiro coordenador solicita ao enfermeiro da colheita várias informações relacionadas com horas de chegada ao destino e ao hospital de colheita, hora de entrada do dador no BO (que irá corresponder à hora de entrada do recetor no BO), hora de início da cirurgia, características do órgão (poderá ser o suficiente para inviabilizar o transplante), hora de clampagem da aorta, hora de saída do hospital dador e hora prevista de chegada ao hospital recetor (CHLC, 2015). O principal objetivo é permanecer o mais informado possível sobre a possibilidade ou não do transplante ser efetuado e avaliar os efeitos da isquemia quente e fria.¹⁰

No final da colheita, o diretor do serviço é informado sobre a realização ou não do transplante e no dia seguinte cabe ainda ao enfermeiro coordenador enviar a comunicação para os serviços hoteleiros com a identificação de todas as pessoas doentes que foram contactadas e quais os meios de transporte que foram utilizados, de modo a serem assegurados os pagamentos. Envia também um relatório ao GCCT com as informações da pessoa doente que foi transplantada e com as

¹⁰ Desde a hora de clampagem da aorta, o pulmão tem até 6 horas para estar totalmente implantado no recetor, de modo a ser um órgão funcional e viável. Quanto menor for o tempo de isquemia fria, melhor será o funcionamento subsequente do órgão. Para serem conseguidos estes tempos, durante a colheita, é efetuada a eliminação completa do sangue (o que impede a formação de coágulos) e a diminuição em 25°C da temperatura do órgão (o que diminui o seu metabolismo) com o auxílio de lavagens com um soluto de preservação gelado e conservação em gelo até ao momento da transplantação e reperusão do órgão (Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos, 2013).

respetivas indicações de identificação do órgão, além de enviar ao Conselho de Administração informação sobre o programa de transplantação (CHLC, 2015).



FIGURA 9 5 "CERTOS" DAS EQUIPAS SAUDÁVEIS (MENCHEL, 2014)

É o enfermeiro coordenador que assegura de que a informação é rececionada pela pessoa correta, no sítio correto, que irá desempenhar o papel correto, com as ferramentas corretas e no tempo correto (Menchel, 2014). É também o enfermeiro coordenador que assegura os canais de comunicação entre os diferentes intervenientes da equipa de trabalho e promove um entendimento comum, confirmando que todas as etapas do processo decorrem sem intercorrências.

3.6- Considerações éticas:

A ética, a deontologia, o direito, sendo áreas tão complexas da profissão encontram-se interligadas entre si. O direito defende a pessoa doente, a deontologia regula a profissão de enfermagem e a ética molda a forma como é exercida. No código deontológico o enfermeiro encontra definido o comportamento que a comunidade espera de nós e tem por referência o cuidado que é devido a cada pessoa doente, no respeito pelos seus direitos e necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Os conhecimentos éticos relacionam-se com um conjunto de normas que no plano dos valores morais do enfermeiro como pessoa e da enfermagem como profissão regulam o comportamento correto do enfermeiro (Phaneuf, 1993). Envolve um juízo e uma escolha que resulta da análise da situação e dos valores intrínsecos (Nunes, 2008).

A atuação da Enfermagem Perioperatória tem como princípios éticos, além do princípio da igualdade, o princípio da dignidade humana, o da beneficência, o da não-maleficência, da justiça, do respeito pela autonomia, da vulnerabilidade, da integridade e da responsabilidade.

Ao longo da redação deste relatório de projeto e durante a sua prática clínica tivemos presente diferentes situações onde a ética desempenha um importante papel. Ao lidarmos com a

temática da transplantação e da atuação do enfermeiro coordenador de transplante deparamo-nos, entre outros, com as questões relacionadas com a doação de órgãos.

O consentimento da pessoa doente dadora é condição fundamental para o avançar do procedimento. Com a alteração da Lei nº12/93, de 22 de abril pelo Decreto de Lei nº168/2015, de 21/08, capítulo III, no seu artigo 10º sobre potenciais dadores *“1- São considerados como potenciais dadores post mortem todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores; 2- quando a indisponibilidade para a dádiva for limitada a certos órgãos ou tecidos ou a certos fins, devem as restrições ser expressamente indicadas nos respetivos registos e cartão; 3- a indisponibilidade para a dádiva dos menores e dos incapazes é manifestada, para efeitos de registo, pelos respetivos representantes legais e pode também ser expressa pelos menores com capacidade de entendimento e manifestação de vontade”*.

Manifestando-se aqui os princípios da dignidade humana, do respeito pela autonomia, da vulnerabilidade, da responsabilidade pela pessoa doente e dadora, olhando para a mesma como recetora sempre de cuidados dignos, excelentes, mesmo após a declaração da sua morte. A pessoa doente, na sua qualidade de dadora, deve continuar a ser encarada como um todo, com família e/ou pessoas significativas associadas.

Tivemos também a preocupação de considerar que todos os elementos que a rodeiam se encontram vulneráveis e fragilizados quanto à informação prestada e ao modo como a mesma é transmitida, levando ainda mais em consideração o desenvolvimento de técnicas de comunicação. A consulta ao RENNDA e a existência do testamento vital tornam-se deste modo um garantir da vontade expressa anteriormente pela pessoa doente.

Outro momento importante durante a coordenação de transplante pulmonar é a consulta ao RPT. Será aqui que se encontram as identificações da pessoa dadora e de eventuais pessoas recetoras. De acordo com o princípio da justiça, situações idênticas devem ser tratadas de modo igual e, as que são diferentes deverão ser abordadas de acordo com as suas diferenças. No RPT encontra-

se a lista de espera ordenada de acordo com a gravidade de cada situação. A justiça manifesta-se então na distribuição ou alocação de órgãos e tecidos a quem deles necessita.

“Artigo 106.º Do dever de sigilo 1 — O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Assembleia da República, 2015)

Em todos os momentos não só da prática clínica, mas também ao desenvolver o projeto que deu origem a este relatório, a confidencialidade dos dados e dos intervenientes foi uma preocupação constante. *“Toda a informação acerca do estado de saúde, estado clínico, diagnóstico, prognóstico e tratamento e toda a outra informação de carácter pessoal, deve ser mantida confidencial, mesmo após a morte”* (World Health Organization, 1994, p. 12). A introdução de Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados que entrou em vigor a 25 de maio de 2018 veio implementar novas regras, mais limitadoras, na aquisição e tratamento dos diferentes dados. A segurança da informação implica a preservação da confidencialidade, integridade, disponibilidade e sua manutenção.

Ao longo da redação deste relatório de projeto/ estágio, tivemos a preocupação constante de mostrar o respeito pelas fontes e ideias dos diferentes autores consultados. As diferentes citações e ideias por nós utilizadas remetem sempre para uma referência bibliográfica que permite identificar e localizar não só a obra por nós consultada, mas, inclusive, a página onde a mesma foi retirada. É uma questão de reconhecimento de mérito ao autor (s) dos documentos em questão, manifestando uma honestidade intelectual e uma responsabilidade deontológica que se rege pelo princípio da justiça e da não apropriação da propriedade intelectual de outras pessoas.

4- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM PRÁTICA CLÍNICA: CONTRIBUTOS PARA O GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O período de prática clínica teve início no passado dia 7 de maio de 2018 e término no passado dia 24 de janeiro de 2019 no BO CCT, onde tivemos oportunidade de entrar em contacto com novas experiências e aprofundar conhecimentos relativos à patologia cardíaca, pulmonar e com a pediatria, áreas em que não possuíamos experiência profissional prévia e que se traduziu como fonte de experiências profissionais diferentes e de desafios diários.

Ao entrar em contacto com esta nova realidade, tivemos sempre a preocupação constante de garantir a qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente no intraoperatório e a sua segurança. *“Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio- quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”*. (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 5)

Dada a especificidade do serviço onde estivemos inseridos, tivemos como objetivos principais:

- Conhecer as instalações físicas do BO (já demonstrado previamente através do ponto 2.1- Estrutura física do BO);
- Identificar os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e suas principais funções (demonstrado pelo ponto 2.4- Dentro da sala operatória e 2.6- O GCCT);
- Compreender o funcionamento do BO e o circuito da pessoa doente (demonstrado pelos pontos 2.2- Missão do BO, 2.3- Referenciação da pessoa ao BO, 2.4- Dentro da sala operatória e 2.5- Registos intraoperatórios);

- Como **enfermeira de anestesia**: identificar as técnicas anestésicas utilizadas, auxiliar o enfermeiro de anestesia na preparação dos principais fármacos utilizados e na preparação da sala operatória, acolhimento e monitorização da pessoa doente, colaboração na transferência e transporte da pessoa doente para a sala operatória e para a UCI CCT, realização dos registos de enfermagem;

- Como **enfermeira circulante**: participar no acolhimento da pessoa doente na sala operatória, realizar cuidados individualizados e diferenciados, controlar as condições ambientais da sala operatória, providenciar equipamentos e instrumentais necessários para a realização da cirurgia, colaborar no posicionamento operatório, colaborar na preparação das mesas cirúrgicas, cumprindo e vigiando a técnica asséptica e assegurando as condições de segurança necessárias para a pessoa doente, equipa cirúrgica e materiais;

- Compreender a dinâmica do serviço relativamente à transplantação pulmonar e à coordenação por parte da equipa de enfermagem (demonstrado pelo ponto 1.5.1- O transplante pulmonar e 1.6- O enfermeiro coordenador de transplante pulmonar);

- Desenvolver competências características do grau de mestre em Enfermagem Perioperatória, conforme descrito no nº4 do artigo 15º do Decreto Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelos, Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de julho e Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de setembro.

Como referido anteriormente, foi demonstrado o conhecimento da estrutura física do serviço de CCT, particularmente do BO. O conhecimento da missão do serviço traduz o compromisso em assegurar os mais elevados padrões de qualidade nos cuidados que prestamos. *“A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local. (...) às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 6 e 7).

Observámos, por diversas ocasiões, o modo de transmissão de informação entre os profissionais. Todos os dias é afixado o plano operatório em locais próprios para o efeito, de modo a

que todos os profissionais consigam assegurar os critérios principais de segurança: pessoa doente certa, local certo e cirurgia certa, identificando em que sala operatória e por que equipa será realizada essa mesma cirurgia. Esse plano operatório pode ser consultado na zona do transfer, aquando a receção da pessoa doente no BO e entre as salas operatórias (junto do local de preparação dos diferentes instrumentais necessários). Também se encontra dentro do gabinete da enfermeira-chefe para consulta.

É realizado diariamente um *briefing* entre os profissionais de enfermagem, onde é discutida a distribuição de trabalho diária, as principais necessidades e eventuais problemas identificados, outros assuntos relacionados com o funcionamento do serviço (materiais danificados ou sujeitos a futuras intervenções, eventuais urgências que tenham ocorrido na noite anterior, recomendações futuras) e qualquer outro assunto que seja considerado pertinente pela equipa. A partilha de informação entre pares é valorizada e incentivada.

Existe também diariamente uma visita médica, com a presença da enfermeira de apoio à gestão, às pessoas doentes que se encontram na UCI CCT. É durante esta visita que se planeiam as altas possíveis e se definem quais as possíveis vagas destinadas às diferentes intervenções do dia. Caso não exista vaga para todas as intervenções agendadas, é durante a visita médica que se discutem os critérios de seleção das mesmas. A presença da enfermeira de apoio à gestão facilita a transmissão de informação à restante equipa de enfermagem de modo a que se consigam agilizar os processos. Semanalmente, existe também uma reunião de serviço (em conjunto com cirurgiões, perfusionistas e enfermeiros) onde é apresentado o plano operatório para a semana seguinte com todas as suas particularidades. É também nesta altura que se realizam formações em serviço sobre as temáticas que se considerem pertinentes.

Relativamente às funções desempenhadas no BO, tivemos oportunidade de colaborar nas funções de enfermeiro de anestesia e circulante. É dito colaborar pois, apesar de possuímos experiência prévia em BO, a especificidade dos cuidados prestados no BO CCT assim o implicam. Assistimos maioritariamente a cirurgia cardíaca, pelo que a técnica anestésica utilizada foi a anestesia geral balanceada.

No entanto, verificamos a existência de uma série de particularidades, nomeadamente em relação à pediatria. Tivemos contacto com uma aplicação desenvolvida por enfermeiros e para enfermeiros denominada por PEDRUG®. Trata-se de uma aplicação informática desenvolvida com o apoio da equipa de anestesia que, de uma forma intuitiva e prática, consegue estruturar através da utilização de um protocolo pré-estabelecido e tendo em conta também a experiência do enfermeiro que o utiliza, estabelecer uma *check-list* de preparação da sala operatória, de equipamentos necessários e dos principais fármacos utilizados para a criança. Esta encontra-se sujeita a um risco de ocorrência de eventos adversos relacionados com a administração de terapêutica 3 vezes superior ao da população adulta. Durante a realização da indução anestésica são necessárias sucessivas diluições de fármacos, o que está relacionado com a idade, peso e altura da criança. Esta manipulação encontra-se então facilitada com a utilização da aplicação PEDRUG®.

Esta aplicação, que carece da comunicação antecipada da informação relativa à criança a ser intervencionada com a equipa de enfermagem do BO, é introduzida manualmente por uma das enfermeiras do serviço. Em simultâneo, e de acordo com a informação fornecida sobre o diagnóstico, intervenção proposta, antecedentes pessoais, peso altura, data de nascimento, equipa operatória, é efetuada uma *check-list* de todo o material necessário para a sala operatória (a enfermeira que estará presente na sala operatória no dia da intervenção pode alterar de acordo com a experiência profissional ou com alguma eventual alteração do que estava inicialmente planeado) e efetuados os cálculos dos fármacos mais frequentes, da sua dosagem máxima e da forma de diluição.

Não dispensando uma verificação dos dados que foram previamente introduzidos ou uma validação com o médico anestesista presente na sala operatória, esta aplicação acaba por se tornar uma importante ferramenta na prevenção do erro terapêutico, aumentando a segurança da pessoa doente e profissionais no desempenho das suas funções e permitindo uma rentabilização dos diferentes tempos operatórios.

Relativamente aos posicionamentos cirúrgicos adotados, verificámos que a maioria das intervenções são realizadas em decúbito dorsal. Existe uma preocupação constante com a prevenção de úlceras de pressão durante o período intraoperatório e com a possibilidade de lesões consequentes do posicionamento adotado. Os braços da pessoa doente encontram-se

habitualmente (exceto em algumas situações), ao longo do corpo e a preocupação do acesso às vias de administração de fármacos de modo a assegurar a segurança dos procedimentos anestésicos verifica-se constantemente. São colocadas proteções em gel em todas as proeminências ósseas em risco.

Também a hipotermia perioperatória inadvertida (HIPOP-I) é tida em consideração. A utilização de mecanismos de avaliação de temperatura invasiva, através da colocação de termómetros esofágicos (a situação mais frequente) ou da utilização de algalias com sensor de temperatura integrado. Também são colocados lençóis quentes a todas as pessoas doentes durante a indução anestésica e após a realização da intervenção cirúrgica. Durante o intraoperatório, o aquecimento da pessoa doente é assegurado por colchões de ar forçado aquecido.

A particularidade da cirurgia cardíaca é a cardioplegia. A cardioplegia é uma técnica utilizada para induzir a paragem cardíaca de modo a que se possa realizar a cirurgia cardíaca. É acompanhada da realização de Circulação Extracorporal (CEC) e implica a utilização de soluções ricas em cálcio, sódio, magnésio e potássio. Uma das formas de indução da cardioplegia verifica-se através da utilização de soluções hipotérmicas intratorácicas, com temperaturas que variam entre os 4 e os 7°C. Este processo induz a paragem cardíaca, mas atua como agente protetor do músculo cardíaco, ao reduzir a atividade eletromecânica do coração, sem desgaste da energia armazenada no músculo cardíaco e reduzindo o consumo de oxigénio (O₂) devido à redução brusca de temperatura. Assim, a cardioplegia consegue alterar ou mesmo reduzir os efeitos da isquemia cardíaca e preservar o músculo cardíaco devido à hipotermia induzida e à situação de assistolia (Mathew George, 2017). Mesmo nesta situação, a prevenção da HIPOP-I, que é um dos fatores que contribuem para a infeção do local cirúrgico, torna-se uma preocupação constante para a equipa.

Relativamente aos diferentes equipamentos e materiais necessários para a realização das diferentes intervenções cirúrgicas, tivemos oportunidade de acompanhar os diferentes elementos do serviço na reunião dos diferentes materiais, muitos dos quais não conhecíamos anteriormente, tal como pode ser observado através da figura 15 (exemplo de diferentes materiais utilizados em Cirurgia Cárdiotorácica), entre outros.

Tivemos também oportunidade de observar procedimentos inéditos no nosso país. A realização de um procedimento *ex-vivo* no âmbito da transplantação pulmonar foi motivo de grande enriquecimento pessoal e profissional.

Os procedimentos *ex-vivo* têm como objetivo o condicionamento de um órgão, neste caso pulmão, de modo a poder ser transplantado. Quando existe a identificação de um potencial dador de órgãos, são levadas a cabo uma série de procedimentos de modo a assegurar condições consideradas ótimas para a colheita de órgãos. Um desses procedimentos consiste no assegurar um aporte circulatório aos órgãos nobres. Durante esse período, os pulmões têm tendência a ficarem edemaciados, por excesso de aporte de fluidos. Um pulmão “encharcado” ou edemaciado torna-se um pulmão não viável à doação.

O objetivo do procedimento *ex-vivo* é então reduzir o edema, reduzir o tempo de isquemia do órgão e otimizar o mesmo ao transplante. Para isso são selecionados dadores que inicialmente não seriam elegíveis, o que aumenta a oferta de órgãos a transplantar e de potenciais pessoas recetoras a beneficiarem desta prática.

No entanto não se trata de um procedimento 100% eficaz. Numa das formações realizadas em serviço foi partilhada a experiência de um determinado hospital espanhol que iniciou a realização deste procedimento em 2009. Da totalidade de órgãos colhidos, apenas uma parte foi avaliada como favorável à realização da implantação numa pessoa recetora. Apesar de todas as limitações, este procedimento ainda oferece uma importante oportunidade a pessoas doentes que de outro modo não conseguiriam ser transplantadas oportunamente.

A passagem pelo GCCT permitiu ter uma noção mais abrangente do processo inerente ao transplante de órgãos, tecidos ou células.

Tivemos oportunidade de assistir em contexto de prática clínica a uma colheita de órgãos e a um transplante pulmonar. Durante todo o período de estágio, a atuação do enfermeiro coordenador de transplante tornou-se visível e com sentido após este momento de observação. Na situação em particular que foi assistida, o próprio enfermeiro de coordenação de transplante pulmonar teve um

papel mais ativo do que seria de esperar, tendo sido o elemento que foi também participar na colheita do órgão.

Ao longo de toda esta experiência foi-nos possível observar *“in loco”* toda a dinâmica organizacional do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar e do processo em si. São inúmeros os contatos efetuados entre os diferentes intervenientes neste processo: pessoa doente e equipa multidisciplinar, tal como os diversos contactos com o GCCT de modo a fazer face a eventuais imprevistos durante o processo.

É notória a preocupação constante por parte do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar em relação ao bem-estar da pessoa doente, família e/ou pessoa significativa e equipa multidisciplinar. Se por um lado tem de lidar com a ansiedade característica de uma situação stressante para a pessoa doente, revestida de um cariz emergente, tem também de assegurar que a sua chegada à instituição hospitalar onde será realizado o transplante pulmonar decorra sem intercorrências e de uma forma eficaz. A transmissão de informação nestas situações é limitada. As pessoas doentes que se encontram envolvidas neste processo, devido à carga emocional que a mesma implica, não conseguem reter toda a informação transmitida. A disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e a manutenção dos canais de comunicação acabam por ser um fator fundamental para o vivenciar de um momento considerado traumático.

4.1- Avaliação da prática clínica:

Com este estágio, de acordo com o guia da UC Projeto/Estágio: 2º e 3º Semestres, os objetivos propostos foram:

- *“Capacitar para o uso das principais técnicas de enfermagem perioperatória;*
- *Promover o desenvolvimento de competências em contexto clínico de enfermagem perioperatória;*
- *Capacitar para a elaboração de um projeto de formação individual;*
- *Promover o desenvolvimento de competências de decisão clínica e decisão ética de enfermagem, em contexto específico de enfermagem perioperatória;*

- *Aplicar a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.” (Freitas & Nunes, 2017)*

Ao longo do estágio desenvolvido em contexto de prática clínica demonstrámos ter adquirido e aprofundado conhecimento das diferentes práticas em ambiente perioperatório. As pessoas doentes do foro cardíaco e torácico demonstram serem desafiantes na sua abordagem: a nível dos cuidados que necessitam, dos equipamentos e técnicas que envolvem o seu ambiente intraoperatório. Adicionando a este facto, a presença também da pessoa doente em contexto pediátrico que, na sua inocência é do mais sincera que existe, prepara para o lidar com as nossas próprias inseguranças. Ao lidarmos com estas patologias e com a amplitude de estádios etários desenvolvemos novas competências no que toca à compreensão e resolução de diferentes situações que até ao momento ainda não possuíamos, adequando então os cuidados ao estágio etário da pessoa doente. Devido ao facto de neste contexto não serem efetuados cuidados pós-operatórios não pudemos desenvolver esta competência, apesar de no seu contexto laboral já o termos desenvolvido.

Quanto à área de anestesia, conseguimos descrever os principais materiais e fármacos utilizados, as vias de acesso principais e a atuação em contexto de emergência.

Quanto à área da circulação, descrevemos medidas de controle de infeção e de manutenção de assepsia, além de fazermos a contagem de instrumentos corto-perfurantes em diferentes tempos cirúrgicos (antes e após o encerramento cirúrgico), realçando a importância de providenciar diferentes materiais e equipamentos para a realização da cirurgia, no controle do ambiente seguro e da técnica asséptica, regulando as entradas e saídas de pessoas e materiais na sala operatória, tendo sempre como foco a pessoa doente e as suas necessidades.

A visita pré e pós-operatória não é atualmente realizada devido a constrangimentos relacionados com o número de elementos do serviço, no entanto, a existência de reuniões semanais onde são discutidos o plano operatório e a pessoa doente, permite-nos a antecipação de eventuais necessidades e problemas, sendo que a participação da equipa de enfermagem é encorajada.

No que diz respeito à linguagem CIPE, reconhecemos e sabemos utilizar a mesma, mas, por inexistência de um módulo específico de registo em BO, não a utilizamos no dia-a-dia. No entanto, conseguimos demonstrar o domínio da mesma durante a consulta e interpretação dos registos realizados nos serviços de internamento, realizados nesta linguagem.

Relativamente ao estágio desenvolvido no GCCT e em contexto de transplantação pulmonar, conseguimos discutir aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados e como a forma de liderança interfere nesses mesmos cuidados, antecipamos situações que possam comprometer a segurança dos cuidados prestados aplicando conceitos de gestão de risco e de segurança e qualidade dos cuidados, promovendo a comunicação no seio da equipa multidisciplinar e reconhecendo a importância do trabalho em equipa e da comunicação na manutenção da segurança e qualidade dos cuidados.

A participação no Congresso de Enfermagem Perioperatória “Da evidência à Prática de Cuidados” (Anexo I) serviu para conseguirmos divulgar de um breve modo uma parte do projeto que nos encontrávamos a desenvolver, fomentando a partilha do conhecimento relacionado com uma temática tão desconhecida de todos nós, colocando em prática competências de comunicação e de divulgação de informação. De referir igualmente a frequência do Congresso da SPCCTV- 4D Visions 2018, onde pudemos ter acesso às últimas *guidelines* sobre a transplantação pulmonar, sobre cirurgia cardíaca e cirurgia torácica (Anexo II). Sendo um momento de importante aprendizagem, constituiu uma altura de partilha entre os pares e de crescimento profissional individual e multidisciplinar.

4.2- Desenvolvimento de competências para grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória:

Ao longo do estágio desenvolvido em prática clínica foram desenvolvidas diversas competências características do grau de Mestre em EPO e, que refletem o percurso que teve ao longo da frequência do II Curso de MEPO.

“É comum as pessoas dizerem que esta ou aquela pessoa ainda não se encontrou, mas a própria pessoa não é algo que se encontra. É algo que se cria.” (Szasz, 2013)

O desenvolvimento de conhecimentos e competências no domínio da EPO, permitem desenvolver uma intervenção especializada e centralizada na pessoa doente, com auxílio da evidência científica durante as diferentes fases perioperatórias.

De acordo com o Guia da UC Projeto/Estágio do 2º Curso de MEPO (Freitas & Nunes, 2017), as competências inerentes ao grau de Mestre em EPO que deverão ser desenvolvidas são:

1. Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da Enfermagem Perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação:

Ao desenvolver esta Unidade Curricular tivemos oportunidade de observar o desempenho do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na sua vertente de líder da equipa multidisciplinar. Apesar de não existirem leis ou princípios universais no planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, as competências que foram desenvolvidas dependem muito da situação organizacional vivida, do ambiente, da tecnologia utilizada habitualmente pela organização, das políticas e diretrizes em vigor.

A investigação em enfermagem é essencial no desenvolvimento de novos modelos de abordagem à pessoa doente, proporcionando cuidados de qualidade e mantendo o meio ambiente seguro. Ao realizar o presente relatório de projeto conseguiu não só dar a conhecer a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar e a sua importância para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar, alertando para os aspetos de natureza ética que envolvem todo o processo inerente ao transplante pulmonar.

Em simultâneo, demonstrámos como podemos aceder a informação credível, de cariz científico, como a interpretamos e a utilizamos de modo a implementar a mudança. A divulgação dessa mesma informação permite a partilha entre os pares e a análise subsequente o desenvolvimento de novos modos de estruturar o pensamento.

Como exemplo podemos salientar a publicação de um artigo científico intitulado “*Corto-Perfurantes: uma revisão de bibliografia*”, publicado na Revista Percursos nº40, abril-junho de 2018 (Apêndice IV).

2. Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da Enfermagem Perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar:

Participando ativamente nos momentos de decisão e debatendo com o enfermeiro orientador os motivos da tomada de decisão, tornámo-nos parte integrante no processo de planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem. A incerteza do momento seguinte traduz-se de forma ativa na nossa prática diária. Ao sermos constantemente desafiados e estando na posse de novos conhecimentos que adquirimos através da frequência do MEPO, conseguimos proporcionar, não só, cuidados de enfermagem de qualidade, seguros e baseados nas últimas evidências científicas.

Ao abordarmos a temática da gestão e comunicação da equipa disciplinar, focada na atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar, fomos confrontados com uma situação nova e nada familiar, que careceu de investigação aprofundada da nossa parte de modo a podermos conhecer, compreender e divulgar este fenómeno.

3. Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da Enfermagem Perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações:

Com a frequência do MEPO conseguimos reunir um conjunto de ferramentas imprescindíveis na construção do pensamento crítico e na tomada de decisão, fomentando as nossas opiniões com argumentos baseados na evidência científica, adaptando-os às diferentes realidades encontradas ao longo da prática clínica. Não são todos iguais, mas todos atuam tendo como foco principal a manutenção de um ambiente cirúrgico seguro e a excelência dos cuidados prestados à pessoa doente.

A partilha de diferentes ideias e filosofias, o contacto com os diferentes aspetos éticos, deontológicos e legais inerentes à nossa atuação como enfermeiros perioperatórios permitiu-nos desenvolver uma sensibilidade e uma perspicácia verdadeiramente transformadoras e que fazemos questão de partilhar entre os pares.

4. Comunica as suas conclusões, e os seus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da Enfermagem Perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar:

Ao longo do II Curso de MEPO, tivemos oportunidade de crescer profissionalmente. Temos atualmente a responsabilidade da integração de 2 enfermeiros no serviço a que pertencemos, o que demonstra um desenvolvimento da competência relacionada com a supervisão clínica dos cuidados de enfermagem e se traduz numa mudança de comportamentos e atitudes em serviço.

O trabalho em equipa implica o estabelecimento de uma relação entre diferentes elementos com capacidades e conhecimentos diferentes de modo a conseguir avaliar, planear e implementar intervenções à pessoa doente. A integração em diferentes equipas multidisciplinares, de modo a promover o trabalho em equipa eficaz, carece da existência de um espírito e uma atitude proativa promovendo a adaptação a diferentes profissionais, a troca de experiências e o atingir do objetivo comum que se traduz no bem-estar da pessoa doente.

Também durante a realização do presente relatório de projeto diagnosticámos o desconhecimento da função de uma figura central no manter da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa doente e na manutenção de um ambiente seguro, que é o enfermeiro coordenador de transplante pulmonar. Tendo sempre em conta a confidencialidade dos dados relativos a potenciais pessoas dadoras e recetoras, ao conjunto de atividades que envolvem o transplante pulmonar, ficámos familiarizados com as políticas de saúde que envolvem a doação e transplantação de órgãos em Portugal e partilhamos esse conhecimento com a restante equipa multidisciplinar, fomentando a discussão entre os pares. Conseguimos refletir no teor da prática diária de modo a identificar aspetos a melhorar, não só a nível individual, mas também em equipa, aumentando a qualidade dos cuidados.

5. Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da Enfermagem Perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo:

A frequência e aproveitamento do MEPO traduz uma curiosidade que nos acompanha a nível profissional, uma necessidade de saber sempre mais e fazer melhor. Numa área onde existe uma mudança constante a nível tecnológico, ambiental e de políticas de saúde, o acompanhamento constante na procura do conhecimento depende em grande parte da vontade de cada um.

Ao longo deste período conseguimos demonstrar através da prática diária a aquisição de novos conhecimentos, o aprofundar de outros que já possuíamos e continuamos a manifestar a nossa vontade na progressão do crescimento pessoal e profissional na área da Enfermagem Perioperatória.

Através da nossa participação em eventos científicos conseguimos abrir as janelas da mente a todo um mundo novo. Assim, pretendemos continuar o desenvolvimento de novas formas de conferir visibilidade à Enfermagem Perioperatória.

Também o contexto de prática clínica nos permitiu o contacto com diferentes especificidades de uma outra especialidade cirúrgica e a constatação de novos problemas, novas dinâmicas de trabalho e novas abordagens à pessoa e família e/ou pessoa significativa, sendo elementos de crescimento profissional pessoal e dentro da equipa multidisciplinar que integramos. Independentemente da intensidade, todos nós conseguimos deixar uma marca no próximo.

CONCLUSÃO:

“Só há 3 formas de se responder a uma pergunta: não sei, mas vou descobrir; não sei, mas imagino; eu sei” (Hammerschmidt & Meador, 1994, p. 65)

A realização do percurso que culmina com a redação do presente Relatório de Projeto veio dar resposta a um conjunto de necessidades sentidas no âmbito da Enfermagem Perioperatória. A necessidade de não só aprofundar os conhecimentos existentes na área, como igualmente a aquisição de novos, conseguiu aguçar a curiosidade para o que virá a seguir.

Ao desenvolvermos competências relacionadas com cuidar da pessoa doente em situação perioperatória, do garantir da segurança da pessoa e equipa multidisciplinar, da evidência da práxis perioperatória de acordo com a consciência cirúrgica, conseguimos não só promover a qualidade dos cuidados, a segurança, a proteção da pessoa doente em situação de vulnerabilidade, como igualmente a sua capacidade, empoderamento e satisfação pessoal e profissional.

Iniciámos este projeto com o desconhecimento do relevo do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar e de todo o procedimento envolvente. Conseguimos, ao longo do mesmo, não só comprovar que o enfermeiro coordenador de transplante pulmonar é uma figura central na manutenção da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa doente, como vetor de transmissão de informação e manutenção dos canais de comunicação entre toda a equipa multidisciplinar, como demonstrar que se trata de um verdadeiro líder e exemplo a seguir por todos.

A Teoria do Cuidar de Jean Watson veio dar relevo ao conhecimento do *self* e ao modo como esse mesmo conhecimento pode influenciar a dinâmica relacional. Veio comprovar que a capacidade de nos conhecermos condiciona as relações estabelecidas na nossa vivência e que, se torna imprescindível, conhecermos o interior e adquirir não só maturidade e experiência antes de ambicionarmos voar mais alto. Sendo o cuidar resultado das diferentes relações transpessoais estabelecidas, atrevemo-nos a afirmar de que as relações estabelecidas entre o enfermeiro coordenador de transplante pulmonar e a restante equipa multidisciplinar influenciam ativamente a postura perante a pessoa dadora e a pessoa recetora, a maneira de se transmitir informações entre equipa e a partilha de experiências.

A observação efetuada em contexto de prática clínica e a análise da revisão de literatura efetuada permitiram obter estratégias para atingir os objetivos por nós identificados inicialmente, nomeadamente:

- Descrever o processo que envolve a coordenação de enfermagem durante a fase pré-transplante pulmonar, com foco nos momentos críticos de tomada de decisão por parte do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar;
- Fundamentar o relevo do papel do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar não só como elemento da equipa multidisciplinar, mas como fator de desenvolvimento da Enfermagem Perioperatória

O enfermeiro coordenador de transplante pulmonar vê assim, em parte, reconhecido o seu papel na Enfermagem Perioperatória, na sua qualidade de líder e gestor da equipa multidisciplinar, o que permite abrir os horizontes da profissão, reconhecendo um universo abrangente de competências acrescidas. O futuro está aí e o crescimento da profissão também. Cabe a cada um de nós a divulgação e o aperfeiçoamento contínuo de um corpo de conhecimentos próprio, de uma entrega e paixão que muitos poderão não compreender a esta profissão e a esta área que é a Enfermagem Perioperatória.

Os estágios realizados durante a prática clínica permitiram aumentar o corpo de conhecimentos numa área que, apesar de se encontrar tão documentada do ponto de vista técnico, carece de maior divulgação da parte da atuação dos próprios profissionais.

Consideramos que os objetivos gerais traçados em relação à elaboração deste relatório foram atingidos. Conseguimos utilizar a metodologia de projeto na abordagem do problema identificado na prática “Comunicação e Gestão da Equipa Multidisciplinar: O Enfermeiro Coordenador de Transplante Pulmonar” através do diagnóstico da situação, definição de objetivos, enfrentando os diferentes desafios diários e as limitações com que nos deparávamos, descrever as principais competências adquiridas em prática clínica e as competências necessárias ao grau de Mestre. Reconhecemos o papel fundamental da Investigação em Enfermagem, especialmente em Enfermagem Perioperatória, como elemento de crescimento do corpo de conhecimentos inerentes, mas de profissão em si.

Todos refletem um percurso de grande crescimento pessoal, profissional e familiar, uma vez que conseguimos influenciar todos os que nos rodeiam e, de acordo com as relações que conseguimos estabelecer, influenciar de algum modo o outro. Não referimos já anteriormente que Liderança é Influência?

Finalizando, um muito obrigado a todos os que contribuíram para o desenvolvimento deste projeto.

BIBLIOGRAFIA:

Adams, L. Y. (janeiro- abril de 2016). The Conundrum of Caring in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 9.

AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.

AORN. (2017). *Guidelines for Perioperative Practice*.

Artigo 102º, anexo à Lei nº156/2015 de 16 de Setembro, Estatuto da OE.

Assembleia da República. (1 de outubro de 1994). Diário da República- I Série B. *Despacho normativo nº 700/94, 228, 6049*.

Assembleia da República. (11 de Outubro de 1994). Diário da República- I série- B, nº235. *Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93 de 22 Abril*.

Assembleia da República. (8 de novembro de 2012). Diário da República IIª Série- nº216. *Despacho 14497/2012*.

Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Lei nº 156/2015 Estatuto da Ordem dos Enfermeiros- Código Deontológico. *Diário da República nº 181/2015, Série I, 8059-8105*.

Benagiano, G., & Brosens, I. (2014). The multidisciplinary approach. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*(28), 1114-1122.

Bennis, W., & Nanus, B. (1997). *Leaders: Strategies for Taking Charge*. HarperBusiness.

Blasdell, N. B. (2017). The meaning of Caring in Nursing Practice. *International Journal of Nursing and Clinical Practices*, 4.

Blomberg, A.-C., Bisholt, B., & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*.

Blouin, A. S., & Buturusis, B. (Dezembro de 2012). Addressing the Critical Role of Nurse Leaders in Advancing Quality and Safety. *Nurse Leader*, pp. 22-25.

Buscaglia, L. (05 de maio de 2019). *Pensador*. Obtido de www.pensador.com: <https://www.pensador.com/frase/MTk30TE2OA/>

CCT, H. S. (2009). Missão do Serviço.

CCT, H. S. (janeiro de 2010). Regulamento do Bloco Operatório de CCT.

CHLC. (agosto de 2015). Funções do Enfermeiro Coordenador de Transplantação. *Procedimento Setorial RHU.1410*.

CHLC. (2015). *TRC. 156- Doação de órgãos de dador vivo para transplante*.

Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos. (2013). *Guia para a Qualidade e Segurança dos Órgãos para Transplantação- 5ª edição*. IPST.

Conselho de Enfermagem. (Dezembro de 2001). Divulgar. *Padrões de Qualidade: Enunciados Descritivos*, p. 18.

Conselho de Enfermagem. (agosto de 2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros.

Dicionário da Língua Portuguesa. (2019). Porto Editora. Obtido de <https://www.portoeditora.pt/app-dlp/windows-sobre>

Doria, H. (Fevereiro de 2015). Successful Transition from Staff Nurse to Nurse Manager. *Nurse Leader*, pp. 78-81.

Duquesne University: School of Nursing. (2018). *The Roles of a Nurse Manager: Leading the nursing profession into the future*. Obtido de <https://onlinenursing.duq.edu:https://onlinenursing.duq.edu/blog/roles-nurse-manager-leading-nursing-profession-future/>

EORNA. (2012). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. EORNA.

Ezziane, Z., & Maruthappu, M. e. (Agosto de 2012). Building effective clinical teams in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, pp. 428-436.

Fisher, M., Weyant, D., Sterrett, S., Ambrose, H., & Apfel, A. (2017). Perceptions of Interprofessional collaborative practice and patient/ family satisfaction. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 95-112.

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Lusociência.

Fountain, M. J. (fevereiro de 1993). Key Roles and Issues of the Multidisciplinary Team. *Seminars on Oncology Nursing*, 9(1), pp. 25-31.

Freitas, A., & Nunes, L. (2017). Guia da Unidade Curricular PROJETO/ ESTÁGIO 2º e 3º Semestres. *Instituto Politécnico de Setúbal, Departamento de Enfermagem*.

Giddings, A., & Williamson, F. (2007). *The Leadership and Management of Surgical Teams*. The Royal College of Surgeons of England.

Haimann, T., Scott, W., & Connor, P. (1978). *Managing the Modern Organization 3rd Edition*. Boston: HOUGHTON MIFFLIN.

Hamlin, L., Richardson-Tench, M., & Davies, M. (2010). *Perioperative nursing: an introductory text*. Elsevier.

Hammerschmidt, R., & Meador, C. (1994). *O Pequeno Livro de Regras do Enfermeiro*. Lusodidacta.

Hersey, P., & Campbell, R. (2004). *Leadership: A Behavioral Science Approach*. Leadership Studies Publishing.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Lusiciência.

Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia. (2011). *Dicionário de Português Atual Houaiss* (Vols. A-F). Circulo de Leitores e Sociedade Houaiss- Edições Culturais Lda.

IPST. (junho de 2018). *Instituto Português do Sangue e Transplantação*. Obtido de www.ipst.pt: <http://www.ipst.pt>

IPST. (janeiro de 2019). *Coordenação Nacional da Transplantação- o modelo português*. Obtido de Instituto Português do Sangue e Transplantação: <http://ipst.pt/index.php/coordenacao-nacional-da-transplantacao/modelo-portugues>

Lazure, H. (1994). *A relação de ajuda*. Lusodidacta.

Lei nº 22/2007. (29 de Junho de 2007). *Diário da República nº124- 1ª série*.

Lei nº36/2013. (12 de junho de 2013). *Diário da República nº112/2013, série I*. Diário da República, 1ª série.

Machuca, T. N., & Cypel, M. (2014). *Ex vivo lung perfusion*. Obtido de www.jthoracdis.com: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2014.07.12>

MacPhee, M., Chang, L.-L., Havaei, F., & Chou, W.-S. (17 de setembro de 2014). A descriptive Account of an Inter-Professional Collaborative Leadership Project. *Administrative Sciences*(2076-3387), 373-399.

Manley, K., & Bellman, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lusociência.

Mathew George, L. J. (julho- setembro de 2017). Study of adequacy of myocardial protection with cardioplegia solution in patients undergoing cardiac surgery using CPK.MB as biomarker. *International Journal of Chemical and Pharmaceutica Analysis*.

Maxwell, E. (17 de julho de 2017). Good leadership in nursing: what is the most effective approach? *Nursing Times Journal Club*.

McCormick, M., & Zhang, L. (2018). Meet the Matchmakers: Using an Inter professional Panel Approach to Educate Nursing Students about the Care and Management of Patients Undergoing Organ Transplantation. *The Maryland Nurse News and Journal*, 2022.

McIntosh, N., Meterko, M., Jr, J. F., Restuccia, J., Kartha, A., Kaboli, P., & Charns, M. (dezembro de 2013). Organizational Predictors of Coordination in Inpatient Medicine. *Health Care Management Review*, pp. 1-16.

Menchel, H. L. (Junho de 2014). The 5 Rights of a Healthy Team. *Nursing Management*, pp. 51-55.

Michel, G. J. (13 de março de 2019). Influence: Never Underestimate your Impact. Obtido de <https://generalleadership.com/influence/>

Ministério Público- Portugal. (2001). Capítulo II Consentimento artigo 5º. *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina*, 1-18.

Mulley, W. R., & Kanellis, J. (19 de outubro de 2010). Understanding crossmatch testing in organ transplantation: A case-based guide for the general nephrologist. *Nephrology*, 16(2).

Neil, R. M. (2004). Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem 5ª edição* (pp. 163-176). Lusociência.

Nevada State College. (03 de janeiro de 2019). *Importance of Care in Nursing*. Obtido de Nevada State College web site: <https://online.nsc.edu/articles/rn-bsn/importance-of-care-in-nursing.aspx>

Nunes, L. (2008). Fundamentos Éticos da Deontologia Profissional.

Oliveira, P. E. (2012). *Ensaio sobre o pensamento de Karl Popper*. Círculo de Estudos Bandeirantes.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Consentimento Informado para intervenções de Enfermagem. *OE15Mar2007- EP02/07*. Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermagem: el proceso de atención de enfermería: orientación para el diagnóstico de enfermería*. McGraw- Hill.

Phillips, N. (2013). *Berry e Kohn's Operating Room Technique- 12th edition*. Elsevier.

Ponte, M. (2016). 5 Keys to a Successful Organ Transplant Program. *HealthLeaders*.

Portaria nº 802/2010- PNDRC. (23 de agosto de 2010). Diário da República nº163.

Portaria nº357/2008 de 9 de maio. (9 de maio de 2008). *Diário da República, 1ª série(90)*, 25132515.

Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (julho-setembro de 2013). Transplante e Doação de Órgãos e Tecidos a Partir de Dadores Vivos- Uma Reflexão Bioética. *Revista Percursos*, pp. 30- 42.

Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar- uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Lusociência.

Roach, M. S. (2002). *Caring, the Human Mode of Being: a blueprint for the health professions*. CHA Press.

Rothrock, J. C. (2008). *Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico 13ª edição*. Lusodidacta.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & al, e. (janeiro-março de 2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*(15).

Sadler, Don. (Janeiro de 2012). *OR Today Magazine*. Obtido de <http://ortoday.com/surgical-conscience-a-guiding-light-in-the-modern-or/>

Scully, N. J. (Setembro de 2015). Leadership in Nursing: The importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian*(22), pp. 439-444.

Sherwood, G., & Zomorodi, M. (janeiro-fevereiro de 2014). A new mindset for Quality and Safety: The QSEN Competencies Redefine Nurses' Roles in Practice. *Nephrology Nursing Journal*, 41(1), 15-22.

SNS. (05 de 2018). www.sns.gov.pt. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/doacao-de-orgaos-e-transplantes/>

SNS. (janeiro de 2019). *Portal da Transparência SNS*. Obtido de Portal SNS: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/transplantes/table/?sort=periodo&refine.orgao=Pulm%C3%A3o>

SPT. (maio de 2018). *SPT- Sociedade Portuguesa de Transplantação*. Obtido de <http://www.spt.pt>: <http://www.spt.pt>

SPT. (15 de novembro de 2018). www.spt.pt. Obtido de Sociedade Portuguesa de Transplantação: www.spt.pt

Swell training and development, Lda. (09 de julho de 2010). *O que são objetivos SMART?* Obtido de Portal Gestão: <https://www.portal-gestao.com/artigos/6197-o-que-s%C3%A3o-objectivos-smart.html>

Szasz, T. (Escritor), & Kershaw, G. (Realizador). (2013). *Criminal Minds T9 Ep.12: The Black Queen* [Filme].

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem) 5ª ed. Lusociência.

Vance, T. (20 de março de 2003). Caring and the Professional Practice of Nursing. *RN Journal*.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência.

Whitehead, D. K., Weiss, S. A., & Tappen, R. M. (2010). *Essentials of Nursing Leadership and Management, 5th edition*. F.A. Davis Company.

World Health Organization. (28 de junho de 1994). Confidentiality and Privacy. *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*.

World Health Organization. (2007). *Team Building*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICE

APÊNDICE I: Planejamento do Projeto

Planeamento do Projeto

Estudante: Cláudia Marisa Viegas Gonçalves (aluno 170523019)	Orientador: Professora Andreia Ferreri Cerqueira
Instituição:	Serviço: BO CCT
Título do Projeto: Comunicação e Gestão da Equipa Multidisciplinar pré Transplante Pulmonar: O Enfermeiro Coordenador de Transplante	
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão de ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):	
<u>OBJETIVO GERAL</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver a metodologia de projeto no diagnóstico de situação, definição de objetivos e abordagem de uma situação identificada em contexto de prática clínica (<i>Qual a relevância do enfermeiro coordenador no transplante pulmonar?</i>);	

OBJETIVOS Específicos

- Identificar a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na liderança e gestão da equipa multidisciplinar;
- Descrever o processo que envolve a coordenação de enfermagem durante o transplante pulmonar, com foco nos momentos críticos de tomada de decisão;
- Comprovar o relevo do papel do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na comunicação e gestão da equipa, na promoção da saúde e segurança da pessoa, família ou pessoa significativa, não só como elemento da equipa multidisciplinar, mas como fator de desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

- Enfª Coordenadora de área
- Enfª Chefe do BO CCT
- Enfª. Orientadora/ Enfª coordenadora da equipa de transplante
- Enfº Coordenador do GCCT
- Equipa de Enfermagem do BO CCT

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>➤ Identificar a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na liderança e gestão da equipa multidisciplinar</p>	<p>➤ Revisão da literatura sobre a temática a abordar;</p> <p>➤ Assistir ao procedimento envolvente ao transplante pulmonar e sua coordenação por parte do enfermeiro coordenador.</p>	<p>➤ A aluna;</p> <p>➤ Enfermeiro coordenador de transplante pulmonar;</p> <p>➤ Existência de potencial par dador/recetor para transplante pulmonar;</p>	<p>➤ Computador;</p> <p>➤ Ligação à VPN da ESS/IPS;</p> <p>➤ Ligação à internet através de router;</p> <p>➤ Telemóvel.</p>	<p>➤ Durante o período correspondente à prática clínica.</p>	<p>➤ Descrever o processo que envolve a coordenação de enfermagem durante o transplante pulmonar;</p> <p>➤ Assistir ao processo de colheita de órgãos;</p> <p>➤ Assistir a um transplante pulmonar;</p>

					<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrever o processo do transplante pulmonar; ➤ Produção de texto relativamente à temática;
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrever o processo que envolve a coordenação de enfermagem durante o transplante pulmonar, com 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisão da literatura sobre as temáticas a abordar; ➤ Pesquisa nas principais bases de dados sobre a temática a abordar; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aluna; ➤ Existência de potencial par dador/recetor para transplante pulmonar; ➤ Equipa multidisciplinar envolvida no transplante pulmonar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Computador; ➤ Ligação à VPN da ESS/IPS; ➤ Ligação à internet através de router; ➤ Telemóvel. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durante o período correspondente à prática clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrever o processo que envolve a coordenação de enfermagem durante o transplante pulmonar;

<p>foco nos momentos críticos de tomada de decisão;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análise dos resultados provenientes da pesquisa efetuada; ➤ Pesquisar e analisar documentos do serviço (Procedimentos Setoriais) relacionados com a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar; ➤ Assistir ao procedimento envolvente ao transplante pulmonar e sua coordenação por parte do enfermeiro coordenador. 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assistir ao processo de colheita de órgãos; ➤ Assistir a um transplante pulmonar; ➤ Descrever o processo do transplante pulmonar; ➤ Produção de texto relativamente à temática;
---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprovar o relevo do papel do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análise de documentos existentes no serviço relativos à temática; ➤ Identificar as principais competências relacionadas com a liderança e gestão da equipa multidisciplinar; ➤ Pedido de autorização para prática clínica no BO de CCT; ➤ Pedido de autorização para prática clínica no GCCT; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A aluna; ➤ Enfermeiro coordenador de transplante pulmonar; ➤ Elementos do GCCT. ➤ As enfermeiras com a função de coordenação no transplante pulmonar; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sala para realização de entrevistas; ➤ Gravador; ➤ Computador; ➤ Papel; ➤ Caneta; ➤ Pedido de consentimento. ➤ Pedido de autorização à Comissão de Ética 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Período correspondente à prática clínica; ➤ Semana de 05 a 09 de novembro de 2018 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrever a interação entre GCCT e enfermeiro coordenador de transplante pulmonar; ➤ Descrever as implicações relativas à qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente dadora e recetora;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar a atuação do GCCT durante o transplante; ➤ Observar a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar; ➤ Envio de pedido de autorização para realização de entrevistas às enfermeiras responsáveis pela coordenação do transplante pulmonar; ➤ Realização de entrevistas às enfermeiras responsáveis pela 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resposta da Comissão de Ética; ➤ Realização de entrevistas às enfermeiras responsáveis pela coordenação do transplante pulmonar; ➤ Análise do verbatim das entrevistas. ➤ Registos efetuados durante a observação;
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	coordenação do transplante pulmonar; ➤ Observar a interação entre GCCT e enfermeiro coordenador de transplante pulmonar;				➤ Produção de texto escrito.
<p>Orçamento: <u>Recursos Humanos:</u> A aluna; A professora docente; A enfermeira orientadora; O GCCT; A equipa multidisciplinar envolvida no transplante pulmonar.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Automóvel e respetiva gasolina para deslocações; telemóvel; papel; caneta</p>					
<p>Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:</p> <p>Pedido de colaboração à Comissão de Ética e sua resposta (caso não seja possível realizar entrevistas às enfermeiras responsáveis pela coordenação do transplante pulmonar será tido apenas em consideração a observação efetuada durante o transplante pulmonar)</p>					

APÊNDICE II: Resumo artigo científico” Relevância do Enfermeiro Coordenador de Transplante”

Título do Artigo	Relevância do Enfermeiro Coordenador de Transplante Pulmonar
Palavras chave (preferencialmente descritores MeSH)	Team coordination; organ transplantation; leadership; nursing
Autor(es)	Enf ^a Cláudia Marisa Viegas Gonçalves
Revisor(a) Científico	Professora Doutora Andreia Ferreri Cerqueira
Resumo	
Enquadramento (descrição de conceitos, revisão atualizada do estado de arte, fontes primárias)	<p>De acordo com as diferentes especificidades das pessoas com quem os enfermeiros perioperatórios se relacionam diariamente, sejam os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, a pessoa doente, a família ou a pessoa significativa, espera-se que estes profissionais desenvolvam competências acrescidas de modo a conseguirem aplicar estratégias facilitadoras da comunicação em momento oportuno, garantindo a articulação interdisciplinar no planeamento e implementação de cuidados baseados nas melhores práticas.</p> <p>Neste contexto, surge o enfermeiro coordenador de transplante pulmonar que, entre outros aspetos, assegura que as</p>

	etapas do processo decorram sem intercorrências, toma decisões em momentos críticos e promove um entendimento comum.
Objetivos	<p>Identificar a atuação do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar num Bloco Operatório- Especialidade Cardiorácica.</p> <p>Descrever a relevância do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na comunicação / gestão da equipa e na segurança da pessoa/família.</p>
Metodologia (indica o tipo de estudo, participantes, instrumentos de colheita de dados, considerações éticas)	Partindo da pergunta: “Qual a relevância do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar na comunicação / gestão da equipa e na segurança da pessoa/família?” foi realizada uma revisão da literatura, suportada por uma pesquisa na plataforma B on com os MeSH terms Team Coordination, Organ Transplant, Leadership e Nursing .
Resultados/ Discussão (análise adequada e rigorosa, confronto entre resultados e literatura)	Existem poucos estudos que respondem à questão colocada. No entanto, estamos cientes, nomeadamente através da experiência vivida, sobretudo em contexto de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, que o papel do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar é de importância fundamental no assegurar da qualidade dos cuidados e da segurança cirúrgica.
Conclusão	Numa sociedade onde, por vezes, as intervenções de enfermagem perioperatórias se desenvolvem nos bastidores, torna-se importante dar uma maior visibilidade aos profissionais que gerem toda a equipa multidisciplinar e que agilizam a deslocação dos potenciais recetores, situação essa que carece de divulgação e de valorização profissional. Tal função revela-se ser de importância fundamental para o sucesso do procedimento, uma vez que implica a comunicação e coordenação de diferentes profissionais que necessitam de estar em constante equilíbrio.
Transferibilidade (implicações para a Enfermagem, quer seja no âmbito da investigação, teoria, educação, cuidados em contexto clínico)	<i>“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”</i> (Conselho de Enfermagem, 2001). Os enfermeiros coordenadores de

transplante pulmonar, ao utilizarem diferentes metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, contribuem para uma política de segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente numa situação tão delicada como é a de dador e de recetor de transplante.

Os enfermeiros coordenadores de transplante pulmonar, no seu papel de líderes e simultaneamente gestores, permitem que a profissão de enfermagem e especificamente a enfermagem perioperatória se desenvolva. As mudanças constantes no sistema de saúde implicam que sejamos capazes de acolher a dinâmica da mudança, conseguindo criar objetivos tangíveis e motivadores.

Através da criação de condições que permitam à equipa de enfermagem atingir o seu potencial máximo, criando alguma resiliência organizacional durante os períodos de aumento de trabalho, a liderança em enfermagem poderá ter um impacto positivo no resultado espectável da pessoa doente/ família e/ou pessoa significativa. (Maxwell, 2017).

Este é um fenómeno que carece de uma maior evidência. A presente revisão de literatura, assim como a experiência vivida em contexto de estágio, constituíram ponto de partida para o desenvolvimento do estudo “Comunicação e Gestão da Equipa Multidisciplinar: Relevância do Enfermeiro Coordenador de Transplante”.

**APÊNDICE III: Comunicação apresentada no Congresso de
Enfermagem Perioperatória “Da evidência à prática dos
cuidados”**



O Enfermeiro perioperatório na organização: dinamização da equipa

Relevância do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar

Aluna: Cláudia Marisa Viegas Gonçalves

Docente Orientadora: Andreia Ferreri Cerqueira



APÊNDICE IV: Artigo científico “Corto-Perfurantes: uma revisão de bibliografia”

Percurso, n.º 40, abril-junho 2018

Corto-Perfurantes: uma revisão de bibliografia

Cláudia Marisa Gonçalves Lameira*, David D'Oliveira*; rev. António Freitas**

* Enfermeiro/a, estudante do Mestrado de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

** Coordenador do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

Para a promoção da qualidade e segurança foi realizada uma revisão de literatura, com os objetivos de caracterizar os corto-perfurantes no âmbito do risco clínico e do ambiente seguro em contexto da enfermagem perioperatória e identificar algumas práticas de trabalho seguras, relativamente a este tipo de resíduos hospitalares, utilizando para tal noções de Gestão de Risco.

Palavras-chave: Segurança, Corto-perfurantes, Enfermagem Perioperatória

Abstract

For the promotion of quality and safety, a literature review was carried out, aiming to characterize the short-piercings in the clinical risk and safe environment context in the perioperative nursing context and to identify some safe work practices in relation to this type of hospital waste, using for this notions of Risk Management.

Key-words: Safety, Sharp-perforating, Perioperative Nursing.

Introdução

Os corto-perfurantes são material considerado resíduo hospitalar pois resultam de atividades relacionadas com a prestação de cuidados de saúde a seres humanos. Segundo o Decreto-Lei n.º 121/2013 de 22 de agosto, os corto-perfurantes são: “(...) dispositivos médicos corto-perfurantes que constituem equipamentos de trabalho (...) utilizados na prestação de cuidados de saúde, que podem causar feridas, ferimentos e ou infeções nos trabalhadores, por meio de corte, laceração, perfuração ou picada, sendo considerados como equipamento de trabalho.”

Temos como objetivos caracterizar os corto-perfurantes, abordar a temática da gestão do risco referente aos corto-perfurantes e enumerar algumas práticas de trabalho seguras, relativamente a este tipo de resíduos hospitalares, utilizando para tal noções de Gestão de Risco.

A Evolução dos Cuidados de Saúde

A relação entre a doença e a profissão remonta ao ano 400 a.C. em que Hipócrates escrevia sobre diversas doenças que atingiam mercadores e artífices. Com o surgir da Revolução Industrial, que começou em Inglaterra no final do século XVIII e se estendeu gradualmente ao resto do mundo nos séculos XIX e XX, foi substituído o trabalho manual por maquinaria e surgiu uma série de novos problemas ao trabalhador (Rogers, 1997). Até esse momento, todas as empresas que prestavam cuidados de saúde tinham como principal objetivo o tratamento dos acidentes de trabalho além das doenças dos profissionais. Porém, após a 2.ª Guerra Mundial, surgiu uma outra forma de abordar os riscos profissionais, passando-se a ter conta, não só os mecanismos de natureza ambiental ou mecânica, mas também os biológicos ou infecciosos, químicos, físicos e psicossociais. A ausência de uma proteção eficaz da saúde e da segurança no trabalho, podem resultar em absentismo decorrentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais, levando

a incapacidades permanentes de origem profissional com forte impacto económico e humano.

O processo de gestão do risco implica a análise do local de trabalho e a determinação de riscos potenciais, análise de processos e riscos associados, deslocações ao local de desempenho de funções para observação dos mesmos, elaboração de planos para determinação dos níveis de exposição e avaliação das queixas dos trabalhadores (Rogers, 1997).

O risco profissional designa então a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso ou dano na saúde do trabalhador e a sua gravidade no mesmo, após exposição profissional, existindo em qualquer empresa ou estabelecimento (DGS & SNS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2018).

Várias são as fontes de exposição a riscos profissionais por parte do trabalhador (respiratória, digestiva, dérmica, auditiva ou ocular) mas todas elas se encontram dependentes:

- Caraterística do fator de risco e da sua presença no local de trabalho;

- Capacidade de penetração e interação do fator de risco com o organismo humano;

- Tempo, frequência e intensidade a que o trabalhador se encontra exposto;

- Caraterísticas individuais do trabalhador (DGS & SNS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2018).

Deverá ser desenvolvida uma estratégia de intervenção para cada fator de risco no âmbito do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho do local e no âmbito da Gestão do Risco Profissional.

A Gestão do Risco

A Gestão do Risco Profissional deverá ser um processo dinâmico que tem como objetivos: eliminar, minimizar ou controlar o risco profissional através de medidas preventivas e corretivas, que mantenham ou aumentem a saúde e segurança dos trabalhadores.

Este processo desenvolve-se de modo contínuo e nas vertentes de análise, avaliação e gestão do risco, devendo ser efetuado sempre que:

- Identifique uma não conformidade e um risco a ela associada;
- Exista uma criação ou alteração de processos ou atividades;
- Exista alteração significativa da legislação ou outros requisitos;
- Sejam implementadas medidas de minimização de riscos profissionais.



"Processo de Gestão do Risco Profissional". adaptado de DGS & SNS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2018

Os Resíduos Hospitalares

Os profissionais de saúde são responsáveis pela sua segurança e para

isso é necessário que os mesmos reconheçam os riscos profissionais existentes no local onde prestam cuidados de saúde e adotem comportamentos considerados seguros. No entanto, os profissionais estão sujeitos a vários riscos” *associados à prestação de cuidados a doentes portadores do vírus da imunodeficiência humana, do vírus da hepatite B ou de Tuberculose. Infecções, lesões lombares, danos por quedas, acidentes com substâncias químicas ou com corto-perfurantes contaminados (...)*” (Simões, 2010).

Como resultado da prestação de cuidados de saúde a seres humanos na área da prevenção, diagnóstico, tratamento e investigação existe a produção de resíduos.

Os Resíduos Hospitalares são definidos como *“resíduo resultante de atividades clínicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em atividades médico legais, de ensino ou de quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos, bem como todos os resíduos equiparados a urbanos produzidos por cada Unidade Hospitalar”* (CHLC, Procedimento Multissetorial- GRE.102- Auditoria da Gestão de Resíduos Hospitalares, 2014).

Por outro lado, também existem os Resíduos Perigosos, que são definidos como *“o resíduo que apresenta pelo menos, uma característica de perigosidade para a saúde ou para o ambiente”* (Dec. Lei n°178/2006). Os resíduos hospitalares são classificados em 4 grupos de acordo com o seu grau de perigosidade:

• **Grupo I-** resíduos equiparados a urbanos (não apresentam exigências especiais no seu tratamento);

• **Grupo II-** resíduos hospitalares não perigosos (não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos);

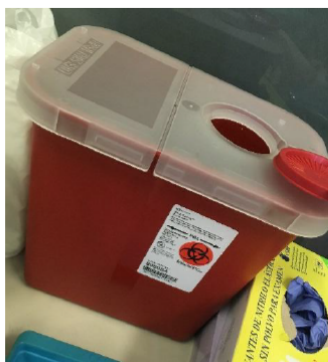
• **Grupo III-** resíduos hospitalares de risco biológico (resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, suscetíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano);

• **Grupo IV-** resíduos hospitalares específicos (resíduos de vários tipos de incineração obrigatória e onde se inserem os materiais cortantes e perfurantes, tais como, agulhas, cateteres e todo o material invasivo) e definidos por *“(..) a) Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas, até publicação de legislação específica; b) Cadáveres de animais de experiência laboratorial; c) Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo; d) produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica; e) Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração. (...)*” (Decreto lei n.º187, 1996).

Pelo despacho de 16/90, de 21 de agosto, foram criadas as condições necessárias, que visavam a eliminação desses resíduos, com o recurso a tecnologias de tratamento dos mesmos e uma classificação que exigisse a separação seletiva dos resíduos, desde a sua origem. Sendo que essa classificação teria em conta a organização e gestão global dos resíduos, os riscos, a proteção dos trabalhadores do setor, a operacionalidade, os preceitos éticos e ainda a perceção do risco pela opinião pública.

É da responsabilidade de todos separar e acondicionar cada tipo de resíduo, no local onde este

é produzido, em saco ou contentor próprio de modo a dar cumprimento à legislação existente. Além disso, existem determinadas precauções relativas ao manuseamento de resíduos que dever-se-ão ter em



Fotografia por Enf.ª Cláudia Gonçalves, 2017

consideração, nomeadamente, não encher os sacos de recolha ou os contentores de corto-perfurantes acima de 2/3 da sua capacidade pois esta ação permite

o encerramento dos mesmos de forma segura, deverão estar identificados com o local de origem e os contentores que se encontrem perto do local de produção deverão manter-se fechados, permitirem a sua abertura acionada por pedal e serem de fácil higienização.

Corto-Perfurantes

Os corto-perfurantes dizem respeito aos "*materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo (...)*".

Os dispositivos médicos corto-perfurantes que constituem equipamentos de trabalho são os "*dispositivos médicos utilizados na prestação de cuidados de saúde, que podem causar feridas, ferimentos e/ou infeções nos trabalhadores, por meio de corte, laceração, perfuração ou picada, sendo considerados como equipamento de trabalho*" (Decreto-Lei n.º 121/2013).

Constituem um importante risco a que os profissionais de saúde se encontram sujeitos, e é sobre estes que vamos incidir a nossa atenção, pois,

um profissional de saúde tem um risco de 1, 5 vezes maior de contrair doenças do que outros trabalhadores. Estes fazem parte do, tendo em conta a classificação de Resíduos, citado em cima, Grupo IV dos Resíduos Hospitalares. Os corto-perfurantes caracterizam-se por ser um Resíduos Hospitalar perigoso, sendo necessário uma atenção especial pois apresentam um elevado risco de contaminação "*(...) resíduos produzidos na prestação de cuidados de saúde que requerem especial atenção na prevenção da transmissão de infeção são os objetos cortantes e perfurantes contaminados(...)*" (DGS, n.d.).

Também fazem parte da Lista Europeia de Resíduos (LER, n.d.), caracterizados como resíduos da prestação de cuidados de saúde a seres humanos ou animais (LER, n.d.).

Todos os resíduos corto-perfurantes devem ter uma triagem e acondicionamento no seu local de produção, de forma a diminuir os riscos para a saúde dos trabalhadores e doentes (DGS, n.d.). Estes devem ser acondicionados em contentores impermeáveis, ao contrário dos restantes resíduos do grupo IV, que devem ser colocados em recipientes de cor vermelha (Decreto lei n.º 186, 1996) ou amarela (UN 3291, Clinical Waste), devendo ser datados e rubricados no início da sua utilização e após o seu encerramento.

Dever-se-á respeitar o limite de enchimento e fechar cuidadosamente sem compactar.

É também recomendado que:

- Existam boas práticas na montagem de forma correta, na acessibilidade, armazenamento e encerramento dos contentores;

- Utilização dos mecanismos de encerramento provisório quando os contentores não se encontram a ser utilizados;
- Colocação de data de início de utilização;
- Existência e colocação segura dos contentores em dispositivos móveis de apoio à prestação de cuidados;
- Substituição imediata dos contentores dos carros de emergência após a sua utilização (CHLC, Procedimento Multissetorial- SST.106- Acidentes de Trabalho com risco biológico n.º 599, 2014).

A forma de tratamento dos mesmos segundo o Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares 2011-2016, é que estes sejam “ (...) incinerados na única central de inceneração existente em Portugal Continental ou exportados, obedecendo aos requisitos do movimento transfronteiriço de resíduos.” (PERH, 2011-2016).

Medidas de proteção na utilização de cortoperfurantes

Um acidente de trabalho é definido como “aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte” (Lei n.º 98/2009) e o risco é “combinação de probabilidade e da(s) consequência(s) da ocorrência de um determinado acontecimento perigoso (lesão) (Norma Portuguesa NP4410, 2004).

Os acidentes de exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos são acontecimentos frequentes e que representam um risco de infeção acrescido para os profissionais. O risco de lesão por instrumento cortoperfurante encontra-se presente em todos os ambientes onde estes resíduos se encontrem em

utilização, e atingem cerca de 1 em cada 5 trabalhadores por ano. Este tipo de acidentes acontece quando um instrumento ou objeto é capaz de penetrar a pele e constitui a forma de exposição mais perigosa dos cuidados de saúde pois pode resultar a transmissão de patógenos altamente virulentos e perigosos (HIV, Hepatites B e C, ...).

A utilização de medidas de segurança durante a prestação de cuidados constitui um importante método de prevenção de lesões por corto-perfurantes.

Relativamente às medidas preventivas no âmbito do controlo dos riscos profissionais devemos ter em conta o seguinte:

- Eliminação do fator de risco profissional (caso não o seja possível eliminar deve-se-á avaliar uma forma de reduzir o risco que lhe está associado);
- Substituir o fator de risco profissional (substituindo o agente ou material por outro considerado menos perigoso);
- Implementar medidas de engenharia (medidas de proteção relacionadas com o risco);
- Implementar medidas administrativas e organizativas (fornecendo formação aos



trabalhadores, proporcionando o repartir de tarefas consideradas penosas, ...);

- Implementar medidas de proteção pessoal (através da utilização de equipamentos de proteção pessoal adequados à tarefa que se irá desempenhar) (DGS & SNS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2018).

A prevenção da exposição ao sangue ou a outros produtos biológicos é a principal medida contra agentes patogénicos de transmissão sanguínea. As precauções básicas terão como objetivo a redução da exposição a estes produtos. Essas precauções deverão ser tomadas em consideração em todas as manipulações de instrumentos corto-perfurantes, independentemente do diagnóstico do doente ou da suposição ou não da existência de doença infecciosa.

Para a prevenção e controlo destes acidentes é necessário garantir a existência de equipamentos de proteção individual e dispositivos que assegurem práticas seguras de trabalho, o cumprimento das precauções básicas aplicadas a todos os doentes e a formação e informação de todos os trabalhadores. (CHLC, Procedimento Multissetorial- SST.106- Acidentes de Trabalho com risco biológico n.º 599, 2014).



Safety in the operating theatre-issues (Lang, 2011)

Ao nível dos materiais de proteção, torna-se necessário garantir a existência de contentores para eliminação dos dispositivos médicos corto-perfurantes, equipamentos de proteção individual (máscaras, luvas, viseiras), estruturas para a higienização das mãos (lavatórios, dispositivos com SABA) e a existência também de mecanismos seguros para administração de injetáveis (dispositivos com agulhas e lâminas retrateis, cateteres venosos com mecanismos de proteção da extremidade).

Além disto, todo o material corto-perfurante envolve diversos cuidados no seu manuseamento como: nunca deverão ser passados de mão em mão (utilizar uma zona de passagem neutra), ter sempre especial atenção à proximidade com outros trabalhadores controlando a posição do dispositivo de modo a evitar lesões.

Nunca se deverá proceder ao reencapsulamento de agulhas ou outro qualquer movimento que envolva dirigir o cortoperfurante a alguma parte do corpo.

Se for necessário remover a agulha deverá ser utilizada uma pinça ou o encaixe da tampa do contentor, onde deverá ser colocado o dispositivo médico corto-perfurante.

E deverá ser da especial atenção dos profissionais de saúde inspecionar todas as superfícies de trabalho, incluindo o leito do doente, de forma a detetar a presença de material corto-perfurante que deverá ser removido com pinça ou semelhante de forma a evitar riscos de ferida e infeção de doentes e profissionais de saúde.



Safety in the operating theatre- issues (Lang, 2011)

Quanto aos contentores onde deverão ser armazenados o material corto-perfurante, devem ser verificados constantemente de forma a não exceder a sua capacidade recomendada pelo fabricante, que é por norma 2/3 da sua capacidade total. Ao colocar o material corto-perfurante no contentor deverá-se manter as mãos atrás da área cortante/ perfurante, e nunca deverá ser forçada a entrada nem colocados dedos ou mãos no interior/ abertura do contentor de cortoperfurantes.

Ainda no que concerne, aos contentores de corto-perfurantes estes devem ser encerrados temporariamente quando não estão a ser utilizados ou durante o transporte do mesmo de forma a evitar acidentes (CHLC, 2014).

Além das práticas seguras no uso de dispositivos médicos corto-perfurantes, os profissionais de saúde devem tomar medidas de controlo de infeção segundo as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) como: higienização das mãos, equipamentos de proteção individual, limpeza e manutenção de equipamentos e superfícies e cuidados com textéis e roupa(DGS, 2013).

Como lidar com corto-perfurantes: alguns exemplos da prática diária

O impacto financeiro de fornecer materiais corto-perfurantes com mecanismos de proteção é muito

baixo comparado com o custo de tratamento de um episódio de lesão por material corto-perfurante, especialmente quando se considera a frequência de exposições e o custo do tratamento pós exposição (cerca de \$500 a \$3000 USD por ocorrência em 2004 nos Estados Unidos) (Caple & Schub, 2015) .

Deveremos ter em consideração antes da utilização de qualquer material corto-perfurante:

- A legislação existente e as iniciativas relativamente à utilização de dispositivos de proteção;
- Os princípios gerais de manuseio e descarte em segurança de dispositivos corto-perfurantes (a utilização de técnicas de sutura cirúrgicas mecânicas, utilização de agulhas de sutura de ponta romba para músculo e fáscia, utilização da técnica "*hands free technique*" quando existe o manuseamento e a passagem de instrumentos corto-perfurantes entre diferentes elementos da equipa);
- Dispositivos de proteção, as suas indicações de utilização e instruções de utilização;
- Existência de dispositivos ou contentores de descarte apropriado para materiais corto-perfurantes.

Piquei-me e agora?

Na prática clínica diária a utilização de material corto-perfurantes é algo banal, no entanto, constitui um risco para os profissionais de saúde.

Os acidentes com material corto-perfurante tem merecido especial atenção pelos serviços de segurança e saúde do trabalho, que acompanham os profissionais acidentados com os protocolos de diagnóstico instituídos, registo e o respetivo acompanhamento.

A Associação Europeia de Empregadores Hospitalares e da Saúde (HOSPEEM) e a Federação dos Sindicatos Europeus do Serviço Público (EPSU), celebraram a Diretiva n.º 2010/32/ UE do Conselho em 10 de Maio de 2010, um Acordo-Quadro.

O Acordo-Quadro visa

“ (...) prevenção de ferimentos provocados por objetos cortantes nos setores hospitalar e da saúde(...) Na proteção dos trabalhadores contra feridas causadas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho (...) uma abordagem integrada da avaliação e prevenção dos riscos, formação, informação, sensibilização e monitorização, bem como dos respectivos procedimentos de resposta e acompanhamento.” (Decreto-Lei n.º 161, 2013).

Desta forma, cabendo a cada Estado-Membro regulamentar a situação, em 22 de Agosto de 2013 em Portugal, foi criado o Decreto-Lei n.º 161 que *“estabelece o regime jurídico relativo à prevenção de feridas provocadas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho nos setores hospitalar e da prestação de cuidados de saúde (...)”*.

Encontram-se abrangidos todos os empregadores, trabalhadores, subcontratantes, estudantes, estagiários do setor hospitalar e da prestação de cuidados de saúde.

Por outro lado, também regulamenta o local de trabalho, quer seja uma instituição pública ou privada onde sejam prestados cuidados de saúde. *“ (...) Locais de trabalho abrangidos, estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, públicos ou privados, e outros locais onde sejam realizados e prestados cuidados de saúde, sob autoridade e supervisão do empregador, (...)”* (Decreto-Lei n.º 161, 2013).

Assim, revela-se pertinente que seja fornecida informação e sensibilização aos profissionais de saúde sobre o manuseamento de corto-perfurantes, pois constituem um forte risco de ferida e infeção provocado pelo seu manuseamento incorreto.

Torna-se importante alertar sobre a forma correta do manuseamento, sobre material de prevenção de acidentes, cumprimentos das orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) no que toca a prevenção, controlo da infeção e boas práticas.

Também deverá ser disponibilizado material e equipamento de proteção individual aos profissionais de saúde, disponibilizar material corto-perfurante que apresentem mecanismos de proteção concebidos para o uso seguro dos mesmos, assegurar uma adequada triagem dos resíduos, acondicionamento, transporte e eliminação de material corto-perfurante, não proceder ao reencapsulamento de agulhas(Decreto-Lei n.º 161, 2013). Segundo este Decreto-Lei, é essencial providenciar formação obrigatória e gratuita aos trabalhadores no âmbito da segurança e saúde no trabalho, com maior enfoque, na utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes no momento da integração no local de trabalho.

A formação deverá incidir sobre alguns aspetos relevantes como:

“utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho (...) precauções básicas de infeção, procedimentos de utilização e eliminação de dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho, importância da imunização, notificação e procedimentos de resposta e acompanhamento a adotar em casos de feridas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho.”

Em caso de acidente com dispositivos médicos corto-perfurantes o profissional de saúde encontra-se protegido, desde que cumpridas todas as precauções e medidas de segurança estipuladas, além de que, deverá notificar qualquer evento ocorrido, com dispositivos médicos corto-perfurantes, no Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos da Direção Geral de Saúde (DGS).

Também é assegurado ao profissional de saúde em caso de acidente :

“ (...) Assegurar as ações e procedimentos de vigilância de saúde; conceber, implementar, divulgar e manter atualizado um plano de ação em caso de acidente; disponibilizar gratuitamente (...) a vacinação e as medidas para o tratamento e reabilitação do trabalhador, incluindo profilaxia pós- exposição a agentes biológicos e os exames médicos necessários.” (Decreto-Lei n.º 161, 2013).

A avaliação do risco de transmissão de infeções virais deve ser realizada o mais rapidamente possível (em poucas horas) após a lesão com o instrumento corto-perfurante de modo a que se possa instituir uma quimioprofilaxia em tempo útil (até 72 horas relativamente aos antirretrovirais e até 1 semana em relação à imunoglobulina anti hepatite B, sendo desejável o seu início nas primeiras horas após a exposição).

A identificação de infeção VHB, VHC ou VIH no doente é fundamental, pelo que deverá ser solicitado o seu consentimento informado (CHLC, Procedimento Multissetorial- SST.106- Acidentes de Trabalho com risco biológico n.º 599, 2014).

O trabalhador exposto ao produto biológico infetado é responsável por dar início ao processo de notificação de acidente com instrumento corto-perfurante no

menor espaço de tempo possível e de cumprir as recomendações que lhe são facultadas.

Os cuidados com o local da ferida devem ser adotados de imediato:

- após exposição de mucosas: lavar abundantemente (5 minutos) com água limpa ou soro fisiológico;
- na exposição através de via percutânea: deixar sangrar livremente e lavar o local com água e sabão, desinfetando com agente antisséptico (não utilizar agentes cáusticos nem injetar agentes antissépticos no local da ferida).

Considerações Finais

A realização do presente artigo sobre corto-perfurantes, permitiu compreender a importância e responsabilidade que temos como Enfermeiros, profissionais de saúde, no tratamento destes dispositivos médicos que constituem um perigo de saúde pública, dado que é um resíduo hospitalar considerado perigoso. De igual forma, permitiu desenvolver conhecimentos sobre gestão do risco e práticas de trabalho seguras com corto-perfurantes.

Referências Bibliográficas

- 161, D. L. (22 de Agosto de 2013). Diário da República, 1.ª série - N.º 161, pp. 5052-5055.
- 187, D. L. (13 de Agosto de 1996). DIÁRIO DA REPUBLICA - II SÉRIE. Lisboa.
- Caple, C., & Schub, E. (10 de Abril de 2015). Sharps Injuries: Prevention- using safety devices. (C. I. Systems, Ed.) *Nursing Practice and skill*.
- CHLC. (30 de Maio de 2014). Procedimento multissetorial CIH.101. *Precauções básicas*.
- CHLC. (30 de Maio de 2014). Procedimento Multissetorial CIH.101- Precauções básicas, n.º357.
- CHLC. (2014). *Procedimento Multissetorial- GRE.102- Auditoria da Gestão de Resíduos Hospitalares*. Circular Informativa 590, CHLC.

- CHLC. (26 de Setembro de 2014). Procedimento Multissetorial- SST.106- Acidentes de Trabalho com risco biológico n.º 599. *Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, - Conselho de Administração- Circular Informativa*.
- Dec. Lei nº178/2006. (s.d.). *alínea c, do Artº 3*.
- Decreto-Lei nº 121/2013. (s.d.).
- DGS. (31 de Outubro de 2013). Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). *Direção Geral de Saúde*, pp. 1-26.
- DGS. (s.d.). Resíduos Hospitalares (Documento de Orientação) . Governo de Portugal - Ministério da Saúde.
- DGS, & SNS. (Janeiro de 2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/organizacao-de-servicos-de-saude-do-trabalho/requisitos-de-organizacao-e-funcionamento/atividades/gestao-do-risco-profissional.aspx>
- Lang, H. (2011). <http://slideplayer.com/slide/7283357/>. Obtido de www.slideplayer.com.
- Lei nº 98/2009.
- LER. (n.d.). Lista Europeia de Resíduos.
- Norma Portuguesa NP4410 (2004).
- Ogg, M. (Julho de 2013). <https://www.slideshare.net/aomsocialmedia/sharps-safetyrp-webinar>. Obtido de www.slideshare.com.
- PERH. (2011-2016). Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares. Agência Portuguesa do Ambiente, DGS, DGV.
- Rogers, B. (1997). *Enfermagem do trabalho: conceitos e prática*. Lusociência.
- Simões, G. V. (2010). *Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde- Orientação técnica n.º 1- DSP*. Ministério da Saúde - Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.
- UN 3291, Clinical Waste. (s.d.). *Bio Medical Waste or Regulated Medical Waste*.



ANEXOS:

ANEXO I: Certificado de participação no Congresso de Enfermagem Perioperatória “Da evidência à prática dos cuidados”



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, se declara Cláudia Gonçalves,
participou no Congresso Enfermagem Perioperatória: da Prática à Evidência, com a apresentação da Comunicação intitulada Relevância do enfermeiro coordenador de transplante pulmonar
que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no dia 25 de janeiro de 2019.

Setúbal, 25 de janeiro de 2019

A Comissão Científica

Prof.^a Doutora Ana Lúcia Ramos

Prof.^a Doutora Andreia Cerqueira

Prof. António Freitas

ANEXO II: Certificado de participação no Congresso SPCCTV



CONGRESSO
SPCCTV
4D
VISIONS18
CARDIAC | THORACIC | VASCULAR | INTERVENTION
CIRURGIA OU INTERVENÇÃO
CARDIOVASCULAR?

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO
CLÁUDIA MARISA VIEGAS GONÇALVES

esteve presente no
CONGRESSO SPCCTV 4D VISIONS18
Albufeira, Portugal | 23 a 25 de Novembro | 2018


José Fernando Teixeira
Presidente SPCCTV



João Brum Teixeira
Presidente APIC


 The CONGRESS SPCCTV - 4D VISIONS18 - FOUR PERSPECTIVES ON THE SAME SURGICAL PRACTICE, Albufeira, Portugal, 23/11/2018-25/11/2018 has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) with 18 European CME credits (ECMECs). Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity.