



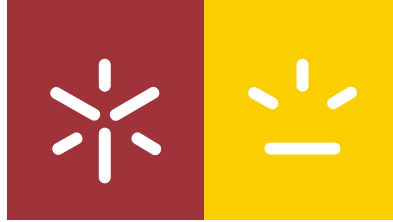
Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Cátia Gomes Correia

A identificação de potenciais dadores
de órgãos num serviço de urgência geral

A identificação de potenciais dadores
de órgãos num serviço de urgência geral
Cátia Gomes Correia

UMinho|2021



utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Cátia Gomes Correia

A identificação de potenciais dadores
de órgãos num serviço de urgência geral

Relatório de estágio
Mestrado em enfermagem da pessoa em situação crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor João Cainé

dezembro 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

AGRADECIMENTOS

“O que motiva o profissional é o desejo e o esforço perpétuo de fazer as coisas, o melhor possível; a motivação é a mesma no enfermeiro e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato.”

Florence Nightingale

Ao Professor João Cainé, professor orientador, pela sua importante sabedoria, sentido de partilha, eficaz orientação, disponibilidade e contributo inigualável para a concretização dos meus objetivos.

Ao Enfermeiro António Faria, enfermeiro-Chefe do serviço de urgência, local onde decorreu o estágio, pelo seu acompanhamento, disponibilidade e apoio.

Ao Enfermeiro Ruben Sousa Torres, enfermeiro Tutor, pela incansável orientação e tutoria, partilha de conhecimentos, pelas competências e aprendizagens transmitidas. O seu contributo é um marco fundamental na minha aprendizagem e formação profissional.

À Enfermeira Isabel Silva e à minha equipa de enfermagem, pela importante compreensão, companheirismo e por serem excecionais elementos facilitadores da conciliação de horários laboral com o do Mestrado e Estágio.

Ao Diogo, companheiro fiel e elemento apaziguador nos momentos que mais exigiram de mim. Obrigado por ajudares a não desistir. A este ser pequenino que conseguimos gerar e que, mesmo embrionário, já me ilumina e me dá força para lutar por um mundo melhor.

À minha família e meu “porto seguro”, fonte de energia e amor incondicional, por tudo o que sou, pelo que me transmitem e permitem alcançar.

Aos meus amigos, pela amizade, apoio incondicional e “ar fresco”, por me fazerem acreditar que tudo estava ao meu alcance.

A todos, pela força e inspiração para superar todos os obstáculos e alcançar mais esta meta. Muito obrigada.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho

RESUMO

Uma das maiores dificuldades que a área da doação e transplantação enfrenta na atualidade é o número de órgãos necessários superar em elevada quantidade o número de doações efetivas. Por esta razão, é fundamental que os profissionais que integram as equipas de saúde tenham o pleno conhecimento deste desafio, refletindo sobre as suas competências, com o objetivo de melhorar a identificação de potenciais dadores de órgãos.

A identificação de um potencial dador de órgãos carece de conhecimentos e competências técnicas, que integram o quadro de saberes do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica. O enfermeiro assume, muitas vezes, o lugar mais próximo da pessoa em situação crítica e família e, portanto, exerce um papel inquestionável no processo de identificação, notificação e tratamento precoce do potencial dador de órgãos.

O presente relatório reflete o caminho percorrido até ao desenvolvimento de competências essenciais à especialização deste mestrado. No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II, realizou-se um estágio com relatório final conducente às atividades desenvolvidas num Serviço de Urgência. A metodologia utilizada é a metodologia-projeto, com carácter descritivo e reflexivo das atividades realizadas e competências desenvolvidas. Foi elaborado um Projeto de Intervenção em Serviço sobre o papel do enfermeiro especialista na identificação precoce do potencial dador de órgãos, desenvolvendo uma atividade formativa, visando sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância desta deteção precoce. Para dar resposta eficaz aos objetivos propostos, realizou-se um algoritmo de avaliação precoce de um potencial dador, bem como um procedimento, de modo a ser empregue no quotidiano do exercício profissional. Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, percebe-se que o tema foi pertinente e que a aquisição de conhecimentos foi uma constatação da realidade. Por fim, foi proposto à equipa o desafio de melhorar a atuação nesta área com a organização de grupo de trabalho que estabeleça uma monitorização do algoritmo, bem como, desenvolva intervenções de enfermagem específicas à identificação do potencial dador de órgãos e cuidado precoce do mesmo e da família.

Palavras-chave: enfermeiros; pessoa em situação crítica; potenciais dadores de órgãos; serviço de urgência geral

ABSTRACT

One of the biggest difficulties that the donation and transplantation area currently faces is the number of organs needed to surpass the number of effective donations in a high quantity. For this reason, it is essential that professionals who are part of the health teams are fully aware of this challenge, reflecting on their skills, with the aim of improving the identification of potential organ donors.

The identification of a potential organ donor lacks technical knowledge and skills, which are part of the knowledge framework of the nurse specialist in nursing a person in a critical situation. The nurse often assumes the closest place to the person in a critical situation and family and, therefore, plays an unquestionable role in the process of identification, notification and early treatment of potential organ donors.

This work reflects the path taken to the development of essential skills for the specialization of this Master. Within the scope of the Curricular Unit Internship and Final Report or Dissertation of Applied Nature II, an internship as carried out with a final report leading to the activities developed in an Emergency Service. The methodology used is the project-methodology, with a descriptive and reflective character of the activities carried out and the competences developed. An In-Service Intervention Project was elaborated on the role of the specialist nurse in the early identification of potential organ donors, developing a training activity, aiming to sensitize the nursing team to the importance of this early detection. In order to effectively respond to the proposed objectives, an early evaluation algorithm of a potential donor was carried out, in order to be used in the daily professional practice. After applying the assessment instruments, it is clear that the topic was relevant and that the acquisition of knowledge was a reality. Finally, the team was challenged to improve its performance in this area by organizing a working group to establish monitoring of the algorithm, as well as to develop specific nursing interventions to identify potential organ donors and provide early care for them and of the family.

Keywords: nurses; person in critical condition; potential organ donors; general emergency service

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	17
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA.....	18
2. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	23
2.1 Domínio das competências comuns do enfermeiro especialista.....	24
2.2 Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica .	33
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	34
2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	50
2.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	53
PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO	57
1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, POTENCIAL DADORA DE ÓRGÃOS	58
1.1 Doação/ Transplantação.....	58
1.2 Contextualização Histórica da Transplantação.....	62
1.3 Princípios Éticos da Transplantação de Órgãos	63
1.4 Critérios de Morte Cerebral e Manutenção do potencial dador de órgãos.....	66
1.5 Cuidados de Manutenção de Potenciais Dadores de Órgãos.....	67
2. METODOLOGIA DE TRABALHO PROJETO	71
2.1 Diagnóstico de situação	71
2.2 Definição de Objetivos	80
2.3 Planeamento de Intervenção	82
2.5 Execução de Intervenção	83
2.3 Avaliação da sessão de formação	85
2.6 Divulgação de Resultados	90
CONCLUSÃO	91
ANEXOS	107
APÊNDICE I	108
APÊNDICE II	109
APÊNDICE III	111
APÊNDICE IV	113
APÊNDICE V	139

APÊNDICE VI	142
APÊNDICE VII	145

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Causas de Morte Cerebral em Portugal.....	75
Tabela 2- Causas de Morte Cerebral HB VS Portugal em 2018.....	77
Tabela 3- Planeamento de Atividades.....	83
Tabela 4- Resposta dos participantes à pergunta 1.....	86
Tabela 5- Resposta dos participantes à pergunta 2.....	87
Tabela 6- Resposta dos participantes à pergunta 3.....	87
Tabela 7- Resposta dos participantes à pergunta 4.....	88
Tabela 8- Resposta dos participantes à pergunta 5.....	88
Tabela 9- Resposta dos participantes à pergunta 6.....	89
Tabela 10- Resposta a questionário de formação.....	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Planta do Serviço de Urgência do HRN	19
Figura 2- Fluxograma do Processo de Doação e Transplante.....	60
Figura 3- Regra dos 100 da manutenção do potencial dador de órgãos	68
Figura 4- Análise SWOT.....	78
Figura 5- Algoritmo de Identificação da PSC Possível Dadora de Órgãos.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Dador falecido- Evolução anual.....	74
Gráfico 2- Dadores Falecidos MC em Portugal (2011- 2020)	75
Gráfico 3- Evolução nº dadores falecidos HRN (2010- 2020)	76
Gráfico 4- Causas de Morte Cerebral HRN VS Portugal 2015.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACCN- *American Association of Critical-Care Nurses*

ABTO- Assistência Brasileira de Transplante de Órgãos

AMIB- Assistência de Medicina Interna Brasileiro

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CCI- Comissão de Controlo de Infecção

CDC- *Centers Disease Control*

CIHDOTT- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

CRRNEU- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Escala de Coma de Glasgow

EMC- Especialidade Médico-Cirúrgico

ENA- *Emergency Nurses Association*

EPI- Equipamentos de Proteção Individual

FOUR- *Full Outline of Unresponsive Score*

GCCT- Gabinete de Coordenador de Colheira e Transplantação

GCLPPCIRA- Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências a Antimicrobianos

HRN- Hospital da Região Norte

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

IPST- Instituto Português de Sangue e Transplantação

MEPSC- Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OM- Ordem dos Médicos

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAM- Pressão Arterial Média

PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PDO- Potencial Dador de Órgãos

PCR- Paragem Cardio- Respiratória

PEEP- Pressão Positiva Expiratória Final

PIC- Pressão Intracraniana
PIS- Projeto de Intervenção de Serviço
PSC- Pessoa em Situação Crítica
PSCPDO- Pessoa em Situação Crítica Potencial Dadora de Órgãos
RAM- Resistência Antimicrobiana
RE- Relatório de Estágio
RCN- *Royal College of Nursing*
S.A.- Sociedade Anónima
SAP- Serviço de Atendimento Personalizado
SARS- coV2- *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*
SE- Sala de Emergência
SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SNC- Sistema Nervoso Central
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SU- Serviço de Urgência
TCE- Traumatismo Crânio- Encefálico
UCI- Unidade de Cuidados Intermédios/ Intensivos
UDC- Unidade de Decisão Clínica
WHO- *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

O ensino em enfermagem tem sofrido, mundialmente e, em particular, em Portugal, alterações significativas nas últimas décadas (Gato & Nunes, 2013). O progresso relaciona-se diretamente com os resultados da investigação científica e dos avanços da disciplina e da profissão de acordo com as necessidades reais e atuais das pessoas e comunidade.

A Enfermagem, a par de todas as disciplinas necessita de renovar progressivamente o seu corpo de conhecimentos, procurando autonomia, prestígio e a sua credibilidade (Araújo, 2010). A importância da investigação em Enfermagem, independentemente da área a que se dedica, é hoje reconhecida para o desenvolvimento contínuo da profissão, para a tomada de decisões pertinentes e adequadas, oportunas e inteligentes para uma prestação de cuidados de excelência.

A prestação de cuidados aos doentes em situação crítica, tem também conhecido importantes avanços, devido, principalmente, à formação dos profissionais e aos desenvolvimentos tecnológicos verificados na área da saúde. De acordo com o DR, 2ª série – nº35 - 18/02/11, Regulamento nº 124/2011 (p. 8656), *“a pessoa em situação crítica, é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*.

A existência de enfermeiros que prestem cuidados especializados é justificada pela necessidade destes profissionais procurarem, em todo o seu exercício profissional, a excelência da sua prática, conforme estabelecido no Artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). O enfermeiro especialista, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros 140/2019 *“é aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*, e que viu ser-lhe atribuído nos termos do disposto na alínea i) do nº3 do artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento nº 392/2018, de 28 de Junho, que define a inscrição, atribuição de títulos e emissão da cédula profissional, uma das especialidades em enfermagem (Decreto-Lei nº140/2019, de 18 de Setembro, em Diário da República, 1ª Série, 2019).

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto

Douro e iniciado em Setembro de 2019, foi proposto a elaboração de um relatório de estágio, como elemento de avaliação da unidade curricular Estágio e Relatório Final de Natureza Aplicada II, que visa espelhar todo o percurso realizado ao longo do 3º Semestre, decorrido desde Janeiro a Junho de 2021, demonstrando a operacionalização do projeto traçado no 2º Semestre do curso de mestrado, assim como as dificuldades sentidas para a sua concretização.

Conforme o Despacho n.º 14799/2012 de 19 de novembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 223, este curso confirma a formação de enfermeiros com grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, cuja Ordem dos Enfermeiros reconhece a concessão ao título de Especialista em Médico-Cirúrgica (Aviso n.º 13571/2014).

Este percurso, teve início no 2º Semestre com a elaboração do projeto. Projeto deriva do latim: *projectare*. Etimologicamente, tem o significado de lançar-se para a frente. Traduz-se pelo que se planeia fazer, é um desígnio ou uma intenção. De acordo com Fernandes (1999), um projeto é “o processo de planeamento e realização de um conjunto articulado de ações com vista a atingir determinados objetivos” (pg. 234). É um conceito simplista e que para Ruivo et al. (2010), o objetivo principal da metodologia de projeto é a resolução de problemas, e por consequência dotar o autor de conhecimentos, competências e habilidades que lhe permitam resolver situações da realidade. Neste âmbito, propõe-se a elaboração de um relatório que vem refletir de forma crítica, pormenorizada e fundamentada sobre o processo formativo realizado.

Foram estabelecidas por estas autoras, cinco etapas para a metodologia de projeto: elaboração do diagnóstico de situação; definição dos objetivos; planeamento das atividades, meios e estratégias; execução e avaliação e divulgação dos resultados. A divulgação dos resultados concretiza-se através da apresentação do relatório do estágio efetuado, de forma a desenvolver o conhecimento e a aquisição de competências especializadas de enfermagem numa área específica de cuidados, neste caso, cuidados à Pessoa em Situação Crítica

A Ordem dos Enfermeiros elenca um conjunto de competências que deverão incorporar o currículo do enfermeiro especialista. O enfermeiro especialista é então:

“...o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, em Diário da República, 1998).

De modo a alcançar as competências preconizadas para este mestrado e de forma a direcionar os cuidados de enfermagem numa área específica, o tema escolhido foi: A identificação de potenciais dadores de órgãos num serviço de urgência geral.

A escassez de órgãos que se verifica, atualmente, em todo o mundo, tem se tornado um problema de grande destaque e por este fato existem inúmeros e incansáveis projetos de forma a apresentar soluções às necessidades declaradas mundialmente. O doente crítico pela sua complexidade de cuidados e evolução, por vezes, pode ser considerado um potencial dador de órgãos/tecidos, em virtude de não se conseguir suprir as suas falências orgânicas. No entanto, para que este possa doar órgãos viáveis torna-se fundamental garantir a qualidade dos cuidados prestados. A viabilidade dos órgãos e a qualidade dos cuidados exercidos apresentam uma relação de igualdade, isto é, melhores cuidados garantem melhores órgãos. Relativamente a estes cuidados, a enfermagem tem um papel fundamental. As intervenções de enfermagem e a sua qualidade advém da compreensão das alterações que resultam da morte cerebral. A doação de órgãos, apesar de ser um tema debatido na atualidade, é pouco discutido pela sociedade, pelas famílias e pelos indivíduos. Cabe, portanto, às equipas de saúde multidisciplinares a abordagem à família de um potencial dador de órgãos e tecidos com vista à doação.

O enfermeiro pela sua proximidade à pessoa e família na prestação de cuidados, ocupa uma posição privilegiada na identificação de potenciais dadores. Estes cuidados requerem conhecimentos e competências específicas (técnicas, humanas, éticas e até legais) para as quais deve estar atento. É uma área que tem vindo, efetivamente, a evoluir nos últimos anos, porém a identificação e manutenção dos potenciais dadores de órgãos em morte cerebral, continuam entre os grandes desafios enfrentados pelas equipas que trabalham nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e serviços de urgência (SU). Sendo que no caso dos dadores em morte cerebral o principal objetivo é maximizar o número de órgãos transplantáveis e a sua qualidade, decorrentes de um episódio de paragem cardíaca, instabilidade hemodinâmica, infeções nosocomiais ou complicações relacionadas com o cuidado intensivo.

Com a realização deste relatório pretende-se:

- Enquadrar teoricamente o objeto de estudo;
- Descrever a operacionalização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e analisar os resultados obtidos;

- Refletir sobre a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica;
- Sensibilizar os enfermeiros para a promoção de práticas de qualidade que permitam um cuidado de excelência à pessoa em situação crítica, potencial dadora de órgãos.

Sendo o alicerce, o desígnio e o conceito-chave do Mestrado integrado, a Pessoa em Situação Crítica, decidiu-se utilizar no relatório o termo “pessoa”. O conceito de pessoa está agregado ao metaparadigma de enfermagem, que explica a sua prática, aliado ainda ao conceito de saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Segundo o Conselho de Enfermagem (2012), a pessoa é um ser social, único e indivisível, com autonomia e dignidade própria e que, o seu uso, oferece um carácter humanista ao o referenciarmos. O relatório que se apresenta pretende ser uma exposição objetiva e minuciosa acerca das experiências de estágio vivenciadas, dos contributos e das implicações dessa mesma experiência para o desenvolvimento pessoal e profissional, e para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Encontra-se organizado em cinco grandes capítulos. Inicia-se com a presente introdução, onde se faz uma breve alusão à Enfermagem, ao cuidado em Enfermagem e à Pessoa em Situação Crítica, onde se definem os objetivos do presente estudo, se explicita a metodologia utilizada para a consecução do projeto, bem como, a estrutura do relatório. O segundo capítulo centra-se na reflexão e análise dos cuidados de Enfermagem especializados na área da Pessoa em Situação Crítica e o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista face às experiências vivenciadas. O terceiro capítulo foca-se, primeiramente na abordagem teórica da doação e transplantação, mais especificamente, nos fatores de risco, nos critérios de diagnóstico, na avaliação através de escalas específicas, no tratamento, e na sua prevenção. Ainda integrado neste capítulo descreve-se o Projeto de intervenção em serviço desenvolvido ao longo do estágio, onde se aborda o diagnóstico de situação, os objetivos, o planeamento, a execução, a avaliação e a divulgação dos resultados, no sentido de sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da identificação precoce da pessoa potencial dadora de órgãos. O quarto capítulo refere-se à conclusão, onde se efetua uma síntese do trabalho desenvolvido, se reflete sobre o atingimento dos objetivos do relatório e se abordam as dificuldades vivenciadas. Finaliza-se com a apresentação das referências bibliográficas e dos apêndices. Para a execução deste Relatório de Estágio (RE), a metodologia utilizada assenta essencialmente numa

análise crítica e reflexiva, recorrendo a bases de dados que sustentam teórica e empiricamente o tema proposto, assim como na Metodologia de Projeto.

PARTE I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA

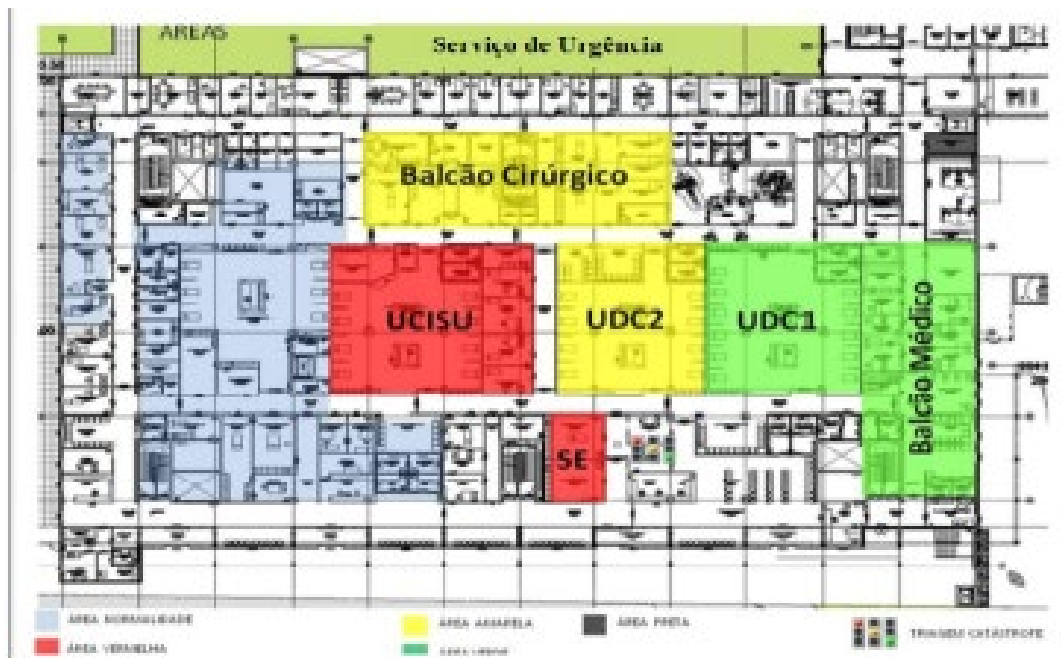
1.1 Caracterização do serviço de urgência

O estágio final decorreu num Hospital da Região Norte (HRN), sendo definido o Serviço de Urgência pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência /Urgências (CRRNEU, 2012) como um Serviço de Urgência Polivalente, destacado como o nível mais diferenciado de resposta à situação de Urgência/Emergência. Desta forma, o SU do HRN obedece aos critérios definidos pela CRRNEU (2012) para a atribuição do título de Serviço de Urgência Polivalente, diferenciando-se dos Serviços de Urgência Médico Cirúrgica e Básica. Além disso, responde a valências específicas como Neurocirurgia, Imagiologia, Cirurgia Vascular, Pneumologia (com endoscopia, Vias Verdes da Sepsis, AVC, Trauma e Coronária), assegurando ainda a prestação de cuidados de saúde no âmbito das valências de Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Gastrenterologia ou responsabilizando-se pelo transporte do doente para o hospital mais próximo que possua a valência em falta. O SU do HB tem ainda uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação e um heliporto.

O HB abrange diretamente uma área de 275 000 habitantes. Esta área é alargada para cerca 1.100.000 de habitantes como referência de 1.^a linha para algumas das especialidades médicas, como Neurocirurgia e Laboratório de Hemodinâmica e referência de 2.^a linha nas restantes (Teixeira & Faria, 2019). O HRN tem como área de influência os distritos de Braga e de Viana do Castelo. Serve como Hospital de 1.^a linha para os concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde e como Hospital de 2.^a linha para a área remanescente daqueles dois distritos. As regras de referenciação operacionalizadas ao HRN, bem como o dever de colaborar com as restantes unidades prestadoras de cuidados de saúde da rede do SNS, poderão aumentar a população abrangida pela necessidade de referenciação ou alocação de doentes de outras áreas territoriais.

O SU tem uma área aproximada de 4.400m² e comporta várias áreas, como mostra a figura 1.

FIGURA 1- PLANTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HRN



Relativamente à estrutura física, o SU apresenta uma sala de espera com atendimento administrativo, uma sala de triagem com 2 boxes, 2 salas de emergência, com condições para prestar cuidados de suporte avançado de vida, estando uma capacitada para a atuação pediátrica, uma área médica para doentes autónomos com pulseira verde ou amarela, uma Unidade de Decisão Clínica 1 para doentes dependentes ou clinicamente a necessitar de maca com pulseira verde ou amarela, uma Unidade de Decisão Clínica 2 para doentes dependentes ou clinicamente a necessitar de maca com pulseira laranja ou vermelha, uma área de trauma, uma Unidade de Cuidados Intermédios para doentes com necessidade de internamento e monitorização, vários gabinetes médicos, havendo área de oftalmologia, uma sala de comunicação com a família e uma base para a Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Tem um acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, e também, ao bloco operatório que se situa no piso imediatamente superior.

O estágio decorreu em contexto de pandemia por SARS- coV2, o que justificou a alteração da dinâmica de atuação deste serviço, bem como dos circuitos explicados em epígrafe. Assim, a UDC1 dedica-se a doentes dependentes ou clinicamente a necessitar de maca com pulseira verde, amarela, laranja ou vermelha. Enquanto que a UDC2 dedicou-se exclusivamente a doentes dependentes ou clinicamente a necessitar de maca de foro respiratório e a doentes infetados por SARS- coV2. Além destas, houve

necessidade de criar uma sala de foro respiratório e circuito distinto para doentes de pulseira verde e amarela, com este tipo de clínica.

O HRB é um estabelecimento integrado na rede de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, adiante designada por SNS, anteriormente gerido pela Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. nos termos do Contrato de Gestão celebrado no âmbito do Programa de Parcerias Público-Privadas nos termos do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, alterado pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. A 31 de agosto de 2019 termina a Parceria Público-Privada do HRN dando lugar ao HRN, Entidade Pública Empresarial.

Segundo, os relatórios de acesso aos cuidados de saúde deste hospital do último par de anos (2019 e 2020), foram observados no SU cerca de 192 000 doentes, o que demonstra a magnitude e abrangência deste serviço, no socorro e prestação de cuidados de saúde na região norte, que se pode explicar tanto pelo envelhecimento populacional, como pelo conseqüente aumento de necessidades e pelas novas políticas de saúde com o encerramento de vários Serviços de Atendimento Permanente (SAP) localizados nos centros de saúde.

Existe um fluxo de doentes pré-estabelecido e inquestionável, diferenciado pelo tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, definindo-se inequivocamente que atividades se realizam em cada uma das áreas e como se relacionam dinamicamente com as restantes áreas e serviços de internamento.

A sala de emergência, é composta por duas salas (boxes), com uma maca em cada boxe, equipada com ventilador mecânico portátil, material de aspiração, monitorização invasiva e não invasiva, ventilação e suporte avançado de vida. Cada boxe, tem também todo o material necessário, disperso por armários, bem identificados e de fácil acesso.

Existe um carro de via aérea difícil na sala de emergência (box 1) e um computador para registos, pedidos de exames complementares de diagnóstico e consulta de resultados, um desfibrilhador portátil que assiste e dá apoio à Emergência Interna, e ainda um trolley de via aérea difícil. Ambas as salas se encontram acessíveis de uma forma direta por parte de doentes transportados do exterior.

Para as salas de emergência são transportados doentes que, baseado em critérios de gravidade, através de uma triagem prévia, se encontram em risco de vida e às quais lhe foi atribuída prioridade emergente, tendo em conta a escala de Triagem de Manchester. Estes doentes podem ser provenientes do exterior do Hospital, transportados pelas equipas do pré-hospitalar, de outros hospitais com um grau de diferenciação menor, onde não se encontram disponíveis os meios ou especialidades necessárias para

o tratamento definitivo da pessoa em situação crítica ou do próprio internamento do hospital aquando da ativação das equipas de Emergência Interna.

Por fim, falta salientar que na maioria dos serviços de urgência em Portugal, incluindo o serviço de urgência do HB, encontra-se implementado o Sistema de Triagem de Manchester.

Este sistema de Triagem de Prioridades identifica a prioridade clínica e define o tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do serviço de urgência quer em situações de catástrofe. Este constitui uma metodologia de trabalho implementada em 1997 em Manchester e amplamente aplicada no Reino Unido e noutros países da Europa. O seu objetivo consiste em atribuir a cada prioridade um número, uma cor e um nome, definindo-se anteriormente para cada uma delas um tempo alvo aceitável até ao primeiro contato com o médico do serviço.

1.2 Recursos Humanos

Em termos de recursos humanos, na categoria de enfermagem, o SU teria na altura uma equipa de 110 enfermeiros, estando distribuídos nos turnos da manhã e da tarde, que decorriam entre as 8:30h e as 14:30h e entre as 14:30h e 20:30h respetivamente, 1 enfermeiro responsável de turno, 2 enfermeiros na triagem, 2 enfermeiros na sala de Emergência, 1 enfermeiro na área médica, 1 enfermeiro na área de trauma, 3 enfermeiros na Unidade de Decisão Crítica 1, 3 enfermeiros na Unidade de Decisão Crítica 2, 1 enfermeiro na Unidade de Decisão Clínica, 3 enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios e 1 enfermeiro na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e no turno da noite que decorria entre as 20:30h e as 8:30h, 1 enfermeiro responsável de turno, 1 enfermeiro na triagem, 2 enfermeiros na sala de Emergência, 1 enfermeiro na área médica, 1 enfermeiro na área de trauma, 3 enfermeiros na Unidade de Decisão Crítica 1, 3 enfermeiros na Unidade de Decisão Crítica 2, 1 enfermeiro na Unidade de Decisão Clínica 2, 3 enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios e 1 enfermeiro na Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

No SU trabalham inúmeros profissionais, como é o caso de médicos, enfermeiros, radiologistas, assistentes operacionais, equipas de limpeza e de segurança.

Mais pormenorizadamente, existe uma equipa de enfermagem que é liderada por um Enfermeiro Chefe/Gestor. De 110 enfermeiros, 50 são enfermeiros especialistas e 12 estão a frequentar o ciclo de estudos. Mais pormenorizadamente, 36 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 4 em Saúde Infantil, 9 especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e

Enfermagem de Reabilitação. Existem cerca de 42 assistentes operacionais. A equipa médica é constituída por 12 médicos chefes de equipa, e 65 médicos prestadores de cuidados, sob a responsabilidade do Diretor de Serviço. Exercem ainda funções, dois técnicos de diagnóstico e 32 assistentes técnicos.

Importa referir, que existem 8 equipas de enfermagem lideradas por 8 enfermeiros especialistas, que exercem o cargo de enfermeiro responsável, e lideram uma equipa de enfermeiros com aproximadamente 13 elementos cada uma, dando apoio na sala de emergência quando assim se justifica.

Encontra-se estabelecido, internamente, que a sala de emergência é assegurada pela equipa médica da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, composta por 11 médicos e por 50 enfermeiros do SU. Estes enfermeiros e médicos, deverão ter, obrigatoriamente, o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) atualizado e experiência com o doente crítico, para poderem exercer funções neste espaço, o que explica que nem todos os enfermeiros do serviço exerçam funções na sala de emergência.

Deve-se, ainda, salientar que todos os enfermeiros na prestação de cuidados se regem pelos padrões de qualidade determinados pela OE, bem como pelo cumprimento do REPE e do código deontológico da enfermagem. Ao nível do HRN devem ainda ser cumpridas as recomendações e normas do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência dos Antimicrobianos (GCLPPCIRA).

2. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A este relatório também lhe cabe a descrição e reflexão do desenvolvimento das competências gerais, e sobretudo das competências diferenciadas e específicas que diz respeito à Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. O estágio realizado no SU confere a experiência num campo rodeado de oportunidades de aprendizagem, onde não só se adquirem conhecimentos teórico-práticos, integrados numa abordagem de um cuidado global, integrado e multidisciplinar, tão importantes num mundo fragmentado e especializado de formação e conhecimento, como também se integram competências estabelecidas pela OE para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC).

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) requer cuidados de enfermagem especializados, sendo o domínio da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica uma das áreas emergentes que se insere na especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Entende-se por PSC *“aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Regulamento n.º 429, 2018, p. 19362).

Nos cuidados de enfermagem à PSC estão implícitos cuidados altamente diferenciados e qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco, sendo prioritário o estabelecimento de medidas de manutenção das funções básicas de vida, antecipando as complicações, com vista à sua recuperação. Desta forma, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de garantir uma observação e vigilância contínua, de forma sistémica e sistematizada, com o objetivo de conhecer continuamente a condição de saúde da pessoa. As situações de catástrofe ou emergência multi-vítima também integram o quadro de respostas de um enfermeiro especialista, maximizando a sua intervenção na prevenção e controlo da infeção diante da PSC e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429, 2018).

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica engloba cuidados de enfermagem especializados em diferentes e abrangentes áreas emergentes de atuação, especificamente, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, em situação paliativa, em situação perioperatória e em situação crónica. De acordo com o alvo e contexto de intervenção, reconhecendo-se a necessidade de especificar as competências específicas dos enfermeiros, foi elaborado o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429, 2018). Neste regulamento descreve-se a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, estabelecendo um enquadramento regulador para a certificação das competências. Serve também como elemento público à sociedade sobre o que esperar dos enfermeiros especialistas.

“O enfermeiro especialista é habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.99).

O enfermeiro especialista na área da Pessoa em Situação Crítica, provido de competências específicas que o caracterizam, deverá ser capaz de agregar a evidência científica à sua prática clínica, demonstrando um correto julgamento clínico, uma consciente tomada de decisão e a excelência da prestação de cuidados de saúde. As competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são:

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

- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429, 2018, p.19359)

2.1 Domínio das competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista é descrito pela OE (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4744) como *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*. Assim, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios de competências, designadas de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Desde 1984, que Benner (cit. Oliveira e Queirós, 2015, p. 78) definiu a competência do enfermeiro como a *“como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real”*. O interesse pela competência dos enfermeiros pode estar relacionado com a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes associado à escassez global de profissionais qualificados (Oliveira & Queirós, 2015). Correia (2012), refere que a competência diz respeito à responsabilidade, flexibilidade, estando inerente o desenvolvimento da autonomia, da iniciativa, da inovação e do reconhecimento no trabalho realizado. Benner (2001) definiu competência como o resultado de executar

uma tarefa com o melhor resultado desejável. Para isso, requer um desempenho complexo que integre conhecimentos, atitudes, habilidades e valores (Cowan, Norman & Coopamah, 2005; AACN, 2019).

A OE (2019) define domínio de competência como a esfera de ação abrangendo um conjunto de competências, que no caso do enfermeiro especialista são distinguidas em competências comuns e competências específicas. Assim, a atribuição do título de especialista pressupõe que os profissionais de enfermagem *“partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”* (Regulamento nº 140, 2019, p. 4744).

Adicionalmente *“decorrentes das respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Regulamento nº 140, 2019, p. 4744), são definidas as competências específicas.

Para o sucesso deste estágio e todo o processo formativo envolvente, irei descrever de seguida os domínios de competências comuns que traduzem o meu desempenho e aquisição de competências como enfermeira especialista. As competências comuns que fazem parte integrante do Regulamento 140 são: a *“responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (Regulamento nº 140, 2019, p.4745).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo a OE (2019), o enfermeiro especialista deve demonstrar tomada de decisão ética e legal nas situações da prática profissional especializada, justificando as suas decisões com princípios, valores e normas deontológicas. No exercício das suas funções, deve respeitar e promover os direitos humanos inerentes às suas responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140, 2019).

Esteve subjacente no decorrer de todo o estágio o respeito pela singularidade e dignidade da pessoa em situação crítica, assegurando os direitos humanos e o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais.

De forma a alcançar este objetivo desenvolvi uma prática assente Código Deontológico do Enfermeiro, respeitando o direito dos doentes à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados de saúde;

identifiquei práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes; tomei decisões suportadas em princípios, valores e normas deontológicas e assumi a responsabilidade dos meus atos assim como dos atos delegados, exercendo sempre avaliação e monitorização dos mesmos.

O respeito pela dignidade humana engloba o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito, remetendo para o princípio bioético primordial - o princípio da autonomia. O exercício da responsabilidade profissional tem que ter em conta, assim, o reconhecimento e o respeito pelo carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (doente/família e enfermeiro). Por conseguinte, a intervenção do enfermeiro pressupõe a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro, tal como está consagrado no artigo 99º do Código Deontológico (Decreto-Lei nº 156, 2015).

Durante todo o estágio foi minha preocupação garantir o respeito e dignidade da pessoa em situação crítica e sua família inerente às relações estabelecidas, assegurando a qualidade dos cuidados, desprovidos de qualquer juízo de valor ou discriminação. O ser humano, nas suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual tem de ser considerado em todas as suas vertentes.

No decorrer do estágio, pretendeu-se atuar sempre com base no código de ética considerando os quatro princípios da bioética, propostos pela teoria do Princípioalismo de Beauchamp & Childress (2001):

- 1) respeito à Autonomia;
- 2) Não- Maleficência;
- 3) Beneficência;
- 4) Justiça.

O enfermeiro necessita exercer a *“profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (Decreto-Lei 156, 2015, p.8078) e, segundo os princípios gerais no artigo 99, *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (Decreto-Lei 156, 2015, p.8078). Similarmente, evidencia, que a relação profissional carecerá de ser orientada por princípios universais como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

No contexto do SU, nem sempre é fácil manter a privacidade dos doentes, uma vez que os recursos disponíveis para o fazer nem sempre existem. A elevada afluência de doentes, em que muitos permanecem em macas, bem como a sobrelotação sem barreiras físicas não foram facilitadoras para garantir este processo, no entanto, procuramos sempre, promover o cuidado pela privacidade da pessoa, transferindo-a, sempre que possível, para espaços mais confinados para intervir tecnicamente em procedimentos mais invasivos pessoalmente.

Domínio da melhoria contínua de qualidade

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades evocada no Plano Nacional de Saúde 2016-2020 (Direção Geral de Saúde, 2015), que implica um esforço contínuo para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; a utilização dos recursos seja eficiente; a prestação de cuidados seja equitativa, realizados no momento adequado e satisfaça os cidadãos correspondendo tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas de forma a melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil e da segurança e adequação com que esses cuidados são prestados

No mesmo seguimento, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, implementou um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo a OE (2001, p.6): *“Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”*. A criação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pela OE refletia a necessidade e preocupação pelo acesso à melhoria da assistência prestada pelos enfermeiros, em linha com as Organizações Internacionais, pelo que o mesmo enquadramento concetual é reiterado para a prática especializada de enfermagem definido pelos respetivos colégios da especialidade, pela importância que tem na melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos.

Reportando-me ao estágio desenvolvido no SU, no âmbito da qualidade, existe neste serviço grupos de formação direcionados para a atenção da mesma. Frequentemente nos serviços de urgência a sobrelotação dos espaços é um fator determinante para contribuir para a diminuição da qualidade e

segurança dos cuidados, aumentando, concomitantemente, a possibilidade de erros ou a ocorrência de eventos adversos, bem como, contribui para o aumento da taxa de infecções cruzadas, pelo incumprimento da distância mínima entre as camas dos doentes. Os enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica têm o dever de desempenhar um papel fundamental no campo da prevenção e controle da infecção hospitalar. O cumprimento de algumas normas, como a distribuição e alocação de doentes, a higienização das mãos, assim como, a utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória, e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, são medidas essenciais e recomendáveis para uma melhoria dos cuidados de saúde (Administração Regional de Saúde do Norte, 2013).

A Gestão de Risco e a Comissão de Controle de Infecção tem dois representantes neste serviço que se dedicam à otimização dos recursos, à implementação de medidas de melhoria da qualidade e à formação periódica da equipa.

Os padrões de qualidade enunciados pela Ordem dos Enfermeiros (2001), consistem na tomada de decisão com base em evidência que conduzem não só à melhoria dos cuidados de enfermagem, como à reflexão do exercício profissional. O enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, tendo em conta, os princípios humanistas, tendo presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que contribuiu para elevados níveis de satisfação dos doentes. Esta reflexão sobre a prática de encontro aos cuidados de qualidade, também foi a minha preocupação e fio condutor, procurando identificar práticas no exercício que contribuam para a melhoria da qualidade e segurança do doente.

Como descrito no artigo 6º das competências de domínio da melhoria contínua de qualidade, o enfermeiro deverá garantir o seu papel dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade (Regulamento nº 140, 2019). O estudo e reflexão dos domínios de competência, o descritivo, as unidades e os critérios de avaliação, são fundamentais para a aquisição de competências de uma prática especializada e alicerçada á evidência científica. No desenvolvimento do estágio, houve necessidade de aprimorar este domínio, nomeadamente, ao nível da competência *“B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro”* (Regulamento nº 140, 2019, pg. 4745).

Decorrente da observação minuciosa, da permanência na sala de emergência e dos cuidados prestados, a ausência de formação no serviço, bem como a inexistência de procedimento na identificação precoce de potenciais dadores de órgãos despertou o meu interesse. Assim, após múltiplas conversas informais

com a equipa, Enfermeiro Tutor e Enfermeiro- Chefe, surgiu a necessidade de apresentar uma melhoria de qualidade ao nível do SU, relativamente a uma prática exercida, pelo que foi possível concretizar a unidade de competência *“B2.2- Planeia programas de melhoria contínua”*, pelo que *“B2.2.1- Identifica oportunidades de melhoria; B2.2.2- Estabelece prioridades de melhoria; B2.2.3 Seleciona estratégias de melhoria; B2.2.4 Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática; B2.2.5- Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.”* (Regulamento nº140, 2019, pg.4747), e ao fazê-lo, foi possível concretizar as unidades de competência *“C1.1.1- Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; C1.1.2- Colabora nas decisões da equipa; C1.1.3- Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.”* (Regulamento nº140, 2019, pg. 4748), cumprindo os desígnios de competências esperadas no domínio da gestão dos cuidados e nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem *“4.1- Satisfação do cliente;”* e *“4.6 Organização dos Cuidados de Enfermagem”* (Regulamento nº361, 2015, pg. 17241).

A arte do cuidar, além de complexa, exige rigor e fidelidade da prestação de cuidados, recorrendo a procedimentos seguros desenvolvidos com evidência científica. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das intervenções nas quais a enfermagem está envolvida. Neste sentido, escolhido o tema de interesse, foi objetivo durante o estágio formar os enfermeiros envolvidos na admissão de potenciais doentes no SU e criar um algoritmo que permitisse direcionar o trabalho e padronizar as intervenções de enfermagem necessárias para a sua identificação precoce.

Como futura enfermeira especialista, compreendo a elevada importância que detém o domínio da melhoria da qualidade. Procurei, desta forma, intervir nas situações que requereram cuidados especializados na área de enfermagem à PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Domínio da gestão dos cuidados

No âmbito deste domínio, o enfermeiro especialista em EMC tem um papel preponderante e ativo na gestão dos cuidados, na otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e na adequação dos recursos às necessidades, tendo em vista a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140, 2019).

Nas organizações de saúde, o enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica tem um papel decisivo no domínio da gestão dos cuidados quando adequa os recursos às necessidades, supervisiona

e otimiza as respostas da equipa de enfermagem no sentido de promover a qualidade dos cuidados e, ainda, quando adequa os estilos de liderança por forma a melhorar as relações entre a equipa, com vista a atingir os objetivos institucionais.

A área de gestão de cuidados é de extrema importância para a melhoria da evolução da prestação de cuidados de enfermagem. O enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando as respostas dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde, adequando os recursos existentes às situações e contextos, de forma a assegurar a segurança e promoção da qualidade dos mesmos (Regulamento nº 140, 2019).

Desta forma, tentei participar na gestão e organização do serviço, nos recursos materiais e humanos, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança dos cuidados. Foi possível, no decorrer do estágio, efetuar um turno com a chefe de equipa. Neste turno, foram assim percecionadas todas as atividades e responsabilidades que este agrega no sentido de garantir o bom funcionamento do serviço de elevada complexidade pelas suas dimensões e orgânica, bem como, as atividades de gestão da equipa de modo a facilitar o desenvolvimento de competências dos profissionais.

O Enfermeiro Chefe conta com oito chefes de equipa especialistas em Médico-Cirúrgica, que garantem a gestão dos diferentes setores. São responsáveis pelo bom funcionamento do setor através da organização da prestação de cuidados, gestão da equipa e tomada de decisões mais adequadas e oportunas a cada situação. Durante o turno da noite, acresce ainda a responsabilidade de gerir todos os serviços do hospital, nomeadamente, as admissões e altas, garantindo um fluxo adequado de doentes, de forma a não proporcionar ocupações prolongadas no SU.

No que concerne à metodologia de trabalho no SU, o modelo de organização para a prestação de cuidados que é assumido na maior parte dos setores é o método de cuidados de enfermagem funcional em que os enfermeiros não têm doentes atribuídos. Existe um plano de trabalho de enfermagem em cada turno, que distribui os enfermeiros pelos setores, atribuindo a liderança do mesmo a um enfermeiro, disposto em primeiro lugar na tabela. Neste contexto de SU, apenas a UCI tem uma distribuição de doentes por enfermeiro, garantindo sempre um *teamleader*.

O posto da triagem, é um posto que se defende não passar mais do que 6 horas em permanência por ser uma função de elevado desgaste. O chefe de equipa, tem o dever de considerar a mobilização dos elementos, conforme ocorram as necessidades.

Tendo em conta o disposto em epígrafe, pode concluir-se que adquiri competências especializadas, que se evidenciaram na compreensão da importância da liderança e gestão dos recursos humanos e materiais na melhoria da qualidade e segurança dos ambientes da prática de enfermagem, na otimização do desempenho e trabalho, adaptando os recursos às necessidades de cuidados prestados e garantindo a segurança e a qualidade nas tarefas delegadas, através da sua supervisão. Além disso, foi possível identificar os diferentes papéis e funções de todos os elementos das equipas dos diferentes contextos de estágio, indispensável para proporcionar um ambiente positivo e favorável à prática de enfermagem, sendo, pois, uma competência comum do enfermeiro especialista que adquiri ao longo do processo de formação.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista fundamenta os processos de tomada de decisão e juízo crítico e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, bem como desenvolve um autoconhecimento e gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda com vista a prestar cuidados de modo assertivo (Regulamento n.º 140, 2019). O enfermeiro especialista deverá responsabilizar-se por ser promotor da aprendizagem e agente ativo na área da investigação.

Desta forma, foi objetivo neste estágio, participar na formação em serviço na equipa de saúde com base no diagnóstico de necessidades.

Tal como está preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, alínea a) o enfermeiro deve *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (p.8101). A formação leva ao desenvolvimento de competências e preconiza que o enfermeiro reflita sobre as suas práticas, tornando-o capaz de resolver os problemas, solucionando-os (Benner, 2001). Desta forma, é importante reconhecer a enfermagem como uma profissão cuja área de intervenção está inerente a uma evolução tecnológica e científica contínua, sendo que o investimento na aprendizagem ao longo da vida é essencial. Em relação ao impacto da especialização em enfermagem, Lopes et. al (2018), num estudo sugerido pela OE, concluíram que os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de

especialização, tendem a participar em ações de formação contínua com mais frequência. Ao enfermeiro especialista cabe a responsabilidade de se atualizar e manter-se em formação constante, contribuindo para a sua equipa de trabalho e para o próprio desenvolvimento da profissão. Em suma, o domínio da formação é um importante pilar na assistência de uma enfermagem avançada, em que cada enfermeiro se responsabiliza pela atualização do seu próprio conhecimento além de ser um promotor da aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências dos seus pares.

A formação é fundamental na profissão de enfermagem, sendo que constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão a fim de contribuir para a sua dignificação (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 97 da Lei nº156/2015 de 16 de setembro, p. 8078).

Neste contexto onde ocorreu o meu estágio, tive a oportunidade e privilégio de realizar uma ação de formação que integrou o meu Projeto de Intervenção em Serviço (PIS). Esta formação teve como primordial objetivo, responder às necessidades formativas da equipa na área escolhida, mas sobretudo permitiu desenvolver as minhas competências, de forma a favorecer a auto-aprendizagem, bem como fornecer aprendizagem de outros profissionais. Além disso, participei na ação de formação de outros colegas a realizar o mesmo estágio com os mais diversos temas de grande importância no cuidado à PSC. Dada a situação pandémica e toda a suspensão de atividade formativa, não foi possível participar em nenhuma formação em serviço.

A participação como formadora permitiu-me atualizar os meus conhecimentos nas evidências científicas sobre o tema, bem como ter proporcionado momentos de aprendizagem. Para a formação realizada recorri ao Gabinete responsável pela coordenação da colheita de órgãos do HRN, que foi fundamental para adquirir dados que não tinha acesso e alicerçar novos conhecimentos e novas buscas de procura de informação. Todas as atividades desenvolvidas neste projeto geraram a aquisição de novas competências e permitiram uma melhor adaptação individual, incorporando a praxis clínica especializada na evidência científica. Depois de criada a oportunidade de diagnosticar necessidades formativas, a aprendizagem foi consequente, que concluiu na formação realizada no contexto de estágio.

O progresso e o avanço no conhecimento requerem que o enfermeiro especialista baseie toda a sua prática nas evidências mais recentes, que seja direcionada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e que incluam projetos de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos competências especializadas, tal como descrito na competência *“D2- Baseia a sua praxis*

clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140, 2019, pg. 4749). Efetivamente, não suscita dúvida que a prática baseada na evidência contribui para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, na medida em que permite aos enfermeiros basear as suas tomadas de decisão num referencial teórico válido, atual e pertinente essencial para um cuidado devidamente fundamentado (Regulamento nº 140, 2019). Cabe, por isso, ao enfermeiro, referenciado nas unidades de competência “D 2.1- Responsabilizar -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” e “D 2.2- Suportar a prática clínica em evidência científica” (Regulamento nº 140, 2019, pg. 4749).

A formação especializada em enfermagem é uma realidade inquestionável nos cuidados de saúde, uma vez que implicam a melhoria das respostas aos problemas de saúde das comunidades, diferenciando-se e evidenciando-se em ganhos em saúde. Com base neste princípio, foram mobilizadas todas as prioridades para adquirir novos conhecimentos, aperfeiçoar os existentes, desenvolver competências de todo o âmbito que visem a tomada de decisão crítica e reflexiva apoiada em referências éticas e legais essenciais ao exercício da profissão diferenciada e especializada. O desenvolvimento de competências assente numa tomada de decisão pautada por uma prática responsável e refletida, procurando a melhoria contínua da qualidade e segurança dos doentes, e, recorrendo à investigação como garantia de validação da minha intervenção, foram requisitos essenciais ao contexto de estágio, importantes para valorizar o papel do enfermeiro especialista da pessoa em situação crítica diante de uma equipa multiprofissional.

2.2 Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A Pessoa em Situação Crítica e família são, inequivocamente, o alvo e o foco do cuidar do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O estágio, por sua vez, assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz destes futuros profissionais (Macedo, 2003). As competências implicadas no cuidar especializado foram a linha condutora ao longo do estágio para a prática clínica e para o desenvolvimento profissional.

Primeiramente, surge a necessidade de um contacto formal com as competências genéricas, as competências comuns dos enfermeiros especialistas, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as competências específicas do enfermeiro especialista

em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que permitiu uma análise estruturada das competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e a consciencialização das mesmas.

Os objetivos definidos para o estágio estão assentes no desenvolvimento de conhecimentos teóricos e de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. No entanto, além destes, definiram-se os seguintes:

- I. identificar o modelo de conceção e prestação de cuidados;
- II. aprimorar o conhecimento ético, normas e procedimentos legais;
- III. conhecer e integrar a dinâmica da SU e a equipa multidisciplinar;
- IV. identificar uma área problemática no contexto da prática de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e propor soluções para a resolução da problemática identificada.

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

A Pessoa em Situação Crítica/família, pela complexidade da sua condição de saúde, requer cuidados de enfermagem integrais e complexos, que compreendem uma grande área de conhecimentos e competências específicas.

O estágio no SU constituiu a minha primeira experiência fora do meu contexto de prestação de cuidados. Como previsível, os primeiros contactos tiveram grande impacto e criaram uma preocupação na minha forma de estar nos cuidados e na adaptação necessária e rápida que esta alteração de contexto exigiria. Se por um lado, constituía um grande desafio esta nova experiência, por outro as diferenças eram significativas e teria que obedecer e integrar novas dinâmicas e funcionalidades. A insegurança foi um sentimento presente nesta primeira fase, mas o percurso profissional atingido até então, foi promotor da criação de sentido de responsabilidade necessário para reconhecer as limitações nos cuidados e da necessidade evidente do apoio da tutoria de estágio. O Enfermeiro Tutor incutiu-me com grande sentido de autonomia no desempenho de funções, o que proporcionou liberdade para verificar o funcionamento e dinâmica do SU e para justificar a competência a manter, de forma contínua, garantindo o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

O SU, é um serviço polivalente que admite doentes com diferentes níveis de prioridade, os quais exigem respostas adequadas às necessidades de cada um. É um serviço onde permanecem muitas

especialidades médicas, com poucos recursos para a permanência do doente durante mais que umas horas, sem possibilidade nesta fase pandémica de garantirem a presença de um familiar.

O estágio iniciou-se com uma visita guiada aos vários setores da unidade. Após reunião com o enfermeiro orientador foi decidido que, dadas as competências a desenvolver, a intenção seria realizar turnos em todas as salas existentes, com especial foco na sala de emergência, sala de triagem, UDC 1, UDC 2 e UCI. Em acréscimo, para dar resposta às necessidades de projeto, foi efetuado um turno de gestão. Paralelamente, foram feitas visitas ao Gabinete Coordenador de Colheita de Órgãos, com entrevistas informais, de modo a dar resposta aos objetivos do projeto e, ainda, uma formação no âmbito do controle de infeção. Por fim, houve a oportunidade de realizar um turno de 12 horas na viatura da emergência pré-hospitalar.

A realização de turnos foi efetuada, essencialmente, em turnos diurnos e turnos noturnos, permitindo analisar os fluxos de doentes ao longo do dia. A diversidade étnica e etária da população que recorre a este serviço provou ser um desafio. A aprendizagem integrou, na fase inicial, a adaptação à limitação de espaço e presença constante de pessoas a circular no espaço de trabalho. A afluência de doentes origina uma sobrelotação e depleção dos recursos, o qual constituiria um excelente objeto de estudo perceber de que forma isso compromete os cuidados de saúde. As necessidades de gestão de espaço, recursos materiais, adaptação e adequação de recursos humanos, permitem adquirir competências na gestão de cuidados que se revelam muito úteis para situações inesperadas de sobrelotação de doentes.

A admissão da pessoa no SU começa na receção, local onde acontecem procedimentos administrativos necessários à admissão da mesma e acompanhante. Após a admissão, o doente irá passar para a área de triagem, onde é realizada uma avaliação inicial por o enfermeiro. Esta avaliação baseia-se num protocolo científico- Triagem de Manchester- que permite classificar a situação clínica da pessoa em termos de prioridade de atendimento e sempre de acordo com a sua urgência. Pretende-se com a aplicação desta triagem, assegurar, de forma objetiva e segura, que a pessoa com a clínica mais urgente é identificada de imediato e atendida num prazo que não ponha em risco a sua situação. A triagem estratifica as pessoas nos seguintes níveis:

- i. Pulseira Vermelha: doentes emergentes;
- ii. Pulseira Laranja: doentes muito urgentes;
- iii. Pulseira Amarela: doentes urgentes;
- iv. Pulseira Verde: doentes pouco urgentes;
- v. Pulseira Azul: doentes não urgentes.

Nesta área, a adaptação ocorreu de forma cronológica. À medida que tinha mais contacto com o protocolo, mais fácil se tornaria o seu uso e compreensão. No entanto, a triagem é um processo de grande dinâmica e mutação constante ao longo dos vários passos que a caracterizam. Foram visíveis, muitas vezes, o aparecimento de muitas dúvidas minhas e também de quem pratica o protocolo, precisamente devido a esta realidade. Talvez seja um dos maiores desafios futuros neste tema a realização de mais estudos, apreciações e até entrevistas diárias a quem o aplica, de forma a escrutinar passo a passo quais os discriminadores que conferem maior rigor ao processo, bem como quais os que enviesam a correta atribuição de graus de urgência, com o objetivo último de desenvolver um processo seguro e eficaz. Existem auditorias mensais ao processo, de forma a identificar as variáveis que necessitam de melhorar, bem como de descobrir possíveis falhas ou formas de interpretar e encaminhar a pessoa.

O SU acolhe, na sua grande maioria, pessoas que referem a dor aguda como principal motivo na admissão hospitalar (Mota et al., 2020). A dor e a sua gestão implicam que exista permanentemente uma valorização da sua incidência e prevalência, um diagnóstico e uma avaliação. Efetivamente, a dor não controlada pode conduzir a eventos traumáticos, instabilidade hemodinâmica e alterações do sono (Hweidi, 2007; Longley et al., 2018). Segundo a DGS (2013), o sucesso da estratégia de dor está dependente da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Relativamente à escolha dos instrumentos de avaliação e seguindo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 16) deve atender-se *“ao tipo de dor, à idade da pessoa, à sua situação clínica, às propriedades psicométricas, aos critérios de interpretação, à escala de quantificação comparável, à facilidade de aplicação, à experiência de utilização em outros locais”*. Portanto, *“a aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente”* (OE, 2008, p. 19). Tendo em conta este princípio, durante o estágio procurou-se adequar as escalas de avaliação disponíveis face às situações vivenciadas. A PSC nem sempre consegue verbalizar a sua dor, pelo que se usou para a sua monitorização a *Behavioral Pain Scale* e a Escala Visual Analógica (EVA). Cabe ao enfermeiro a responsabilidade da gestão diferenciada da dor e sua valorização e para tal, consolidaram-se conhecimentos com base nas experiências vividas, recorrendo a intervenções de gestão farmacológicas e à implementação de intervenções não farmacológicas. As pessoas esperam o alívio rápido da dor. Torna-se imperativo controlar a dor desta e tudo fazer para evitar a deterioração do estado da mesma. De acordo com a OE (2008), as intervenções

não farmacológicas podem-se dividir em três grandes grupos, as cognitivo-comportamentais, as físicas e as emocionais. De forma a reduzir o impacto emocional da vivência da dor, utilizaram-se algumas destas estratégias para a gestão da mesma, como o recurso à massagem durante o posicionamento, a distração, técnicas de relaxamento, a aplicação do quente e frio para o alívio da dor e implementação de técnicas invasivas e, ainda, à reestruturação cognitiva e treino de habilidades de *coping*.

Adicionalmente, as pessoas com sinais ou sintomas compatíveis com Acidente Vascular Cerebral, Obstrução das Artérias Coronárias, Infecções Generalizadas e Traumatismos graves entram em vias prioritárias de atendimento - Vias Verdes - que facilitam o atendimento quase imediato destas pessoas, já que está provado que, nestes casos, um tratamento mais precoce diminui o risco de vida ou de perda de um órgão. Nesta instituição, praticam-se assim, a Via Verde de AVC e a Via Verde Coronária.

O HRN tem uma casuística importante ao nível da admissão de doentes com AVC. No primeiro semestre de 2020, foram admitidos mais de 400 casos de doentes por suspeita e posterior diagnóstico efetivo de AVC (HRN, 2021). Fazem parte deste número, os doentes encaminhados pelo INEM, através da Via Verde de AVC e todas as outras situações com o mesmo diagnóstico admitidos pelo SU ou outros serviços do hospital. A nível nacional, esta é a unidade de saúde com mais ativação pelo INEM da Via Verde do AVC (HRN, 2021).

Relativamente à Doença Coronária, o HRN é o terceiro hospital do país com maior referenciação de casos de Enfarte Agudo do Miocárdio encaminhados pelo INEM (HRN, 2021). Foram desenvolvidas competências no reconhecimento precoce dos sinais de alerta para ambas as doenças, bem como, competências na atuação rápida e eficaz no doente alvo de AVC ou EAM e seu acompanhamento até aos meios complementares de diagnóstico e, posteriormente, até ao seu tratamento precoce.

No caso de EAM, foram acompanhadas as pessoas até à sala de Hemodinâmica, onde se realiza o cateterismo cardíaco e posteriormente, a Intervenção Coronária Percutânea. No caso do AVC, quando são doentes que atempadamente são diagnosticados, estes são encaminhados para a realização de trombectomia na sala de Neurorradiologia.

Na Sala de Emergência, admitem-se pessoas de foro emergente em que existe grande risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato. No que toca a esta prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, tornou-se fundamental o aperfeiçoamento desta competência pois, a atuação precoce numa pessoa

considerada crítica reveste-se de uma importância extrema para aquilo que será todo o processo de recuperação posterior.

Dado que é habitual o contacto com a pessoa em situação crítica, não específico grandes dificuldades na sua abordagem. No entanto, a intervenção precoce e eficaz nesta fase inicial determina o estado hemodinâmico para as horas seguintes.

No decorrer do estágio, foi fundamental a observação dos métodos de trabalho realizados pelos enfermeiros, a interiorização da sua mestria e a consciencialização de que um enfermeiro especialista nesta área não é apenas alguém capaz de prestar qualquer cuidado com segurança e sabedoria, mas também um profissional capacitado para, de forma responsável e em tempo útil, identificar precocemente focos de instabilidade e responder de forma pronta e antecipada a esses mesmos focos. Neste estágio o desenvolvimento destas competências permitiu atuar com maior segurança na antecipação de mudanças hemodinâmicas, como são os casos de colapsos cardiovasculares, os vários tipos de choque, situações de peri-paragens cardiorrespiratórias, acontecimentos cardiovasculares como Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Enfartes Agudos do Miocárdio, edema agudo do pulmão, Intoxicação por Organofosforados, e perante um grande politraumatizado.

A admissão da Pessoa em Situação Crítica na SE é um momento complexo e de grande concentração para a equipa multidisciplinar, face à instabilidade hemodinâmica, em que antecipar e corrigir todas as instabilidades é crucial para evitar o colapso.

As situações de emergência em saúde, pela sua complexidade implicam a realização de atividades coordenadas, rápidas e sincronizadas pelos profissionais. O trabalho em equipa é de extrema importância para o resultado final e não pode estar afetado. O trabalho prestado deverá ser coordenado e sincronizado, pois a atuação da equipa é necessária para se atingir a recuperação da pessoa com o mínimo de sequelas possível. O trabalho articulado é uma imposição para a assistência integral à pessoa em situação de emergência e estes foram valores transmitidos sempre pelo enfermeiro Tutor e pelas equipas com quem prestei cuidados. O momento da admissão requer uma excelente coordenação e concentração da equipa, competência e agilidade do enfermeiro para receber a informação sobre a situação clínica da pessoa, monitorizá-la e avaliá-la. Necessita de uma abordagem integrada, na qual exista troca, comunicação e cooperação em função da pessoa em situação crítica. O contexto deverá ser orgânico e funcional e ser alvo de reformulações de acordo com as necessidades exigidas.

Na abordagem da PSC na SE, a complementaridade, a articulação entre profissional, as relações entre os mesmos, a formação, e a comunicação são condições encaradas como imprescindíveis para desenvolver um adequado trabalho de equipa (Bem, 2013).

Na admissão da PSC, preconiza-se a sistematização do atendimento seguindo os passos da avaliação primária, numa abordagem ABCDE, designadamente:

- I. avaliação da via aérea (A);
- II. respiração (B);
- III. circulação, medicação e acessos venosos e/ou centrais (C);
- IV. estado neurológico (D);
- V. exposição, estado da pele e dispositivos (E).

Esta abordagem permite verificar de forma sistematizada e estruturada o estado da pessoa e alertar para focos de instabilidade, permitindo estabilizar a mesma o mais rapidamente possível. Paralelamente, procede-se com a administração e ajuste da terapêutica e fluidoterapia.

A importância do enfermeiro especialista é inquestionável na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. Na atualidade com a modernização dos cuidados de saúde e com a constante evolução tecnológica é fundamental para o EEEPSC manter-se constantemente atualizado para intervir de forma eficaz e adequada. Situações como: colocação e manutenção de linhas arteriais, colocação e manutenção de cateteres venosos centrais, manutenção de ventilação não invasiva e invasiva, monitorização eletrocardiográfica, preparação de medicação endovenosa, aspiração de secreções por tubo traqueal, entre muitas outras não causaram grande fonte de stress ou dificuldade, uma vez que existe contato e experiência com a PSC.

Nas competências do enfermeiro especialista identificam-se igualmente a importância da família no processo terapêutico da pessoa em situação crítica ao exigir que o enfermeiro assista a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Os cuidados prestados numa SE costumam estar relacionados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica implica ações complexas, nas quais o fim de vida está

sempre presente, produzindo ansiedade, tanto na pessoa e na família, bem como nos profissionais que aí desempenham funções (Sá et al, 2015). A presença da família na SE acontece quando conseguimos estabelecer um nível de equilíbrio do seu estado de saúde que seja permitido a presença dos mesmos sem afetar outras atividades necessárias. Cabe ao enfermeiro assegurar que as condições do familiar, assim como, da unidade, não fiquem em risco nem ponham em causa todo o trabalho efetuado. O enfermeiro deverá proporcionar acompanhamento, desenvolvendo estratégias de adaptação e comunicação, expondo a informação que é capaz de ser entendida, facilitando a exteriorização de sentimentos que possam pôr em causa o início de um *coping* necessário a esta alteração de condição de saúde.

Ainda que não seja uma prática em Portugal, a presença dos familiares na SE durante as atividades de reanimação tem sido debatida mundialmente como uma forma de diminuir a ansiedade não só da família, como também da pessoa que vivencia o processo de doença. A presença da família durante a ressuscitação é uma prática recomendada entre reguladores um pouco por todo o mundo desde 2000, como o *Royal College of Nursing* (RCN) e a *Emergency Nurses Association* (ENA) que publicaram orientações acerca desta prática (Porter, Cooper & Sellick, 2014). No entanto, de acordo com a *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN) (2016), apesar das recomendações de organizações profissionais, declarações políticas e diretrizes de prática clínica sobre a presença da família durante a reanimação, apenas 5% das unidades de cuidados a doentes críticos nos Estados Unidos, 8% no Canadá e de 7% na Europa, têm regulamentos a permitir a presença da família.

Com efeito, o estudo exploratório-descritivo, de carácter quantitativo de Ribeiro, Martins e Trochin (2017), que se dedica à perceção dos enfermeiros relativamente à concretização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), através da aplicação da escala de perceção das atividades de enfermagem que promovem a qualidade dos cuidados, no âmbito da dimensão Satisfação, constatou que, em relação à atividade, *“procuram frequentemente empatia nas interações com as pessoas doentes e família”*, sempre foi a resposta maioritária (69,86%). No que concerne à atividade, *“envolve a família da pessoa doente no processo de cuidados”*, às vezes foi a resposta maioritária (55,3%). Estes resultados, embora centrados no documento da OE de 2001, vêm corroborar a importância da consciencialização e sensibilização do enfermeiro para o envolvimento da família nos cuidados, bem como, da importância de uma prática de enfermagem sustentada em padrões de qualidade.

Ainda que de uma forma informal, foram efetuadas entrevistas informais sobre este tema aos vários enfermeiros especialistas que exercem funções na SE e a resposta sobre a presença dos familiares

durante a reanimação não é consensual, sobretudo porque se acredita que a presença da mesma perturba e altera a estrutura e organização do processo de trabalho, o que iria requerer por parte dos profissionais um maior esforço, compreensão da dinâmica das relações interpessoais, entre a própria equipa e com os familiares e que admitem não haver tempo nem se reunirem condições para o estudo atempado de todas estas condições.

A pandemia por SARS-CoV-2 colocou uma elevada pressão nos sistemas de saúde, provocando um desequilíbrio entre as necessidades da população e a disponibilidade de atendimento. Estas situações levaram à necessidade de adoção de diretrizes comuns na atribuição de recursos e ao desenvolvimento de linhas orientadoras no plano de contingência. Surgiu a necessidade de modificar ações para garantir a adequação de recursos às necessidades populacionais. Relativamente à família, a mesma ficou privada do acompanhamento do seu familiar no seu processo de saúde/doença. Esta separação causou uma carga psicológica negativa nos mesmos. A família é o singular ou coletivo designado pelo conjunto de pessoas ligadas à própria pessoa por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo por esta identificada como família (AACN, 2019; *International Council for Nursing* [ICN], 2019).

Desta forma, foi necessário adequar novas estratégias de envolvimento familiar, tais como, videochamadas e contatos telefónicos (sempre que possível) para atenuar as necessidades e os sentimentos consequentes de uma prática necessária face à circunstância, garantindo e promovendo o cumprimento do Código Deontológico, nomeadamente do artigo n.º 105, do dever de informação, especificamente das alíneas *“a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”* (Decreto-Lei n.º 156, 2015, p. 8103), bem como do artigo n.º 106, do dever do sigilo, nomeadamente na alínea *“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”* (Decreto-Lei n.º 156, 2015, p. 8103).

A sala da UDC 1 e UDC2 foram postos de trabalho largamente vivenciados durante este estágio. Após alteração de circuitos, fruto da pandemia que fomos alvo, na UDC1 concentram-se doentes muito urgentes, urgentes e pouco urgentes (que clinicamente precisam de maca). Nesta área de decisão clínica acolhem-se ainda os doentes encaminhados por Via Verde AVC e Coronária. É uma sala onde permanecem doentes de várias especialidades, com prioridades de atendimento diversas. O enfermeiro deverá ter o discernimento de destacar por grau de prioridade o doente que mais necessidade de

vigilância possui e atender a todas as suas possíveis alterações fisiológicas e hemodinâmicas, de forma a adequar as suas intervenções de forma racional e atempada. Este facto, constituiu, sem dúvida, um grande desafio à minha atenção e capacidade diagnóstica, já que é muito fácil qualquer doente potencialmente crítico não ser identificado entre os doentes menos urgentes.

Nesta UDC1 ainda existe um espaço dedicado à realização de testes de rastreio COVID de todos os doentes do SU que assim necessitem.

Na UDC2, permanecem os doentes de qualquer nível urgente, muito urgente ou pouco urgentes (que clinicamente necessitam de maca), cujo problema seja exclusivamente de foro respiratório, de forma a não criar possíveis surtos. Este espaço destina-se também a todos os doentes infetados por SARS- Cov2.

Uma das competências mais importantes deste estágio sem a qual nada mais poderia ter avançado é a comunicação e a gestão interpessoal da mesma, na qual assenta toda a relação terapêutica com o doente e família. É por intermédio da comunicação que o enfermeiro pode compreender a pessoa e a sua família, identificando as suas necessidades e problemas atuais, com a finalidade de aplicar a relação de ajuda e humanizar os cuidados prestados.

Em situação crítica o diálogo e o estabelecimento de uma relação empática entre enfermeiro e doente/família são fundamentais para a compreensão daquilo que trouxe o doente até ao SU, a explicação do que está a acontecer, do que é necessário fazer, bem como a interiorização da evolução do estado de saúde.

O Estatuto da OE, no ponto 3, do artigo 7º da Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro que procede à primeira alteração ao Estatuto da OE, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril alega que, *“O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”* (p.6528). Sendo a comunicação uma intervenção autónoma do enfermeiro, a sua presença é essencial nos cuidados de saúde, já que é através da comunicação que se criam laços de confiança e empatia com a pessoa e família, que se traduzem numa maior segurança da pessoa, e, por conseguinte, na individualização dos cuidados de enfermagem e maior satisfação dos profissionais e ganhos em saúde. Com efeito, é indiscutível que o exercício profissional de Enfermagem se centre na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, família ou comunidade, fazendo parte da mesma o processo de comunicação. As relações interpessoais que se estabelecem através da comunicação são facilitadoras do processo terapêutico, pois tornam possível entender o outro, e reconhecer os seus comportamentos,

sentimentos e necessidades com a finalidade de ajudar no seu processo de recuperação. A comunicação é um importante instrumento de cuidados de enfermagem e influencia diretamente a interação enfermeiro-pessoa, sendo essencial para o estabelecimento do vínculo de confiança na tríade enfermeiro-pessoa-família (Amante, Rossetto & Schneider, 2009).

O estudo de Wilson, Rochon, Leonard & Mihailidis (2013) identificou 33 estratégias de comunicação, entre as quais se destacaram o contato visual, a familiaridade, a transferência de tarefa, a saudação, o toque e os gestos de expressão. Por outro lado, Araújo e Silva (2012) referem que as estratégias de comunicação mais citadas como meio de suporte emocional de cuidados foram o toque afetivo, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas e a escuta ativa. Ser escutado pelos profissionais de saúde é, para a pessoa, ser cuidado de um modo individualizado e atento, é também ter a sensação de conforto, valorização e compreensão. Escutar ativamente requer o contato visual, o uso racional do silêncio, a aproximação física e a utilização de expressões verbais simples que encorajem a manutenção do diálogo (Araújo & Silva, 2012). Outro estudo levado a cabo por Beuter et al. (2012), confere ao diálogo uma excelente estratégia de comunicação. Os mesmos defendem que a equipa de enfermagem deve prestar os seus cuidados com carinho, palavras de conforto, ouvir os familiares para minimizar a ansiedade e a insegurança.

Desta forma, foi sempre uma preocupação privilegiar a comunicação no contato com o doente que acolhemos no SU. De uma forma aberta, procurei que o contato através de discursos simples fosse permanentemente uma competência a desenvolver. A família do doente foi sempre incluída no processo. Como nos encontrámos numa fase pandémica, muitas vezes os familiares encontram-se fora do hospital ou até mesmo no domicílio. Ora fosse pessoalmente ou a nível telefónico, a família foi sempre o foco da prestação de cuidados, atendendo às suas fragilidades, dúvidas e incertezas face ao futuro. No âmbito da SE, onde permanece a pessoa em situação crítica, muitas vezes os desfechos finais são inesperados, e nem sempre foi fácil a comunicação com a família. Neste processo de aprendizagem, adotamos numa fase inicial uma postura menos participativa e mais observadora. Com efeito, existe muita dificuldade em não ficarmos sensibilizados com as vivências, os processos ou até a tragédia dos acontecimentos. A família na fase de choque encontra-se num estado emocional completamente alterado e é difícil responder a todas as questões, tantas vezes, em negação impostas por a mesma. É necessário um grande controlo emocional, uma grande consciência na informação a relatar e dar espaço à comunicação não verbal.

O enfermeiro especialista deve ser capaz de adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. A utilização de uma linguagem simples e perceptível, a utilização do toque, uma postura correta, a transmissão de segurança através da comunicação corporal e da expressão facial, entre muitas outras estratégias, devem ser utilizadas permanentemente atendendo à situação e também ao contexto em que essa situação ocorreu. Nesta competência o enfermeiro especialista distingue-se pelo diagnóstico que é capaz de fazer da situação clínica e do meio que a envolve, adotando estratégias de comunicação que permitam o estabelecimento de uma relação interpessoal e, a obtenção de informação relevante para a avaliação da pessoa em situação crítica.

O transporte da PSC é uma área de atuação do enfermeiro do SU com grande destaque na sua prestação diária. O transporte do doente crítico é também designado uma área essencial para a melhoria do estado clínico do doente e determinante para a sobrevivência e qualidade de vida dos mesmos. É um direito da pessoa ser transportada de forma segura, mantendo o nível de cuidados durante o transporte.

O transporte de pessoas envolve alguns riscos, porém a sua realização justifica-se entre hospitais e serviços do mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível de assistência superior, seja para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica que não sejam possíveis efetuar na instituição onde o doente se encontra. É uma decisão que deve medir os benefícios e os principais riscos efetivos associados (SPCI e OM, 2008). No entanto, no Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros foi considerado que, o direito do doente a cuidados de qualidade, na qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança.

O transporte pode ser considerado primário, secundário ou intra-hospitalar. Quando a vítima é transportada do local de acidente ou domicílio até à unidade hospitalar, designa-se primário, secundário, quando há necessidade de transportar a pessoa entre duas unidades hospitalares ou entre departamentos dentro da mesma unidade de saúde ou intra-hospitalar, quando ocorre um transporte entre serviços (Nunes, 2009).

O transporte de doentes críticos envolve três grandes fases: decisão, planeamento e efetivação (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). A decisão do transporte é, exclusivamente, uma responsabilidade médica, que pondera os riscos e benefícios inerentes ao transporte e ao próprio risco clínico. Apesar ser uma decisão de cariz médico, ela envolve todos os profissionais associados ao ato. Ao enfermeiro cabe assegurar as condições necessárias para realizar o transporte. O planeamento é efetuado pela equipa médica e de enfermagem e diz respeito à coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação. Do ponto de vista da enfermagem, espera-se que

sejam avaliadas as necessidades para gerir o transporte, revistas as complicações possíveis, selecionado o equipamento e sua organização, garantindo as condições ótimas da sua utilização. Nesta fase, o enfermeiro assume o papel de prestar cuidados de forma a estabilizar o doente antes da efetivação do transporte. A estabilização do doente, antes da saída para o transporte e manutenção dos acessos e dispositivos, é de extrema importância, dado que as condições durante o transporte não serão as mesmas. A efetivação do transporte é da responsabilidade da equipa de transporte, cujas competências tanto técnicas como legais só cessam no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário, ou no seu regresso, à SE ou outro posto. O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008, p. 10). Durante o transporte, o enfermeiro deverá ser capaz de garantir uma correta e atenta vigilância, bem como uma intervenção rápida nas alterações e necessidades que decorram do mesmo. O enfermeiro destaca-se no transporte do doente crítico na garantia da qualidade e da eficácia do transporte da PSC, pois deve ser capaz de assegurar todas as condições para que o transporte ocorra de forma calma e segura, mantendo a vigilância do doente de forma contínua. Deve ainda ser capaz de prevenir possíveis complicações e atuar de imediato, em caso de instabilidade do mesmo. O transporte deverá obedecer ao que está preconizado nas recomendações da PSC (OM & SPCI, 2008), admitindo-se a formação e experiência em suporte avançado de vida, trauma e monitorização, do enfermeiro responsável para uma segurança efetiva do doente.

Neste estágio, foi possível o transporte da PSC tanto para a realização de exames complementares de diagnóstico, como transferências intra-hospitalares. Não destaco muita dificuldade no processo, uma vez ser uma atividade já praticada durante o meu exercício profissional. No entanto, continua a ser uma área de grande respeito pela responsabilidade que acarreta o transporte da mesma e em nenhum momento, a experiência na área diminui a atenção e a motivação em sempre melhorar as competências inerentes a este ato.

Outra área de particular interesse e com a qual tinha expectativa de vivenciar ao longo do estágio diz respeito à comunicação de más notícias e à morte. O serviço de urgência está assente num cariz, muitas vezes, curativo, e a sua missão consiste na prestação de cuidados de saúde dirigidos a situações de urgência e emergências médicas, confrontando-se cada vez mais, com pessoas que se encontram em processos de fim de vida e que exigem dos profissionais de saúde mudanças e adaptação. No entanto, cuidar de doentes sem perspectiva de cura é também função dos serviços de urgência, devendo o enfermeiro ser o elemento de ligação na equipa interdisciplinar, porque é o profissional mais próximo do

doente e família. Sapeta (2011, p.24) corrobora com esta perspetiva, afirmando que “*é a enfermeira a que permanece mais tempo, demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida*”. Assim, o enfermeiro tem de estar disponível para ouvir, para estar com o seu doente, e responder a todas as necessidades emocionais que apresente. Este tem um valor inestimável, contribuindo para atenuar a insegurança e garantindo uma presença reconfortante. Quando a morte é inevitável há um grande processo para ser desenvolvido com a família e as pessoas mais significativas, de modo a minimizar o impacto de uma informação potencialmente dolorosa, pois “*suavizar os momentos de perda e luto é cuidar, é exercer enfermagem*” (Cunha, 2003, p. 38).

A comunicação das más notícias em saúde constitui uma das maiores dificuldades para os profissionais de saúde e nomeadamente para os enfermeiros. O SU pelas suas características físicas e funcionais, torna-se um obstáculo à comunicação que se reflete diretamente na profundidade da relação conseguida com o doente e/ou família. Esta dificuldade eleva-se quando o processo de morrer se enquadra num contexto de comunicação de má notícia, não só pela imprevisibilidade deste evento, como da falta de preparação dos profissionais em lidarem com a situação assim como, dos familiares em receberem a notícia e iniciarem o processo de luto. Ao enfermeiro apela-se a arte de desenvolver a coragem de ser criativo ao abordar os desafios do fim de vida, ajudando a criar opções que desmistifiquem e desconstruam as barreiras associadas ao fim da vida. Uma das soluções implementadas neste estágio passou por a aplicação de estratégia de comunicação que garantisse o desenvolvimento de habilidades comunicacionais na transmissão de más notícias, tal como o proposto no protocolo *SPIKES* (Baile et al., 2000; Ngo-Metzger, August, Srinivasan, Liao & Meyskens, 2008). O protocolo *SPIKES* refere-se ao seguimento de uma série de atividades em que: *S- Setting up*, diz respeito à preparação da entrevista, *P- Perception*, aborda a avaliação da perceção da pessoa sobre a doença, *I- Invitation*, é a acção de convite ao diálogo, *K- Knowledge*, responsabiliza a transmissão de conhecimento e informações, *E- Emotions*, dá liberdade à expressão de emoções e, por último, *S- Strategy and Summary*, estabelece estratégias e sumário de informações (Baile et al., 2000; Ngo-Metzger, August, Srinivasan, Liao e Meyskens, 2008).

Durante o estágio, fomos confrontados com diversas experiências relacionadas com a comunicação de más notícias e a morte. Em contexto de sala de emergência, muitas vezes, o desfecho da situação de emergência não é o esperado. Há situações que culminam com a morte e há outras situações em que se suspeita que a morte cerebral será o estado progressivo da pessoa em situação crítica.

Atendendo à forte casuística do HB relativamente a incidência de AVC, neurotrauma e PCR's, fomos confrontados com a situação de suspeita de morte cerebral frequentemente. Em termos práticos, a PSC não pode ser declarada como óbito, mas sabe-se que não existe viabilidade de recuperação. O destino do doente será a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), se for considerado um potencial dador de órgãos ou se não obedecer a esses critérios, será uma UDC ou até poderá vir a ser transportado para o Hospital de residência.

Em todos os casos, temos que considerar a comunicação da notícia à família ou pessoa significativa. O enfermeiro deverá então demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da *"dignificação da morte"* e dos processos de *coping* para garantir um luto adequado, tal como descrito no Decreto-Lei n.º 156/2015: *"(...) respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar (...)"* (pg. 8078), bem como o previsto no artigo n.º 108 do mesmo documento, o cumprimento *"do respeito pela pessoa em situação de fim de vida"* (Decreto-Lei n.º 156, 2015, pg. 8080).

A maioria das famílias e/ou pessoas significativas tem dificuldade em compreender o conceito de morte cerebral e recusam-se a aceitar a interrupção das medidas de suporte de vida. A dificuldade deriva de todas as funções vitais estarem asseguradas, apesar de não haver potencialidade nenhuma de vida ou de recuperação sem medidas de suporte. Os familiares necessitam de apoio, suporte e informação, sendo os enfermeiros importantes elementos para estar junto dos mesmos. É necessário adotar estratégias facilitadoras que atenuem o sofrimento da família e contribuam para um processo de *coping*, assimilando a situação e promovendo a expressão de dúvidas e inquietações. Neste estágio foi vivenciado situações de fim de vida e foi sempre propósito humanizar os cuidados ao doente e família. Em suma, o enfermeiro especialista necessita de desenvolver competências no sentido de: 1) coordenar a comunicação entre a equipa responsável pelo tratamento e os familiares; 2) garantir que a comunicação seja culturalmente sensível; 3) garantir a preparação de familiares para a suspensão do tratamento; 4) criar espaço e privacidade focando-se no que é importante para a pessoa doente e familiares antes e depois da morte (Bloomer & Bouchoucha, 2021).

Durante o estágio, foram realizadas visitas ao Gabinete Coordenador Colheita e Transplantação de Órgãos (GCCTO), coordenado por dois médicos e um enfermeiro a exercerem funções na Unidade de Cuidados Intensivos. Este tema da morte cerebral e doação de órgãos instiga, pessoalmente, curiosidade e necessidade de aprofundar conhecimentos e competências na área, ainda pouco reconhecida na Enfermagem. Não havia intenção alguma de prestar cuidados diretos à pessoa potencial dadora de órgãos, apenas observar e compreender de que forma poderia o Coordenador ter um papel tão

preponderante na deteção e instrução da identificação da pessoa potencial dadora de órgãos. As visitas foram, então, essencialmente de consulta e de captação de informação de todo o trabalho desenvolvido no Hospital desde a sua fundação. Desde 2005 que o HRN efetua captação de possíveis dadores e em coordenação com o Hospital de Santo António realiza a colheita de órgãos no Bloco Operatório. A equipa de colheita de dadores assume a sala operatória, usando as instalações e recursos materiais, mas toda a funcionalidade é exercida por essa equipa que é ativada pela equipa da Unidade de Cuidados Intensivos, onde é feita a manutenção da pessoa potencial dadora de órgãos.

O HRN deriva os dadores e suas colheitas para as estatísticas do Hospital Santo António, constituindo este um dos gabinetes Coordenação Nacional da Transplantação a nível nacional. Desde sempre, que esta temática despertou interesse pessoal pela carência a nível de órgãos e pela crescente lista de espera que existe a nível nacional e mundial. Além disso, é uma atividade muito restrita a uma atuação centrada na UCI, quando devia alargar-se a mais áreas hospitalares, pré-hospitalares e até ao nível dos cuidados de saúde primários, com forte incidência na educação da comunidade para a doação e sua importância.

Neste estágio pude assistir a situações onde se cuidaram pessoas em situação crítica de foro médico ou de foro traumático, potenciais dadoras de órgãos. Os critérios preditivos para esta avaliação são, na maioria, consensuais: Hemorragia Intracerebral catastrófica irreversível, com hidrocefalia e herniação associada, uma avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) < 6 , perda de um ou mais reflexos do tronco cerebral, pupilas iguais e arreativas ou anisocóricas, respiração irregular (Humbertjean et al. 2016; Xu et. al, 2016; Mizraji et. al, 2009).

A ECG é o fator menos consensual de todos. Existem autores que referem que ECG < 6 é preditivo de mau prognóstico e que pode vir a conduzir a um potencial dador de órgãos (Humbertjean et al., 2016); por outro lado, há quem considere que um ECG < 8 é suficiente para notificar a equipa como estando presente uma pessoa em situação crítica potencial dadora de órgãos, que coincide com a classificação de TCE grave segundo Stein. Há, ainda, quem considere, no entanto, um ECG entre 3 e 5, com 3 dos 6 reflexos do tronco cerebral ausentes (Groot et. al, 2010).

Durante todo o estágio, procurei aperfeiçoar os meus conhecimentos teóricos acerca do tema e a tudo o que a ele diz respeito. A morte encefálica é um processo complexo que altera de forma dramática a fisiologia e a bioquímica celular de todos os sistemas orgânicos. A síndrome clínica da morte encefálica produz mudanças bruscas na pressão arterial, hipoxemia, hipotermia, coagulopatia, distúrbios eletrolíticos e hormonais. É um estado inflamatório que leva a perturbações celulares e moleculares,

capazes de afetar a função dos órgãos potencialmente disponíveis para transplante. Esta representa o processo final de progressão da isquemia cerebral que evolui no sentido do forâmen magno até envolver regiões do mesencéfalo, ponte e medula, culminando com a herniação cerebral pelo mesmo. O processo de morte encefálica inicia-se com o aumento de pressão intracraniana (PIC) devido a expansão volumétrica do conteúdo intracraniano. O momento que precede a herniação cerebral é marcado por extremas elevações da pressão intracraniana, acompanhada da tríade de Cushing, que representa o esforço final do organismo na tentativa de manter a perfusão cerebral até esta ficar interrompida e bloquear a circulação arterial encefálica. A falência desse mecanismo promove a progressão da isquemia que, ao atingir a medula, interrompe a atividade vagal, levando a resposta autonômica simpática maciça, chamada de “tempestade autonômica”. Essa estimulação simpática tem curta duração e caracteriza-se por taquicardia, hipertensão, hipertermia e aumento acentuado do débito cardíaco, alterações essas que, muitas vezes, são assistidas na sala de emergência. A gravidade dessas alterações está associada com a velocidade de instalação da hipertensão intracraniana e da herniação cerebral. Posteriormente, a tempestade autonômica cessa e o resultado é a perda do tônus simpático, com profunda vasodilatação e depressão da função cardíaca, que, se não tratadas, devem progredir para assistolia nas 72 horas seguintes (D’Império, 2007; Rech&Filho, 2007). Ao assistir a estas alterações hemodinâmicas, é necessário perceber os mecanismos envolvidos, de forma a procurar uma atuação refletida e ajustada à situação. A família deve ficar a par, sempre que possível, do que está a acontecer, facilitando assim, a comunicação posterior da previsibilidade de uma má notícia. A aceitação é tanto melhor quanto mais pronta a informação seja partilhada.

Foram realizadas várias entrevistas informais ao Enfermeiro-Chefe, Enfermeiro Tutor e alguns enfermeiros especialistas sobre o tema da doação e pessoa em situação crítica potencial dador de órgãos. Este tema é comum na atuação em sala de emergência, emergência interna e unidade de AVC, no entanto, não existem formações integradas no plano anual sobre a mesma, o que levou à identificação de uma possível lacuna nesta área tão essencial aos cuidados de enfermagem.

Uma dificuldade sentida no início do estágio diz respeito à documentação de todo o registo de enfermagem. O aplicativo utilizado no SU é a *Glint*, e constitui um sistema que, previamente, ao estágio pouco ou nada o integrei. No entanto, com a utilização contínua do programa e exploração do mesmo, o apontamento e o esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro Tutor, gradualmente a autonomia e domínio ficou estabelecida.

Ao longo da utilização percebi que esta ferramenta veio desburocratizar o processo clínico. No SU não existe processo em papel. Toda a informação do doente é transmitida por via informática. Os profissionais de saúde têm acesso às atitudes e prescrições médicas, aos tratamentos de Enfermagem e aos resultados dos Exames Auxiliares de Diagnóstico. É um sistema concebido para aumentar a satisfação dos doentes e profissionais de saúde através de um atendimento rápido e eficaz e da garantia de que nenhum doente ficará inadvertidamente sem ser observado. Por outro lado, a sua *interface* permite conhecer todo o percurso do doente e até de episódios anteriores de recurso ao SU ou internamentos.

Os registos de enfermagem revestem-se de grande importância na evidência da prática clínica, na prestação e continuidade de cuidados de enfermagem, e evidenciam a autonomia, a tomada de decisão e a responsabilidade profissional (Martins et al., 2008). Já Florence Nightingale referia ser necessária essa sistematização e colheita de dados, como forma de tornar visíveis as condições de saúde das populações, os cuidados de enfermagem prestados e os recursos necessários.

Para a OE, os registos de enfermagem são:

“o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade de cuidados” (Conselho Jurisdicional, OE, 2005, p. 20).

Durante todo o estágio, não prescindi dos registos de enfermagem como excelente instrumento de fonte de informação e garantia de continuidade de cuidados, de forma a personalizar e individualizar os cuidados de enfermagem, e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar.

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

O enfermeiro especialista intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe multi-vítima, e, neste contexto de casos de catástrofe gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta, demonstrando a importância que tem o enfermeiro-especialista nesta área tão crítica e sensível. Perante uma situação de emergência,

exceção ou catástrofe, o enfermeiro especialista deverá atuar de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

“Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata. Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil – Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Regulamento n.º 429 de 2018, p. 19362).

O enfermeiro especialista deverá ser capaz de conceber ou colaborar na conceção dos planos de catástrofe ou emergência, aplicando o seu prévio conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência.

No âmbito do estágio realizado, foi possível apenas o conhecimento dos Planos para catástrofe e emergência, não tendo sido possível colaborar ou até mesmo assistir a nenhuma reunião entre o grupo responsável pelo tema da catástrofe. Contudo, na componente teórica do MEPSC foi revista a importância que esta área de atuação tem, ao serem dados a conhecer os Planos Institucional, Distrital e Nacional para catástrofe e emergência. O Plano institucional do HB foi minuciosamente discutido por um elemento responsável pela elaboração do mesmo e o seu conhecimento foi alvo de avaliação curricular, como forma de garantir a sua correta execução em caso de ser ativado em período de estágio.

Sabe-se, no entanto, que o enfermeiro especialista deverá incorporar no seu quadro de competências o planeamento, garantindo a resposta adequada e concreta perante pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe. No decorrer do processo deverá, igualmente, demonstrar conhecimento dos planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, identificando os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde, atribuindo graus de urgência e decidindo a sequência de atuação, sistematizando as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência. Os cuidados em

situações de Emergência e ou Catástrofe, bem como, a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa e avaliação contínua fazem parte da responsabilidade do enfermeiro especialista. Durante o período de estágio, não foi possível vivenciar nenhuma situação de multi-vítima ou catástrofe, contudo foi vivenciada um estado de emergência fruto de uma pandemia por Coronavírus.

Segundo o *Centre for Research on The Epidemiology of Disaster* (2020) existem quatro tipos de catástrofes: i) as catástrofes naturais, provocadas por fenómenos ambientais como furacões, sismos e erupções vulcânicas; ii) as ambientais, que englobam acidentes tecnológicos e industriais, provocados por materiais perigosos e os incêndios de causa humana; iii) as catástrofes complexas, que englobam a perda de autoridade, assaltos, massacres e guerras e, por fim, iv) as pandemias, que englobam uma doença contagiosa com repercussões na saúde pública e globalmente com efeitos socioeconómicos.

A 31 de dezembro de 2019, a China reportou à *World Health Organization* (WHO) um cluster de pneumonia de etiologia desconhecida em trabalhadores e frequentadores de um mercado de peixe, mariscos vivos e aves na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. A 9 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram um novo vírus da família dos coronavírus (SARS-CoV2) como agente causador da doença. A propagação do novo vírus foi feita em tempo recorde e partilhada a nível internacional e rapidamente a nível mundial. No dia 11 de março a WHO declarou a COVID-19 como pandemia mundial. A pandemia COVID-19 que acometeu a população mundial no início de 2020 exigiu dos governantes ações emergentes nas mais variadas áreas da sociedade no intuito de conter a propagação da doença.

No HRN, o primeiro doente a ser admitido no SU foi no dia 4 de março de 2020. Número este que foi crescendo até maio, naquela que veio a ser a primeira vaga. Para fazer face a questões de sobrelotação foi necessário desenvolver um Plano de Contingência sob a forma de um procedimento sectorial que permitiu a reorganização do espaço do SU para dar resposta a situações de afluência extraordinária. Neste plano está descrita toda a atuação e dinâmica de trabalho de forma a adaptar-se a este surto de doença. Foram criadas áreas dedicadas exclusivamente à COVID-19 e desenvolvidos protocolos de acolhimento destes doentes, bem como a funcionalidade dos circuitos. Todos os doentes com quadro respiratório agudo que se dirijam ou sejam encaminhados ao SU devem ser atendidos em áreas dedicadas COVID-19. São considerados casos suspeitos COVID-19 todos aqueles com:

- Quadro agudo de tosse (ou agravamento da tosse habitual ou associada a cefaleias ou mialgias);

- Febre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$);
- Dispneia/dificuldade respiratória;
- Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito

Os profissionais de saúde envolvidos na avaliação e abordagem destes doentes devem estar devidamente equipados com EPI de contacto e de gotícula, nomeadamente bata, proteção ocular, touca, cobre-botas, luvas e máscara de acordo com o risco de exposição. No caso do SU, a área dedicada, onde a presença de enfermeiros é essencial é a UDC2. Existe a área respiratória dedicada a doentes de pulseira verde, mas que se refere apenas ao atendimento médico.

Todas estas limitações podem originar situações em que as exigências clínicas dos doentes ultrapassam os meios disponíveis para o seu tratamento, seja em termos de recursos humanos, equipamentos ou consumíveis. A prestação de cuidados neste regime exigiu, sem dúvida uma adaptação e reflexão. Durante o meu estágio, apesar de vivenciarmos ainda um pico deste surto, não se refletiu em aumentos de fluxo de doentes no SU. Tal como foi pedido à comunidade em geral, apenas recorre ao SU quem efetivamente tem critérios para o fazer. No entanto, houve necessidade de nos adaptarmos a esta nova realidade de cuidar, de circular e de antecipar as alterações na nossa forma de nos mobilizar na dinâmica de trabalho. Tornou-se necessário gerir os cuidados e mobilizar a equipa para que as necessidades do doente fossem satisfeitas e que os seus direitos fossem respeitados, numa crise de possível sobrelotação, compactando todos os outros doentes sem serem suspeitos em salas para o efeito. A reflexão realizada recorrentemente nos turnos sobre a dimensão ética e o pensamento crítico subjacente aos cuidados, alertando para pormenores que geralmente não são contemplados no contexto de prática habitual, como a família, que fica, agora, excluída a sua presença, foi muito importante para o desenvolvimento profissional. Além disso, considero que esta foi mesmo uma das dimensões em que mais houve evolução pessoal e desenvolvimento de competências.

2.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A OE (2018, p.19362) justifica a importância desta competência específica *“pelo elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos*

médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida”, aumentando assim os riscos de ocorrência de infeções. Efetivamente, a infeção hospitalar, também designada por infeção nosocomial, ou Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) continua a ser um grave problema, com crescimento exponencial, elencada mesmo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma “endemia surda” (Ribeiro, 2011) e cabe aos enfermeiros serem responsáveis por terem um papel ativo e dinâmico nesta área. Atualmente “nosocomial” ou “infeção hospitalar” na sua definição está descrita como uma infeção num doente que ocorre durante a prestação de cuidados num hospital ou noutra contexto de cuidados, a qual não estava presente ou a incubar no momento de admissão (*US Department of Health and Human Services; CDC, 2016; WHO, 2016*) e que ocorre após as primeiras 48h de admissão hospitalar. As infeções adquiridas em consequência da prestação de cuidados constituem, efetivamente, um problema, com morbilidade e mortalidade significativas. De acordo com os *Centers Diseases Control and Prevention (2020)*, estas infeções são evitáveis em cerca de um terço dos casos, pelo que a capacidade de as prevenir pode constituir um excelente indicador de qualidade dos cuidados. É um problema transversal que nenhuma instituição ou país está excluída ou é detentora da resolução. Em cada ano, centenas de milhares de doentes em todo o mundo são afetados pelas IACS. Estas infeções são o evento adverso mais frequente durante a prestação de cuidados, em todo o mundo (DGS, 2017) e uma ameaça relevante, senão a primordial, para a segurança dos doentes, embora possa ser evitada através de medidas efetivas de prevenção e controlo de infeção (OECD, 2016; *US Department of Health and Human Services. CDC, 2016; WHO, 2016; DGS, 2017*). A sua incidência tem um impacto significativo na morbilidade, mortalidade, prolongamento dos internamentos, agravamento dos custos em saúde e na qualidade dos cuidados (Lambert et al., 2011; WHO, 2016; DGS, 2017), para além de também estarem relacionadas com uma carga económica significativa ao nível social (WHO, 2016). A WHO, a União Europeia (UE), entre outras entidades internacionais, tem alertado para o problema da Resistência Antimicrobiana (RAM), estimando-se que seja responsável por 25.000 mortes/ano na UE e 700.000 mortes em todo o mundo, prevendo-se que em 2050, se nada for feito, ocorrerão mais de 10 milhões de mortes todos os anos, superando a mortalidade causada pela neoplasia (DGS, 2017; OPSS, 2018).

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial (DGS, 2017). A monitorização da prática da higiene das mãos nas unidades de saúde conta com o início em 2009, após a adesão de Portugal à Campanha de Higiene das Mãos preconizada pela OMS. Em 2014, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) deu

início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI). Para tal, implementou a Estratégia Multimodal das Precauções Básicas. As PBCI traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infecção e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade. São eles:

1. Avaliação individual do risco de infecção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes;
2. Higiene das mãos;
3. Etiqueta respiratória;
4. Utilização de equipamento de proteção individual (EPI);
5. Descontaminação do equipamento clínico;
6. Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
7. Manuseamento seguro da roupa;
8. Gestão adequada dos resíduos;
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
10. Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Atendendo a este risco dos cuidados de saúde no que refere ao doente crítico, o enfermeiro especialista, deverá ser capaz de conceber um plano de prevenção e controlo da mesma para responder às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, consciencializando-se que a ineficácia das suas medidas e o não cumprimento das normas de controlo de infecção nas suas intervenções e até no próprio relacionamento direto, que não implica a execução de procedimentos técnicos, são uma fonte de possíveis infeções para um organismo que já pela sua condição crítica, se encontra fragilizado. A demonstração do conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infecção e das diretivas das Comissões de Controlo de Infecção (CCI) surge como outra competência do enfermeiro especialista.

No SU, desenvolvem-se múltiplas intervenções e procedimentos importantes e de grande sensibilidade ao controlo de infecção. Aqueles que mais acarretam riscos e são alvos de monitorização são a cateterização venosa periférica, algaliação e entubação nasogástrica. No âmbito mais específico da PSC, nomeadamente, em sala de emergência, existem a entubação naso/orotraqueal, a colocação do cateter

venoso central, a cateterização arterial, entre outros, que são monitorizados mensalmente, revistos em auditorias e que, inquestionavelmente, constituem uma competência do enfermeiro especialista.

No HB, existe um Gabinete da Qualidade e Grupo responsável pelo Controlo de Infeção que desenvolve ações no âmbito da prevenção, monitorização e controlo do risco infeccioso e que tem um ou dois representantes em cada equipa de cada serviço, o qual acompanha as diretrizes, enquanto revê procedimentos, realiza auditorias mensais e dinamiza os procedimentos revistos pelos Gabinetes no seio da equipa e sugere alterações, atribuindo responsabilidade a todos os enfermeiros pelas ações que acomete na sua prática diária. Por fim, é responsável por avaliar todas as intervenções efetuadas, procurando os ajustes necessários impostos pelo contexto de trabalho, sendo novamente a avaliação dos cuidados prestados um alicerce fundamental para o enriquecimento da prática em enfermagem.

Por ter sido um ano atípico em que grande parte da atividade de monitorização e auditoria ficou suspensa, não foi possível integrar estas funções. No entanto, foram realizadas entrevistas informais, consultas de protocolos e procedimentos e integradas todas as recomendações de controlo de infeção no exercício enquanto aluna de MEPSC.

PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, POTENCIAL DADORA DE ÓRGÃOS

O cuidar assume-se, assim, como a essência da Enfermagem e o foco central e unificador da sua prática (Watson, 1999). Segundo o mesmo autor, *“O cuidado é a essência da enfermagem, sendo o seu objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”* (Watson, 2002).

Neste capítulo pretende-se expor os conceitos e definições relativos à Doação e Transplantação, bem como, os cuidados de enfermagem inerentes ao cuidado prestado à pessoa em situação crítica, possível dadora de órgãos e sua família.

1.1 Doação/ Transplantação

Matos (2015, p. 10) assume que sem doação não há transplantação, pelo que as etapas da cadeia de sobrevivência são fundamentais para a obtenção do resultado final desejado: vida com qualidade de vida. O processo inicia-se na pessoa, a qual decide com informação, fazer a opção de se inscrever ou não no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). A esta etapa seguem-se a identificação de potenciais dadores, o diagnóstico de Morte Cerebral, a manutenção do dador, a colheita de órgãos, a identificação dos recetores, o transplante, os cuidados pós transplante, a imunossupressão, etc. Tais fenómenos acontecem num contexto multidisciplinar e multiprofissional abrangente, onde o enfermeiro tem um papel inequívoco e inigualável. De forma a fazer face à escassez de órgãos, é fundamental que as equipas de saúde estejam despertas para a deteção de potenciais dadores e para a sua manutenção, promovendo a viabilidade de órgãos e tecidos. É imprescindível não só a capacidade técnica para a colheita e transplantação dos órgãos, como ser competente em todo o processo associado aos mesmos, de forma a garantir que todas as etapas são cumpridas eficazmente, bem como a preservação da qualidade dos órgãos a transplantar. O processo da doação tem início no momento em que se identifica um potencial dador, isto é, quando é diagnosticada a Morte Cerebral.

Guetti & Marques (2008) referem que a enfermagem assume a responsabilidade de cuidar dos doentes nestas situações, pelo que se torna necessário que a enfermagem detenha em seu corpo, os conhecimentos nesta área, visto que a qualidade dos cuidados prestados irá traduzir-se na viabilidade dos órgãos colhidos:

“a manutenção do potencial doador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, detecção precoce e manuseio imediato das principais complicações advindas da Morte Cerebral para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis.” “O enfermeiro deve estar capacitado a identificar tais alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipe de saúde, possa instituir medidas terapêuticas adequadas.” (Guetti & Marques, 2008, p. 96).

A Espanha, que é considerada líder mundial em transplante de órgãos, esforça-se para a identificação precoce de potenciais doadores, desenvolvendo amplos critérios de elegibilidade em relação a órgãos viáveis para transplante e instituição de treino para profissionais de saúde em relação à comunicação familiar em torno da doação de órgãos (Lewis et al., 2020; Thomas et al., 2019)

O processo de doação é definido como *“o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo”* (Aguilar et al., 2010, pg. 2). Este processo inclui a identificação e avaliação do potencial doador, a obtenção de consentimento para a doação (nos países que assim o obriga), a manutenção do doador e a recuperação de células, tecidos ou órgãos (OMS, 2009). Por outro lado, o enfermeiro no processo de doação de órgãos num doador em Morte Cerebral, desempenha um papel importante (Casal e Batista, 2014), conforme descrito na Nursing Interventions Classification e por várias associações internacionais como a Emergency Nurses Association, a American Association of Critical-Care Nurses e o Royal College of Nursing, enumerando a importância das intervenções de enfermagem junto do doador e da sua família. O papel e a responsabilidade deste são inúmeras, no entanto, no seu estudo, apesar de ainda existirem dificuldades na identificação de potenciais doadores, quando o fazem seguem o protocolo da doação. Por doador entende-se *“qualquer fonte humana, viva ou morta, de órgãos, tecidos e células de origem humana”* (Artigo 1.º, Lei n.º 22/2007). Da mesma forma, para a WHO (2009, p. 10), um doador é *“a human being, living or deceased, who is a source of cells, tissues or organs for the purpose of transplantation”*. Assim, qualquer pessoa pode fazer uma doação de órgãos ou tecidos em vida, mesmo não apresentando qualquer relação de consanguinidade com o recetor (Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, em Diário da República, 2007).

Existem dois tipos de doadores de órgãos/tecidos: o doador vivo e o doador falecido (IPST, 2013). Dado o objeto de estudo ser a pessoa, potencial doadora de órgãos, iremos focar-nos apenas na abordagem do doador falecido.

Com o objetivo de estabelecer uma nomenclatura unificada no processo de doação e transplante, formou-se um grupo de *experts* da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da *The Transplantation Society* (TTS)

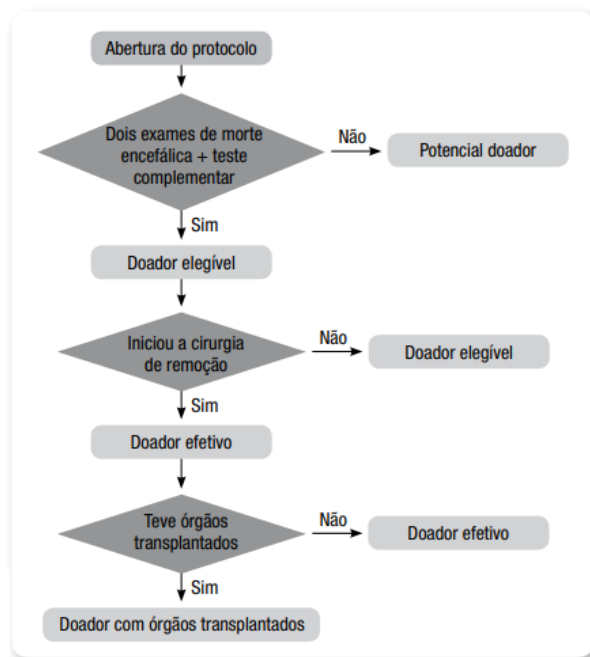
no ano de 2008. Havia a necessidade dessa unificação, pois os termos eram empregados com significados diferentes em cada país, tornando difíceis a avaliação e a comparação dos resultados e estatísticas. Assim, em março de 2010, foram apresentadas as recomendações da OMS durante um evento em Madrid, no âmbito da Terceira Consulta Global da OMS sobre Doação e Transplantação de Órgãos.

Esse grupo recomendou utilizar, para os dadores em morte encefálica, os seguintes termos:

- i. Possível doador: paciente com lesão encefálica grave, em uso de ventilação mecânica.
- ii. Potencial doador: após a abertura do protocolo para o diagnóstico de morte encefálica.
- iii. Elegível para doação: quando foi confirmado o diagnóstico de morte encefálica.
- iv. Doador efetivo: quando iniciada a cirurgia para remoção de órgãos.
- v. Doador com órgãos transplantados: quando pelo menos um dos órgãos removidos é transplantado.

Com essa nomenclatura, pode-se estabelecer um fluxograma do processo de doação e transplante, que está representado na figura 2.

FIGURA 2- FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE



Fonte: Garcia & Pacini, 2015

Um dador cadáver pode ser classificado em:

- Dador após morte cerebral: *“A Deceased Heart-Beating Donor is a donor who was legally declared dead by neurological criteria”* (WHO, 2007, p. 7). Os critérios e regras de semiologia médico-legal para a verificação da morte cerebral encontram-se publicados na Declaração da Ordem dos Médicos (OM, 1994);
- Dador após morte cardiocirculatória: *“Deceased Non-Heart-Beating donor is a donor who was legally declared dead by cardio-pulmonary criteria”* (WHO, 2007, p. 7). Este dador refere-se à interrupção irreversível das funções circulatórias e respiratórias devido a paragem cardíaca ou doença cardíaca avançada grave antes da consideração da elegibilidade para recuperação de órgãos e tecidos (Lewis et al., 2020; Starr et al., 2020). O programa de colheita de órgãos em dadores em assistolia está legislado em Portugal desde 2013 (Despacho n°14341/2013, de 6 de novembro, em Diário da República, 2ª Série, N° 215, 2013).

Na Europa, apenas alguns países têm legislação para este tipo de colheita. *“Em Espanha, os resultados, nos últimos 10 anos, indicam que a doação em PCR representa 10% da doação em dador cadáver. No entanto a grande origem dos dadores continuará sempre a ser os dadores em morte cerebral”*, como refere Hélder Trindade (Gomes, 2013, p. 1). Os critérios de inclusão e a categorização, em muito, diferem no que respeita à MC.

A morte cerebral é o processo final da progressão da isquemia cerebral. Este processo inicia-se com o aumento irreversível da pressão intra-craniana (PIC) devido a lesão cerebral primária e que leva progressivamente a hipóxia e edema cerebral, culminando com a herniação transtentorial do tronco cerebral pelo forâmen magno e que interrompe de forma irreversível a circulação cerebral. Desta forma, o processo de morte cerebral também é chamado de ‘tempestade autonómica’, devido à maior concentração de catecolaminas no sentido de restabelecer a circulação cerebral (Dictus et al., 2009; D'Império, 2007; Guetti & Marques, 2008; Rech & Filho, 2007; Serri & Marsolais, 2017; Tullius & Rabb, 2018). Após a morte cerebral, existe uma perda do tónus simpático que conduz a vasodilatação e depressão da função cardíaca com vasodilatação que, se não tratadas, progridem para assistolia. A morte cerebral vai conduzir a alterações cardiovasculares, pulmonares, endócrinas, renais, hepáticas e da coagulação, da temperatura e imunológicas (Dictus et al., 2009; D'Império, 2007; Guetti & Marques, 2008; Rech & Filho, 2007; Serri & Marsolais, 2017; Tullius & Rabb, 2018).

O conhecimento das alterações fisiológicas decorrentes da morte cerebral permite à equipa multidisciplinar e mais especificamente aos enfermeiros conduzir a manutenção adequada do potencial dador (Guetti & Marques, 2008; Serri & Marsolais, 2017; Tullius & Rabb, 2018) e assim, permitir um resultado positivo na realização do transplante dos órgãos (Mendonça, Castro, & Brasileiro, 2010). O conhecimento da fisiopatologia decorrente da morte cerebral por parte do enfermeiro é essencial para a fundamentação dos cuidados ao dador e também para explicar todo o processo aos familiares (Mendonça, Castro, & Brasileiro, 2010; Serri & Marsolais, 2017). Por tudo o que foi descrito em epígrafe, é indiscutível a importância de existir um bom trabalho de equipa para se garantir a qualidade dos órgãos a transplantar.

O diagnóstico de morte cerebral resulta na ausência da totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral: fotomotores com pupilas de diâmetro fixo, oculocefálicos, oculovestibulares, corneopalpebrais e faríngeo. A prova de apneia positiva assegura a ausência de respiração espontânea. A verificação da morte cerebral requer, em prática, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade. A metodologia de verificação pode implicar o recurso a exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado essencial para a confirmação da morte cerebral. As provas de morte cerebral deverão ser executadas por dois médicos especialistas (em Neurologia, Neurocirurgia ou com experiência em Medicina Intensiva). Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e, pelo menos um, não deverá pertencer à Unidade ou Serviço em que o doente esteja internado. Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral, é indispensável que se verifiquem as seguintes condições:

- i. Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica.
- ii. Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos.
- iii. Ausência de respiração espontânea.
- iv. Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do Sistema Nervoso Central e/ou agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores (Silva, 2010; NICE, 2020)

1.2 Contextualização Histórica da Transplantação

No Século XX, a área da doação e transplantação de órgãos culminou o seu impacto. São várias as mitologias que nos remetem para a “combinação” entre partes humanas e animais num só corpo.

Segundo Periz e Sanmartín (2004), foi no Século XII que se realizou a primeira transplantação, quando os santos, Cosme e Damião, transplantaram a perna de um etíope, que tinha morrido, num sacristão que sofria de uma neoplasia na perna. Foi em 1954, que surge aquele que foi o primeiro êxito da transplantação, em que um gêmeo doou em vida um rim ao seu irmão, realizado por Murray, Merrill e Harrison, no Hospital de Peter Bent Brigham em Boston e que valeu a Murray o Prémio Nobel. Em Portugal, a transplantação está associada a Alexandre José Linhares Furtado. Em junho de 1969, realizou o seu primeiro transplante renal em Portugal com um dador vivo.

1.3 Princípios Éticos da Transplantação de Órgãos

No nosso país, existem uma panóplia de leis que regulamentam os transplantes e os centros de transplantes, entre as quais, salientam-se as mais pertinentes ao objetivo do estudo: Lei nº 12 de 22 de Abril de 1993 – Lei dos transplantes; Decreto-Lei nº 45683 – permite a colheita de órgãos da pessoa falecida; Portaria nº 1245 de 06 de dezembro de 1993- estabelece as normas a que obedece o desenvolvimento do Programa de Transplantes nas unidades hospitalares; Declaração da Ordem dos Médicos - Critérios de morte cerebral, publicada em Diário da República n.º 235/1994, Série I-B de outubro de 1994 e a Lei nº 141 de 28 de agosto de 1999 - Critérios de morte cerebral. A Lei nº 12 de 22 de abril de 1993 destina-se a todos os atos que procuram a dádiva ou colheita de tecidos ou órgãos de origem humana, para fins de diagnóstico ou para fins terapêuticos e de transplantação. São incluídos nesta lei os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal. Relativamente a estrangeiros temporariamente em Portugal, em situações de morte cerebral, estes são abrangidos pela legislação em vigor no país de origem. O Ministério da Saúde autoriza a criação de centros de transplantação, estando sujeitos a uma avaliação periódica das suas atividades e dos seus resultados. Outro aspeto abrangido por esta lei, é a proibição quanto a revelar a identidade quer do dador quer do recetor do órgão ou tecido. A dádiva de tecidos e órgãos não pode ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização. No entanto, os estabelecimentos autorizados para as atividades de transplantação podem receber remuneração pelos serviços prestados. O artigo 6º da Lei nº 12 de 22 de abril de 1993, enuncia que só podem ser autorizadas as colheitas em vida de substâncias regeneráveis, excluindo se entre o dador e o recetor existir uma relação de parentesco até ao 3º grau. Se a dádiva comprometer de uma forma grave e permanente a integridade física e a saúde do dador, esta não será admitida. A atual legislação atribui ao médico o dever de informar o dador e o recetor dos riscos possíveis, das consequências da dádiva e do tratamento e dos seus efeitos secundários. O artigo 10º estabelece 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. 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 (Lei nº 12 de 22 de Abril, 1993). Relativamente à certificação da morte, a atual lei, responsabiliza a Ordem dos Médicos para a enunciação e constante atualização dos critérios e regras de semiologia médico-legal para a certificação da morte cerebral.

“Os médicos que procedam à colheita devem lavrar, em duplicado, auto de que constem a identidade do falecido, o dia e a hora da verificação do óbito, a menção da consulta ao RENNDA e do cartão individual, havendo-o, e da falta de oposição à colheita, os órgãos ou tecidos recolhidos e o respetivo destino. Na verificação da morte não deve intervir médico que integre a equipa de transplante. A colheita deve ser realizada por uma equipa médica autorizada pelo diretor clínico do estabelecimento onde se realizar. Um dos exemplares do auto fica arquivado no estabelecimento em que se efetiva a colheita e o outro é remetido ao Serviço de Informática do Ministério da Saúde. Quando não tiver sido possível identificar o cadáver, presume-se a não oposição à dádiva se outra não resultar dos elementos circunstanciais” (Lei nº 12/93 de 22 de abril, p.1963).

Com o conhecimento enunciado de todos estes documentos normativos da doação e transplantação de órgãos, é importante referenciar quais os tipos de dadores de órgãos existentes, quais os critérios de morte cerebral, quais as alterações fisiológicas decorrentes da morte cerebral e quais os exames realizados para passar de um potencial dador para um dador reconhecido como tal.

A procura crescente de órgãos, tecidos e células, as disparidades globais na equidade do acesso ao transplante em relação às necessidades dos doentes, os recursos existentes no país, a população e a regulação ética da coordenação nacional e internacional são fatores determinantes das decisões sobre a doação e transplantação.

No que concerne à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, existem 2 tipos de consentimentos, o presumido, que dá acesso ao direito à oposição expressa em vida, um regime de *opting out*, em que todo o cidadão que opta por não se inscrever como não dador, é efetivamente potencial dador, e o explícito, que permite a colheita dos órgãos apenas perante a autorização oficial do dador, o que implica o registo de dadores. É aplicado na Europa, em países como o Reino Unido, a Irlanda e a Alemanha (Alves, 2013). No que respeita à colheita de órgãos e tecidos em dadores em morte encefálica, a legislação portuguesa é das mais avançadas, ao presumir que todos os cidadãos são dadores depois do falecimento, exceto os que se registaram no RENNDA. Este registo anula o dilema da

decisão familiar num momento de luto. Assim *“a nurse practicing Henderson's theory can be the voice unheard, ensuring that the decisions the patient made while still independent are realized”* (Nicely & DeLario, 2011, pg. 73). Por outro lado, o papel do enfermeiro é fundamental uma vez que pode dar suporte emocional e esclarecer todas as questões e dúvidas existentes à família (Lewis et al., 2020; Thomas et al., 2019). Para isso, os enfermeiros têm de estar preparados para prestar cuidados ao dador de órgãos e aos seus familiares conhecendo todo o processo que envolve a doação, a colheita e a transplantação pois *“Henderson was cognizant of the need to include the patient's family”* (Nicely & DeLario, 2011, pg. 77) em todo este processo.

O Conselho Nacional de Transplantação é o órgão consultivo da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT), a quem compete pronunciar-se sobre as questões fundamentais da atividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células de origem humana, nomeadamente no que concerne aos seus aspetos éticos, logísticos, de segurança, recolha de dados e avaliação de resultados.

O Despacho n.º 257 de 3 de setembro de 1996 revogado parcialmente pelo Decreto Regulamentar n.º 67 de 29 de maio de 2007 que se mantém em vigor no que diz respeito aos Gabinetes de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação, estabelece que a estes compete identificar os potenciais dadores e comunicar tal facto às Unidades de Transplante, prestando-lhes toda a colaboração necessária.

A Lei n.º 22 de 29 de junho de 2007 transpõe, parcialmente, para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, relativa ao estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana, na parte respeitante à dádiva e colheita de tecidos e células de origem humana.

A Recomendação do Conselho da Europa, adotada em 15 de junho de 2005 (Portaria n.º 357 de 9 de Maio, 2008), estabelece que a Rede de Coordenação de Colheita de Órgãos e Tecidos para Transplantação engloba todos os hospitais dotados de Unidades de Cuidados Intensivos, onde um profissional, designado por Coordenador Hospitalar de Doação (CHD), com formação apropriada e responsabilidades devidamente definidas, tem, por missão, estabelecer e manter um sistema baseado no Hospital com vista à identificação de potenciais dadores de órgãos, tecidos e células. A atividade de colheita de órgãos, em Portugal, encontra-se repartida, em termos geográficos, por cinco Gabinetes de Coordenação de Colheita e Transplantação: Centro Hospitalar do Porto (Hospital de Santo António), Hospital de São João, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Lisboa

Central (Hospital de São José) e Centro Hospitalar Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria). Cada um destes Gabinetes possui sob a sua área de influência determinadas instituições hospitalares

1.4 Critérios de Morte Cerebral e Manutenção do potencial dador de órgãos

A morte encefálica é um termo jurídico e clínico. Esta ocorre após a destruição de células neuronais suficientes no cérebro para que haja uma perda irreversível de consciência, bem como a ausência de reflexos do tronco cerebral, incluindo a incapacidade dos pulmões de inspirar e expirar sem suporte de pressão positiva externa (Starr et al., 2020). Em Portugal, os critérios de morte cerebral são regulamentados pela Declaração da Ordem dos Médicos segundo o artigo 12º da Lei n.º 12 de 22 de Abril de 1993, onde vigoram o conhecimento da causa e da irreversibilidade da situação clínica; a ausência de respiração espontânea; o estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação nervosa na área dos pares cranianos; a ausência na totalidade dos reflexos do tronco cerebral; constatação da estabilidade hemodinâmica e a verificação de ausência de hipotermia, alterações endócrinas-metabólicas, depressores do sistema nervoso central e de bloqueadores neuromusculares.

A manutenção precisa, exata e adequada do dador deve iniciar-se o mais precocemente possível após a conclusão da certificação da morte, enquanto se obtém um consentimento apropriado, para maximizar as possibilidades de sucesso da colheita dos órgãos. A manutenção do dador é da responsabilidade do médico da UCI. Recomenda-se o desenvolvimento em cada centro de um protocolo completo para a manutenção do dador, incluindo a monitorização e a documentação necessária. Neste devem estar incluídos a:

- manutenção hemodinâmica: monitorização e prevenção da hipotensão, hipertensão, arritmias e paragem cardíaca e a manutenção da pressão arterial que garanta uma perfusão correta dos órgãos.
- manutenção dos eletrólitos: monitorização e correção da hipocalcemia, hipercalcemia, hiponatremia e hipernatremia;
- manutenção da temperatura corporal num intervalo fisiológico (pelo menos, acima de 34 °C);
- manutenção endócrina: deve incluir a monitorização dos efeitos clínicos e a prevenção de alterações no eixo hipotálamo-hipófise-tiroideia e hipotálamo-hipófise (diabetes insípida) e alterações no metabolismo da glucose;

- monitorização e correção das principais coagulopatias;
- ventilação mecânica adequada;
- manutenção da função renal com a prevenção de poliúria e oligúria (Dopson & Long-Sutehall, 2019; IPST, 2013; Maciel et al., 2017; Tullius & Rabb, 2018).

Devem ser monitorizadas e auditadas: a incidência de paragem cardíaca irreversível, sépsis e outras contraindicações relativas para a doação de órgãos relacionados com a manutenção dos potenciais dadores de modo a identificar problemas e facilitar as ações corretivas. O envolvimento da UCI em investigação e/ou programas educativos sobre a manutenção dos dadores deve ajudar a elevar os padrões. Os coordenadores de doação podem encarregar-se da manutenção do dador após a certificação da morte.

1.5 Cuidados de Manutenção de Potenciais Dadores de Órgãos

Os “cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação (...), de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 429. 2018, p.19362).

Os objetivos principais dos cuidados de enfermagem ao dador visam: oxigenar os órgãos, manter a estabilidade hemodinâmica, manter o equilíbrio hidro-electrolítico e manter a temperatura adequada (Serri & Marsolais, 2017; Urden, Stacy, & Lough, 2008; Tullius & Rabb, 2018), para que se promova o estado circulatório e metabólico ideais, a melhoria da função de cada órgão e a maximização do número de órgãos para transplante (Garcia et. al, 2015).

Desta forma, a manutenção de um potencial dador pode, sumariamente, traduzir-se na regra dos 100 (Quadro 1) pois é uma forma de manter uma pressão de perfusão ideal dos órgãos a transplantar e de preservar a sua qualidade. É da responsabilidade da equipa de enfermagem o controlo de todos os dados hemodinâmicos do potencial dador (Guetti & Marques, 2008).

FIGURA 3- REGRA DOS 100 DA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS

Pressão Arterial (PA) Sistólica ~ 100 mmHg
Pressão Venosa Central (PVC) ~ 10 mmHg
Diurese Horária ~ 100 ml/h
Pressão Arterial de Oxigênio (PaO ₂) ~ 100 mmHg
Hemoglobina ~ 100 mg/dl
Glicemia ~ 100 mg/dl

Fonte: Guetti & Marques, 2008

Outro dos focos de atenção do potencial dador de órgãos é a perda de perfusão arterial no hipotálamo. Como resultado dessa alteração, o organismo perde a capacidade de controlar a temperatura corporal. A prática atual recomenda o aquecimento do potencial doador a uma temperatura acima de 35°C, idealmente entre 36°C e 37,5°C, tanto antes da operação de recolha de órgãos quanto durante ela. A monitorização da temperatura é de extrema importância para a manutenção da sua estabilidade, sendo locais de medição recomendados a artéria pulmonar, o esôfago e a membrana timpânica (Garcia & Pacini, 2015).

Na fase inicial da manutenção do potencial dador, recomenda-se tomar medidas de prevenção da hipotermia, pois esse quadro é de difícil reversão. As medidas incluem o aquecimento do ambiente e do leito do potencial dador, o uso de mantas térmicas, o aquecimento de gases no ventilador mecânico (entre 42°C e 46°C), se possível, e a infusão de líquidos aquecidos a 43°C, se necessário (Garcia & Pacini, 2015). Se a hipotermia estiver instalada, será urgente instituir medidas de irrigação gástrica aquecidas ou infusão de soluções cristaloides aquecidas em veia central.

A nível cardiovascular, o objetivo da manutenção do potencial dador de órgãos é a normotensão, a euvolemia e a otimização do débito cardíaco a fim de garantir gradientes de pressão de perfusão e fluxo sanguíneo adequados para os órgãos, com as menores doses possíveis de drogas vasoativas (Garcia & Pacini, 2015; Tullius & Rabb, 2018).

A hipovolemia é a causa mais comum de hipotensão e esta é frequente, atingindo até 80% dos dadores, e a forma sustentada, apesar do uso de drogas vasoativas, pode ocorrer em 20% deles. A correção inicial da volemia deve ser feita, preferencialmente, com cristaloides de soluções salinas de 0,45% ou outras soluções hipotônicas, com o objetivo de estabilizar pressão arterial média (PAM), reduzindo assim a incidência de hipernatremia (Freire et. al, 2012).

A infusão de líquidos merece uma monitorização do balanço hídrico de forma minuciosa, já que, se para o rim é importante a restauração hídrica volumosa, para o pulmão é importante prevenir o edema pulmonar por sobrecarga.

Quando a instabilidade hemodinâmica persiste, mesmo após a reposição de fluidos, está indicado o uso de drogas vasoativas. Aproximadamente 70% a 90% dos doadores respondem de forma positiva à reposição volêmica e a doses baixas de vasopressores. No caso destas estratégias falharem no controle da estabilidade hemodinâmica, a terapia hormonal está considerada, por exemplo, a administração de hidrocortisona (D'Império, 2007; Freire et. al, 2012; Garcia & Pacini, 2015).

As arritmias cardíacas são comuns e atribuíveis à necrose do sistema de condução cardíaco secundária ao impulso simpático (tempestade autonômica), distúrbios metabólicos e anormalidade de eletrólitos. As mesmas ocorrem durante a herniação cerebral e são altamente resistentes ao tratamento com antiarrítmicos.

A manutenção do suporte ventilatório é vital para o sucesso do transplante de órgãos. Os pulmões podem ser lesionados em decorrência de trauma, de embolia gorda ou até por pneumonia de aspiração. A ventilação mecânica deve ser mantida, assegurando uma pressão de platô menor que 30 cmH₂O, volume corrente entre 6 e 8 ml/kg de peso ideal e pressão positiva final da expiração (PEEP) de 8 a 10 cmH₂O. Isto é, deve primar-se por uma ventilação de proteção, em que o uso de PEEP ajuda a evitar o aparecimento de atelectasias enquanto melhora a oxigenação e diminui o trabalho cardíaco. Pelo contrário, valores elevados de PEEP podem conduzir à redução do débito cardíaco e à hipotensão arterial (Garcia & Pacini, 2015).

A aspiração de secreções, o recrutamento alveolar e a *toilette* brônquica devem ser instituídas para diminuir o risco de atelectasias e infecções. As mudanças de decúbito a cada 2 horas com elevação de cabeceira a 30°- 45°, bem como a pressão de cuff ajustada a 20/30 cm H₂O são fundamentais para prevenir as pneumonias associadas ao ventilador. A broncofibroscopia e avaliação radiológica são importantes quando todas as medidas de oxigenação não são suficientes.

A frequência respiratória deve ser ajustada para se atingir valores de pH sanguíneos próximos ao normal, enquanto que a fração inspirada de oxigênio deve ser a menor possível para manter a pressão parcial de oxigênio arterial maior que 90 mmHg, principalmente em potenciais doadores de pulmão (Garcia & Pacini, 2015; IPST, 2013).

Por todas as alterações fisiopatológicas comuns à morte encefálica, recomenda-se a realização de monitorizações eletrolíticas a cada 6 horas, bem como a correção rigorosa das alterações, mantendo o equilíbrio do potencial dador (Garcia & Pacini, 2015; IPST, 2013).

2. METODOLOGIA DE TRABALHO PROJETO

2.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é a primeira das etapas da Metodologia de Projeto, cuja finalidade é realizar *“um mapa cognitivo sobre a situação, problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”* (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010. p. 10).

O doente crítico em contexto de urgência engloba uma diversidade de situações e circunstâncias complexas de doença, que requerem cuidados diferenciados e altamente eficientes, vigilância rigorosa e controlo de sinais e sintomas diversificados.

A captação e manutenção de potenciais dadores em morte cerebral, em contexto hospitalar, é uma atividade de elevada importância, uma vez que o seu insucesso ou ineficácia pode pôr em causa o processo de doação. Os enfermeiros assumem-se elementos da equipa multidisciplinar com grande destaque no cuidado a este tipo de doentes, tendo uma grande responsabilidade neste processo de manutenção do potencial dador de órgãos. O ponto de partida relativamente a este tema surge inicialmente pela considerável admissão de doentes potenciais dadores de órgãos e pela Unidade de AVC/Neurologia estar integrada no Serviço de Urgência, nomeadamente naquele onde se direcionou o presente estudo.

De forma a responder a esta inquietação e compreender inteiramente a problemática, há a necessidade de formular um diagnóstico de situação, respeitando os dados fornecidos pelo Gabinete de Coordenação Hospitalar de Doação do Hospital de Braga e pelas entrevistas informais efetuadas neste contexto.

Efetivamente, no decorrer do estágio, houve sempre uma preocupação em detetar as necessidades, áreas de interesse e experiências de aprendizagem, que servissem não só de base para a elaboração do PIS, mas, sobretudo, que fosse um contributo importante para o SU, para os seus enfermeiros e para a profissão. Neste âmbito, as entrevistas informais com o enfermeiro Tutor e com a equipa foram determinantes para refletir sobre temas suscetíveis de ser um benefício para a melhoria dos cuidados, bem como para o desenvolvimento do projeto. A doação é um tema que, pessoalmente, me instiga muita curiosidade e motivação.

Desta forma, apesar de inúmeras opções, elegeu-se o tema da pessoa potencial de ser doadora de órgãos, especificamente no que se refere à importância da identificação precoce da mesma e o benefício de instruir para a melhoria e eficácia da captação destes doentes potenciais doadores de órgãos.

Em seguida, discutiu-se o assunto informalmente com enfermeiros que constituem a equipa do SU, obtendo um retorno positivo sobre o tema, bem como junto do Enfermeiro-Chefe, assegurando a sua pertinência e validação.

Segundo Moraes et. al (2014), *“os principais obstáculos na obtenção de órgãos para transplante consistem na falha para identificar, notificar e confirmar essa situação, pelo desconhecimento, desinteresse e sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde”*. O atraso, ausência e a falha nesta etapa resulta em custos inapropriados, ocupações prolongadas e desnecessárias na UCI, aumento do sofrimento familiar e conspira para a perda de órgãos e tecidos para transplante.

Espindola et al. (2007), Silva et al. (2007), Galvão et al. (2007) e Bittencourt et al. (2007) desenvolveram estudos, cujo objetivo transversal era avaliar o conhecimento dos estudantes de Medicina e Enfermagem sobre o processo de doação. Todos os artigos foram de caráter quantitativo e em todas as pesquisas, a conclusão foi unanimemente similar, apontando o déficit de conhecimento dos estudantes sobre a doação e sobre o transplante de órgãos.

A escassez de órgãos é o maior desafio que a transplantação, atualmente, enfrenta. Por outro lado, para Freire et al. (2014), quanto maior for o receio em morrer, mais resistência há da sociedade em relação à doação de órgãos, podendo ter este ato, uma imagem negativa relacionada com a colheita de órgãos. No entanto, como refere D'Império (2007) e Soffker et al. (2014), o transplante é, atualmente, vítima do seu próprio sucesso, visto que à medida que as listas de espera aumentam, em contraste com a disponibilidade de órgãos, cresce o número de mortes associadas a elas. Tal situação,

“leva a um esforço para aprimorar as técnicas existentes de captação e preservação, assim como desenvolver novas medidas para o seu aproveitamento de forma a reduzir a mortalidade nas filas de espera, para além de permitir uma melhor compreensão da morte encefálica, os seus processos fisiopatológicos, a sua identificação e as estratégias envolvidas no equilíbrio clínico do dador” (D'Império, 2007, p. 74).

Como refere Smith (2015) e Wetsphal (2011), o enfermeiro através do exercício profissional pode identificar possíveis doadores, notificar e colaborar com os médicos na determinação da morte, suportado pela sua formação técnica, legal e ética. Igualmente, Schub (2014) corrobora que é o enfermeiro, o

principal responsável pela identificação de potenciais doadores, controle hemodinâmico, manutenção e pelo apoio da família.

Tendo conhecimento da realidade do SU, sendo a doação um tema pouco estudado pelos enfermeiros, com ausência de normas e diretrizes orientadas para a prática, identificou-se a pessoa potencial doadora de órgãos e os seus cuidados como uma problemática da prática clínica no SU com necessidade de intervenção.

Segundo um estudo levado a cabo por Westphal et. al (2016) em conjunto com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), as causas mais frequentes de morte encefálica são o traumatismo cranioencefálico (TCE) e o acidente vascular cerebral (AVC) que somam mais de 90% de todos os potenciais doadores. Outras causas incluem tumores cerebrais, infecções do sistema nervoso central (SNC) e anoxia pós-paragem cardiorrespiratória

Até o ano de 2010, mais da metade dos indivíduos falecidos na condição de morte encefálica no Brasil não era sequer identificada, levando-se em conta uma estimativa subestimada de 70 mortes encefálicas por milhão de população a cada ano. Desde então, pouco mais de 70% têm sido identificados, ou seja, de cada dez mortes encefálicas ocorridas no Brasil, três não são sequer identificadas. Resultados semelhantes foram observados na Europa e no Canadá (Westphal et al., 2016). O ACCORD *consortium* (2015) demonstrou que 35% dos pacientes que morrem em decorrência de lesões cerebrais catastróficas em hospitais europeus não são reportados como tal. Conseqüentemente, qualquer possibilidade de doação de órgãos não foi então considerada. Assim, a sistematização da busca de indivíduos em morte encefálica é fundamental para corrigir falhas de identificação. O processo de identificação de possíveis e potenciais doadores prevê, em condições ideais, os seguintes aspectos:

1. Estabelecer os locais em que os possíveis doadores normalmente são identificados: todas as unidades hospitalares em que possa haver pacientes com ventilação mecânica invasiva, com ênfase nas unidades de cuidados intensivos;
2. Conhecer os critérios para identificação de possíveis e potenciais doadores. Identificar e notificar a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) todos os possíveis doadores que preencham os seguintes critérios: ventilação mecânica, lesão encefálica catastrófica e irreversível de origem conhecida, escala de coma de Glasgow 3, ausência de um ou mais reflexos de tronco;

3. Estabelecer frequência mínima para realização da procura, podendo ser, no mínimo, duas vezes por dia;

4. Identificar lideranças na UCI e na coordenação de transplante que reúnam condições para realizar a sistematização da identificação desses potenciais dadores. Em instituições onde a coordenação de transplantes esteja consolidada, a busca ativa deve ser realizada por coordenadores de transplante (médicos ou enfermeiros) (Westphal et al., 2016).

Segundo a *International Registry of Organ Donation and Transplantation*, em 2019 existiram 347 dadores cadáveres em Portugal, mais três que em 2018. Destes 347 dadores, 320 são dadores por morte cerebral e 27 dadores por paragem cardiocirculatória. Até 2016 não há colheita em dadores falecidos por paragem cardiocirculatória, havendo registo de início da sua atividade a partir do referido ano. Segundo dados do IPST, os números dos últimos dez anos rondam uma média de 341 dadores falecidos, conforme se apresenta no seguinte gráfico.

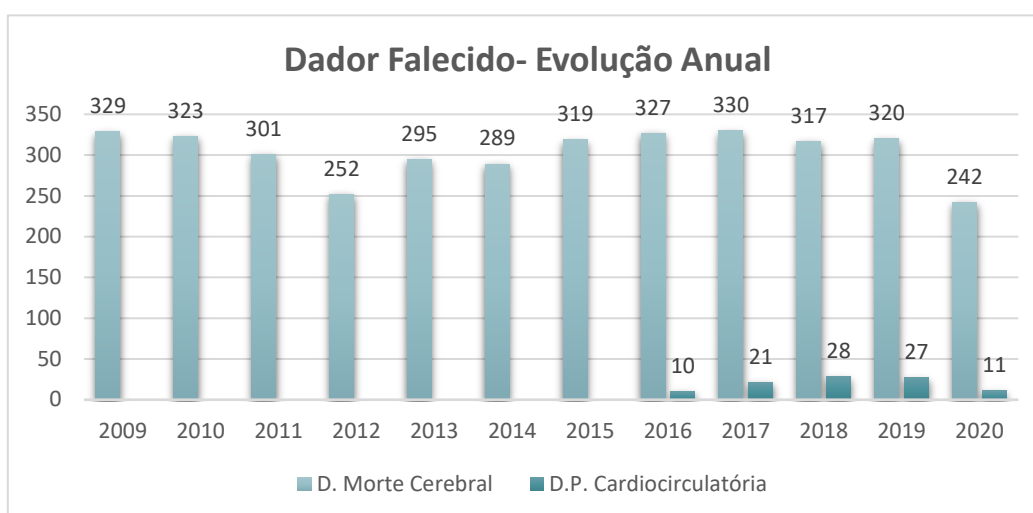


GRÁFICO 1- DADOR FALECIDO- EVOLUÇÃO ANUAL

FONTE: IPST (2021)

Tais números, refletiram- se num honroso 3º lugar a nível mundial, seguidos de Espanha e Estados Unidos da América com 4,55 % de diferença em relação ao nosso país (*International Registry of Organ Donation and Transplantation*, 2021).

Segundo a Coordenação Nacional da Transplantação, as causas de morte que mais prevalecem entre os dadores são 80% de foro médico, os restantes 20% são traumáticas, como os TCE derivados de acidente

de viação e outros TCE's. O AVC assume ser o principal protagonista dos números desde 2011, assumindo 151 dadores no ano 2020.

Desde 2011, que a prevalência do AVC é preponderante, quando comparado com o TCE por acidente de viação ou outras naturezas de TCE, como é possível confirmar na tabela (Tabela 1).

TABELA 1- CAUSAS DE MORTE CEREBRAL EM PORTUGAL

Causas de Morte Cerebral	AVC e outras causas médicas	TCE- Acidente de Viação e outros TCE
2011	206	95
2012	178	74
2013	227	68
2014	225	64
2015	250	69
2016	262	76
2017	270	71
2018	281	63
2019	291	56
2020	192	61

Fonte: IPST (2021)

Efetivamente, em Portugal, as causas médicas superam em 77% das ocorrências as causas traumáticas, apresentando uma prevalência de 23%, de 2011 a 2020.

Dadores Falecidos MC (2011- 2020)

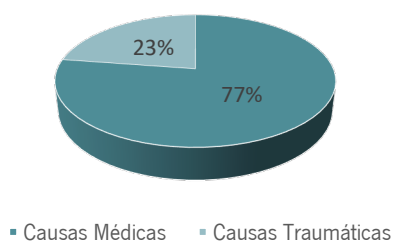


GRÁFICO 2- DADORES FALECIDOS MC EM PORTUGAL (2011- 2020)

Fonte: IPST (2021)

Comparativamente com os dados recolhidos da atividade do HRN dos últimos dez anos, confirmamos que este hospital apresenta uma atividade considerável nos números que pratica e drena para o Hospital de Santo António.

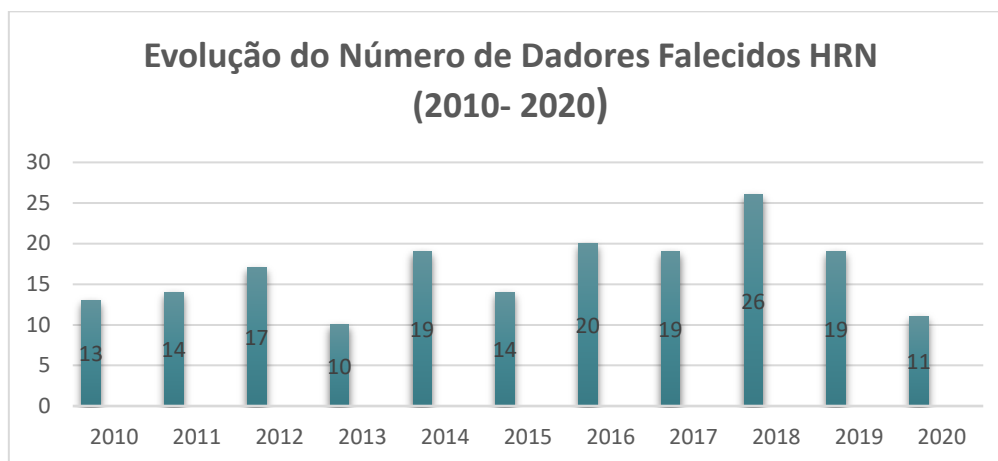


GRÁFICO 3- EVOLUÇÃO Nº DADORES FALECIDOS HRN (2010- 2020)

Fonte: GCCTO HRN, 2021

Em 2020, esta atividade foi brutalmente afetada pela pandemia por coronavírus. Os primeiros casos de infeção em Portugal, surgiram na altura em que a doação nacional se apresentava em curva ascendente. Em março apresentamos os primeiros casos de infeção no nosso país e surge a 1ª vaga com a propagação a nível mundial do SARS-CoV-2, sendo declarado o 1º estado de emergência nacional e a atividade de doação de dador falecido tem um impacto negativo na sua estatística. Não só pelo desvio de recursos, mas também por segurança, pelo medo da transmissão da doença e o desconhecimento inicial deste vírus. A partir de então, começou a recuperar gradualmente até outubro, altura em que entramos na 2ª vaga, decaindo até ao final do ano com o aumento do número de novos casos diários.

Relativamente às causas de MC nos doadores provenientes do HRN, estas diferem em número e tendência nacional. O relatório de 2015 e 2018 encontram-se de livre acesso nos documentos de arquivo do

Hospital, que revelam que os TCE 's tendencialmente se igualam às causas médicas e não existe uma prevalência major dos AVC 's sobre os mesmos. Senão vejamos nos seguintes dados referentes a 2015:

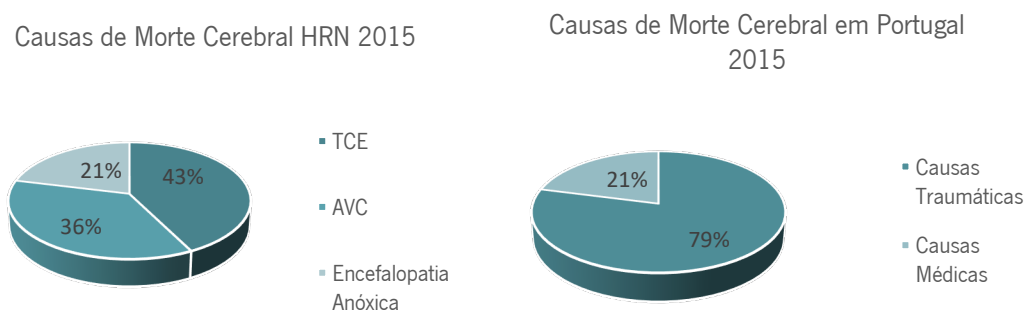


GRÁFICO 4- CAUSAS DE MORTE CEREBRAL HRN VS PORTUGAL 2015

Fonte: GCCTO HRN, 2021

Em 2018, demonstra-se efetivamente a mesma tendência. As causas médicas superam as causas traumáticas, mas não é uma diferença acentuada, igualando-se praticamente a sua prevalência, o que pode significar que existam, efetivamente, dadores de foro médico que não estejam a ser identificados e se acabam por perder antes de serem diagnosticados como possíveis dadores de órgãos.

TABELA 2- CAUSAS DE MORTE CEREBRAL HRN VS PORTUGAL EM 2018

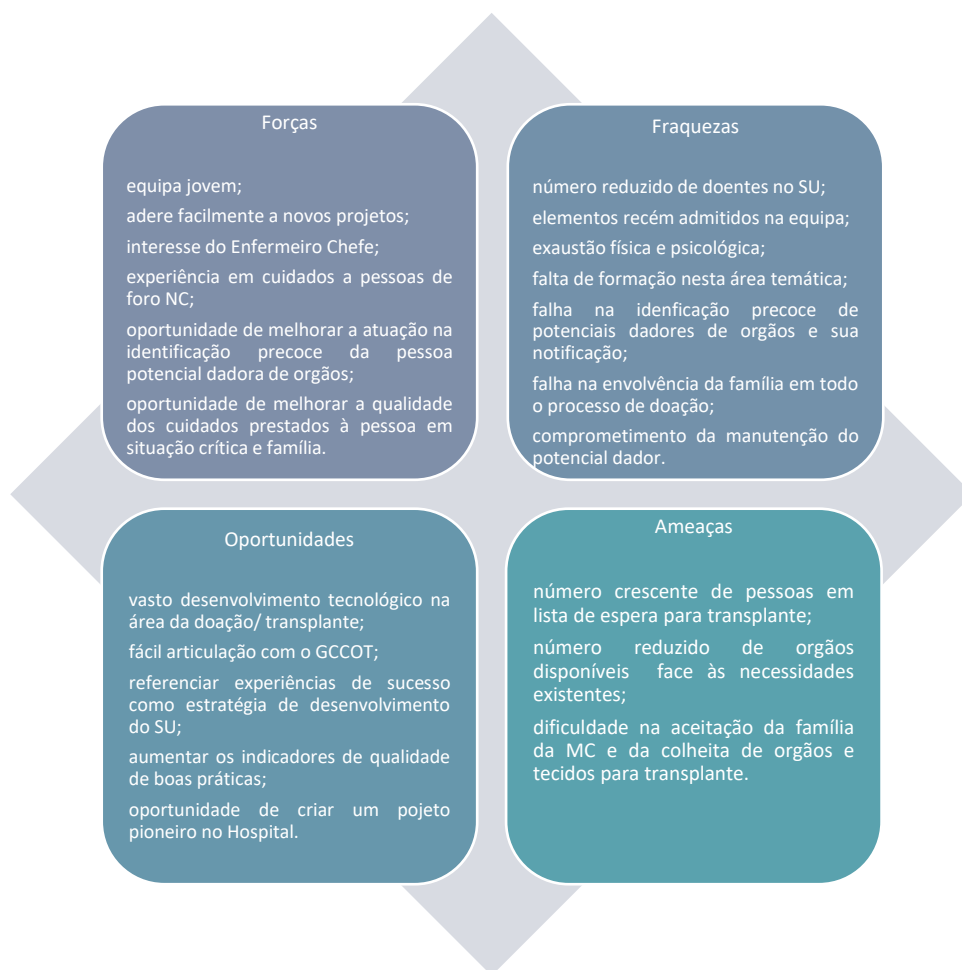
Causas de MC	HRN	Portugal
Causas Médicas	54%	81,7%
Causas Traumáticas	46%	18,3%

Fonte: GCCTO,2021

Jelinek et al. (2012) refere que na área da emergência, efetivamente, é necessária formação sobre doação de órgãos e tecidos, principalmente após a paragem cardíaca, na manutenção do dador em MC e na abordagem à família. Assim corrobora Neate et al. (2012) que afirmam que a reduzida referenciação se deve à falha na identificação do potencial dador, principalmente na emergência, o que os levou a desenvolver um sistema de identificação destes na emergência e nos cuidados intensivos.

Assim, e de forma a sustentar a problemática real que temos abordado, foi realizada uma análise *SWOT*, eleita pela sua simplicidade e adaptação a diversos temas, visando o levantamento de dados importantes relativos ao problema identificado, que caracterizam o ambiente interno, em forças e fraquezas e o ambiente externo, em oportunidades e ameaças, de forma a ser possível o planeamento de estratégias, conforme se expõe na figura 4.

FIGURA 4- ANÁLISE SWOT



Esta análise assenta no conhecimento da inexistência de protocolos relacionados com o tema, bem como da ausência de sessões de formação prévias ou integradas no plano de formação anual. Além disso, as entrevistas informais à equipa multidisciplinar foram essenciais para concluir este diagnóstico e compreender a realidade do SU.

A análise SWOT é um instrumento utilizado para a formulação de diagnóstico, mas também pode ser usada para a reflexão da análise organizacional, permitindo planejar projetos para o futuro e estratégias a serem seguidas, tendo como ponto de partida os fatores positivos e negativos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010; Santos et al., 2007). Analisando as Forças (*strengths*), a equipa disposta no SU é uma equipa que adere facilmente a novos projetos, que integra grupos de formação hospitalar e que possui vasta experiência no cuidado a pessoas de foro neurocirúrgico. A própria unidade hospitalar possui 2 salas de emergência devidamente equipadas e o interesse do Enfermeiro-Chefe e do enfermeiro responsável pela formação constituem elementos vitais para o sucesso do projeto. A oportunidade de melhorar a identificação precoce e prestação de cuidados à pessoa potencial dadora de órgãos conduz a uma melhoria da qualidade dos mesmos.

Relativamente às Fraquezas (*weaknesses*), o número não calculado de pessoas potenciais dadoras no SU por falta de estudo na área constitui um *handicap* importante para a identificação de potenciais dadores. Além disso, desde o início de 2020 que o mundo enfrenta uma pandemia por coronavírus, que conduziu à contratação de novos elementos para integrar a equipa do SU do HRN, o que contribuiu, em larga medida, para a exaustão física e emocional dos profissionais de saúde, elementos que não são facilitadores da identificação de pessoas potenciais dadoras de órgãos. A inexistência de estudos e articulação com o GCCOT não contribuiu para a construção de protocolos ou procedimentos geradores de melhorias neste tema.

A legislação portuguesa bem estruturada relativamente à doação de órgãos constitui uma das Oportunidades (*Opportunities*) para reconhecer a importância da identificação precoce de pessoas potenciais dadoras. As diretrizes internacionais para o tema orientam fielmente a atuação em contexto de SU.

Tendo como objetivos maximizar os benefícios e minimizar os riscos do procedimento da transplantação, a adequação de um dador de órgãos, tecidos ou células deve alicerçar-se nos princípios da qualidade e segurança. Assim, para qualquer doente que se apresente com um valor < 5 numa Escala de Coma de *Glasgow* (GSC) ou com uma classificação *FOUR* [*Full Outline of UnResponsiveness- score*] < 5 que seja admitido ou permaneça num hospital, a doação de órgãos deve ser considerada como parte do tratamento de fim de vida (IPST, 2013).

O GCCOT do HRN tem todo o interesse em promover práticas que capacitem os enfermeiros do SU na atuação e identificação precoce ao doente potencial dador de órgãos, garantindo a formação necessária e presença eficaz, descrita, anualmente, em todos os relatórios de atividade.

O avanço tecnológico que temos visto acontecer ao longo dos tempos suporta as necessidades de desenvolvimento nesta área. Desde 2016 que se tenta desenvolver aplicações para registo de informação, que possam conduzir a uma maior eficiência na gestão dos processos de referenciação, doação e colheita de órgãos e tecidos (GCCOT, 2017).

Em análise das Ameaças (*Threats*), o número crescente de pessoas que se encontram em lista de espera para transplante e a disposição reduzida de órgãos disponíveis face às necessidades, constituem uma preocupação mundial. O contexto pandémico provocado pela SARS- coV2 provocou constrangimentos ao nível da atividade de doação, levando à reorganização da atividade hospitalar e à suspensão da doação e transplantação, concluindo numa diminuição global da atividade mundial, verificada também em Portugal (Circular Normativa Conjunta n.º 1/DGS/IPST, 2020).

O diagnóstico de morte cerebral e o processo posterior de doação de órgãos causa na família, muitas vezes, sentimentos de angústia e de dificuldade de aceitação daquilo que é o significado de todo este processo. Tal facto, pode causar um impacto nefasto naquilo que é a atuação da equipa diferenciada na atuação precoce na identificação de potenciais dadores.

Assim sendo, após a interpretação da análise *SWOT* que elaborámos, pode-se inferir a pertinência e viabilidade do presente trabalho no que respeita ao diagnóstico de situação, quer a nível interno, quer externo, uma vez que as forças e oportunidades superam as fraquezas e ameaças. Desta forma, aliada à análise casuística apresentada em epígrafe, definiu-se como problema identificado a ausência de conhecimento, formação e protocolos de cuidados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos.

2.2 Definição de Objetivos

Como refere Barradas (2010, pg. 2), a deteção precoce de um potencial dador de órgãos é de extrema importância, sendo que a pessoa que morre no Serviço de Urgência *“poderia ser considerada um potencial dador de órgãos, cabendo às equipas do serviço, detetar e referenciar estes pacientes ao Coordenador Hospitalar de Doação e também ter em atenção todos os cuidados de forma a manter as funções vitais do dador”*. Assim, urge considerar e avaliar todos os potenciais dadores. O desafio para os profissionais da transplantação não é a definição de dador ideal, mas de dador adequado com órgãos em condições seguras para serem transplantados, com função adequada e uma possibilidade razoável de realizar essa função após o transplante.

Da mesma forma, Fernandes e Gomes (2013) analisa que a detecção é classicamente feita em Unidades de Cuidados Intensivos, mas os Serviços de Urgência são cada vez mais considerados uma fonte de potenciais dadores. Do estudo realizado por Aguiar et al. (2010) entre 2004 e 2008 constatou-se que o local mais frequente onde se encontravam os potenciais dadores de órgãos era na Unidade de Cuidados Intensivos (35,3%), seguida do Serviço de Urgência (18,4%). Adicionalmente, Lucas (2017) desenvolveu um estudo num serviço de urgência onde procurou descobrir, entre outras coisas, as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos. Entre os resultados obtidos, a “dotação de enfermagem insuficiente”, a “sensibilização dos familiares para o processo”, o “envolvimento dos enfermeiros especialistas”, o “défice de conhecimento” e a “formação em serviço” foram as categorias que emergiram da sua análise de conteúdo com especial destaque para esta última onde se obteve o maior número de respostas, o que vem corroborar a pertinência deste projeto e a necessidade da capacitação dos enfermeiros do SU, recorrendo à formação.

Portanto, por tudo o que foi exposto, apresentam-se os objetivos escolhidos para dar resposta à investigação. São eles:

Objetivo geral:

- Promover a detecção precoce da PSC potencial dadora de órgãos/tecidos.

Objetivos específicos:

- Elaborar algoritmo de identificação da PSC potencial dadora de órgãos/tecidos;
- Elaborar procedimento setorial de identificação/referenciação da PSC potencial dadora de órgãos;
- Realizar formação em serviço sobre o tema;
- Divulgar o conteúdo do algoritmo atualizado de forma a contribuir para as boas práticas.

Despertada pelo interesse do tema, e prevalecendo o interesse de informar e sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância da detecção precoce da PSC potencial dadora de órgãos, optou-se pelo desenvolvimento de uma intervenção que responda à problemática identificada, definindo-se como atividade de intervenção uma atividade de caráter formativo em serviço.

O tema da formação denomina-se de “Potenciais Dadores de Órgãos: Intervenção de Enfermagem num Serviço de Urgência”, cujos objetivos são:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da identificação precoce de pessoas em morte cerebral, candidatos à doação e colheita de órgãos;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da intervenção de enfermagem na captação de pessoas, potenciais dadores de órgãos;
- Desenvolver um algoritmo de identificação de reconhecimento de PSC potencial dadora de órgãos.

A população alvo selecionada foram os enfermeiros que exercem funções na SU do HB. Posterior à definição dos objetivos e da população alvo progrediu-se para o planeamento e preparação da atividade formativa.

2.3 Planeamento de Intervenção

Depois de garantir a escolha do tema, elaboração do diagnóstico de situação e a definição de objetivos, há que considerar o planeamento do PIS. Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), esta é a fase onde se constrói um plano de gestão de projeto, identificando-se as atividades, as estratégias e os recursos de maneira a proceder à execução eficaz dos objetivos. Desta forma, é importante organizar o cronograma (Apêndice I). Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), o cronograma corresponde à calendarização das atividades a serem desenvolvidas ao longo de todo o projeto, em que consta a data de início e fim das respetivas atividades. Neste sentido, o objetivo do cronograma é orientar o trabalho a desenvolver, sendo que este pode ser passível de alterações, uma vez que as atividades vão depender dos constrangimentos que possam ocorrer, assim como da disponibilidade dos profissionais envolventes no estudo.

As atividades propostas para a concretização dos objetivos estão descritas de seguida na tabela 3.

TABELA 3- PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas
Elaborar algoritmo de identificação da pessoa potencial dadora de órgãos/tecidos;	Algoritmo de identificação precoce da pessoa potencial dadora de órgãos
Divulgar o conteúdo do algoritmo atualizado de forma a contribuir para as boas práticas	Formação em serviço
Elaborar procedimento setorial sobre a identificação/referenciação de potenciais dadores de órgãos	Procedimento setorial de identificação/referenciação de potenciais dadores de órgãos

2.5 Execução de Intervenção

A etapa da execução do PIS é a etapa onde se dá corpo à projeção e onde se coloca em prática tudo o que foi definido anteriormente na fase de planeamento (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A execução deste projeto focalizou-se por um lado na formação dos profissionais, na tentativa sóbria de sensibilizar para a problemática da doação de órgãos na Pessoa em Situação Crítica internada ou admitida no SU.

A atividade formativa proposta tem um caráter disseminador importante de conhecimento, assegurando a concretização dos objetivos instituídos, permitindo intersetar o futuro a seguir e delinear estratégias e a forma de minimizar esse problema nos vários contextos, respondendo eficazmente ao objetivo do estudo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A incessante pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, bem como, as entrevistas informais junto do Gabinete de Colheita de Órgãos e Transplantação permitiram documentar sobre a temática e desta forma planeamos a atividade formativa (Apêndice II).

No mês de março, agendou-se uma reunião com o Enfermeiro-Chefe da unidade e programou-se a data, a hora, o local e a duração da atividade formativa. A divulgação da formação foi através de email para toda a equipa e foi da responsabilidade do enfermeiro Tutor em articulação com a chefia, auxiliados pela criação de um cartaz de divulgação previamente elaborado (Apêndice III).

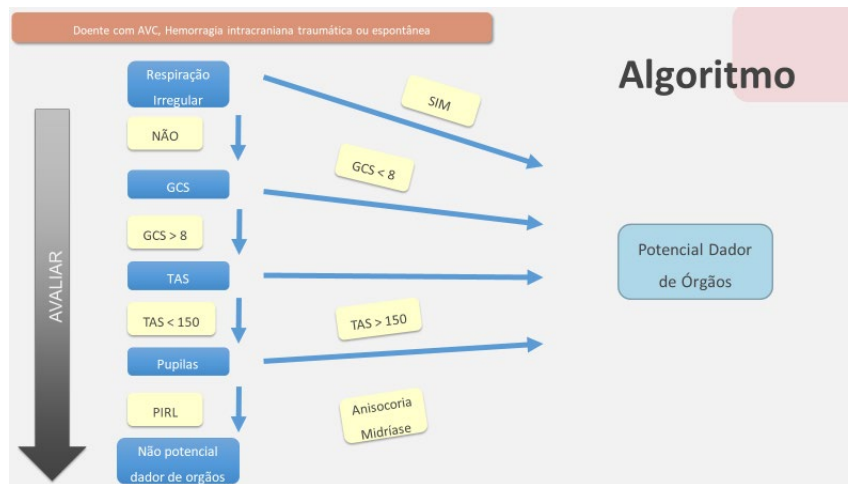
Elaborou-se antecipadamente um questionário de forma a avaliar o conhecimento dos enfermeiros antes da ocorrência da formação (Apêndice IV). O mesmo diz respeito ao questionário aplicado no final da avaliação. No entanto, dado que nos encontrávamos em plena pandemia, as atenções dos profissionais de saúde estavam direcionadas em dar resposta a todas as necessidades de intervenção na Unidade Hospitalar e a adesão ficou gravemente comprometida, obtendo apenas duas respostas, que não foram consideradas representativas para o estudo.

Posteriormente, foi construída a apresentação da mesma em formato de PowerPoint. A formação realizou-se no dia 11 de maio de 2021, no auditório 2 do HRN, às 9 horas. A sua duração foi de uma hora e contou com a presença de 14 enfermeiros, 5 alunos da licenciatura em Enfermagem e 1 aluna do MEPSC. O plano da formação previamente realizado foi cumprido com sucesso. A mesma começou com a apresentação do tema, sumário e objetivos. Posteriormente, abordou-se o tema e toda a casuística importante de ser abordada, com especial incidência da realidade do HRN. Foi referida a importância do papel do enfermeiro especialista na abordagem da PSC potencial dadora de órgãos e, sobretudo, na identificação precoce destes doentes no âmbito do SU. Durante a sessão, aconteceram momentos de interação dos enfermeiros, com partilhas e pontos de vista e até propostas de melhoria dos cuidados prestados perante a chefia que estava presente. Expôs-se uma proposta de algoritmo de identificação precoce da PSC potencial dadora de órgãos, criando interação e desafio a trabalharem o mesmo, conforme as necessidades da prática prestada.

O algoritmo avalia 4 itens, em que resposta a cada um deles encaminha para a diferenciação daquilo que é a possibilidade do doente ser ou não potencial dador de órgãos. O fluxograma aplica-se a todos os doentes com AVC ou Hemorragias cranianas graves, sejam espontâneas ou traumáticas e tem uma ordem, cuja resposta aos parâmetros, previamente estudados, é positiva ou negativa: respiração irregular, Escala de Coma de Glasgow < 8 , tensões arteriais sistólicas (TAS) > 150 mmHg e reatividade pupilar. Assim, se estivermos perante um doente que responda aos critérios, avaliamos a respiração; se esta for irregular, poderemos estar perante um doente potencial dador de órgãos. Por outro lado, se a resposta for negativa, avaliaremos o ECG, sendo que um score inferior a 8 encaminha-nos para uma resposta positiva para um possível dador de órgãos. Em contrário, se estivermos perante um ECG > 8 , iremos avaliar a hemodinâmica, nomeadamente a tensão arterial sistólica (TAS), que se estiverem iguais ou superiores a 150 mmHg sustentadamente poderá ditar-nos a atenção para um futuro potencial dador de órgãos, enquanto que TAS < 150 mmHg leva-nos à avaliação da reatividade pupilar. Se estas estiverem não reativas e com tamanho fixo (midríase) ou anisocoria, poderemos pensar que a pessoa

será candidata a potencial dadora de órgãos. Havendo reatividade positiva à luz e estando iguais, consideramos não estar perante um potencial dador de órgãos.

FIGURA 5- ALGORITMO DE IDENTIFICAÇÃO DA PSC POSSÍVEL DADORA DE ÓRGÃOS.



No fim da atividade formativa, procedeu-se a avaliação da mesma com a aplicação de um questionário que avaliava o conhecimento adquirido com os conteúdos programáticos apresentados, garantindo a participação de todos os presentes (Apêndice IV).

Paralelamente, foi desenvolvido um procedimento setorial que pudesse ser implementado pelo GCCOT e pelo SU, padronizando a atividade de Enfermagem inerente ao processo de identificação/referenciação da PSC possível dadora de órgãos (Apêndice V).

2.3 Avaliação da sessão de formação

Para Ruivo, Ferrito & Nunes (2010) *“a avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)”* (pg. 24).

Nesta perspetiva a avaliação do PIS foi contínua e permanente, tendo sido feitas avaliações intermédias sucessivas, as quais permitiram uma retroação, tendo em vista reanalisar e reformular objetivos e estratégias.

A sessão de formação decorreu dentro do tempo planeado, cumprindo-se os objetivos estipulados e todo o plano definido previamente.

Relativamente à atividade formativa, a sua avaliação obedeceu à resposta de um Questionário de Avaliação da Formação: Potenciais Dadores de Órgãos (Apêndice VI). O questionário é composto por 6 perguntas com 4 opções de resposta cada uma, em que apenas uma delas está correta. As perguntas pretendem avaliar o conhecimento dos formandos após a sessão de formação.

A avaliação formativa foi apresentada através da aplicação *Kahoot!*, onde as perguntas são expostas em modo de apresentação e as respostas dadas no telemóvel de cada um, gerando resultados imediatos online, demonstrando e gerando o top 3 na velocidade de resposta. Esta avaliação proporcionou ainda mais interação, esclarecimento de dúvidas e entusiasmo nos participantes, concluindo-se num *feedback* bastante positivo.

Assim, relativamente à pergunta “Qual o primeiro órgão maciço humano a ser transplantado?”, a totalidade dos enfermeiros (20) responderam corretamente.

TABELA 4- RESPOSTA DOS PARTICIPANTES À PERGUNTA 1

1. Qual o primeiro órgão maciço humano a ser transplantado?	
	Respostas dos participantes
Rim	20
Fígado	0
Pâncreas	0
Pulmões	0

Na questão “Quais as principais causas de morte cerebral em Portugal?”, 100% dos enfermeiros escolheram a opção correta, correspondente ao AVC.

TABELA 5- RESPOSTA DOS PARTICIPANTES À PERGUNTA 2

2. Quais as principais causas de morte cerebral em Portugal	
	Respostas dos participantes
AVC	20
TCE	0
Hidrocefalias	0
Tumores	0

Quando questionados sobre a causa predominante de morte cerebral no HB, 80% dos enfermeiros responderam corretamente, afirmando ser o TCE e 20% diz ser o AVC.

TABELA 6- RESPOSTA DOS PARTICIPANTES À PERGUNTA 3

3. O HRN destaca-se a nível nacional nas causas de morte cerebral. Qual a causa mais predominante?	
	Respostas dos participantes
AVC	4
TCE	16
EAM	0
Encefalopatia Anóxica	0

Relativamente à proveniência do dador no meio intra-hospitalar onde foi realizado o estágio, 85% dos enfermeiros responderam corretamente ser o SU e 15% afirma ser a partir da Imagiologia que se admitem potenciais dadores.

TABELA 7- RESPOSTA DOS PARTICIPANTES À PERGUNTA 4

4.Habitualmente, qual a proveniência intra-hospitalar do potencial dador?	
	Respostas dos participantes
Diálise	0
Oropedia	0
SU	17
Imagiologia	3

Sobre a temática da aspiração de secreções a resposta foi unânime e todos os 20 enfermeiros responderam que esta intervenção corrige efetivamente a hipoxemia do potencial dador de órgãos.

TABELA 8- RESPOSTA DOS PARTICIPANTES À PERGUNTA 5

5.A aspiração de secreções é uma importante intervenção de enfermagem que corrige a:	
	Respostas dos participantes
Hiperglicemia	0
Hipoxémia	20
Poliúria	0
Anemia	0

Por fim, quando questionados sobre o papel que o enfermeiro do SU desempenha no cuidado ao potencial dador de órgãos, 17 enfermeiros (85%) responderam acertadamente concluindo que os

cuidados precoces são uma área de grande sensibilidade ao enfermeiro, enquanto que 3 enfermeiros responsabiliza o enfermeiro com um papel importante na colheita de órgãos.

TABELA 9- RESPOSTA DOS PARTICIPANTES À PERGUNTA 6

6.O enfermeiro do SU tem um papel preponderante na:	
	Respostas dos participantes
Colheita de Órgãos	0
Transporte de Órgãos	0
Cuidados Precoces	17
RENDA	3

Ainda com o objetivo de avaliar a atividade formativa, adaptou-se o Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação do hospital onde decorreu o estágio (Apêndice Vi) e aplicou-se aos participantes da formação, aos quais se solicitou a resposta voluntária e em modo anónimo.

O questionário avalia o grau de concordância dos enfermeiros a 8 afirmações: a avaliação global onde os enfermeiros são questionados acerca de temas gerais da formação, tais como, a clareza dos objetivos, a duração da formação, a adequação das instalações entre outros e a avaliação do impacto da formação, onde é avaliada a importância do tema, a forma como este foi apresentado, bem como o impacto da formação no desenvolvimento profissional de cada um.

TABELA 10- RESPOSTA A QUESTIONÁRIO DE FORMAÇÃO

Afirmações / Graus de concordância	1 Discordo	2 Não concordo nem discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
Os objetivos da formação foram claros.			16	4
Os conteúdos foram adequados aos objetivos.			16	4
A duração da formação foi adequada.			16	4
O relacionamento foi positivo entre os enfermeiros.			16	4
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados.			16	4
A formação permitiu adquirir novos conhecimentos.			16	4
Os conhecimentos adquiridos são úteis para a prática e permitem melhorar o desempenho.			16	4
Os conhecimentos adquiridos contribuíram para o desenvolvimento profissional.			16	4

2.6 Divulgação de Resultados

A divulgação dos resultados obtidos, depois da fase de execução do projeto, permite dar a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do seu estudo e todo o percurso alcançado para solucionar o problema previamente identificado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Assim, o relatório em desenvolvimento vai ser divulgado no Repositório da Universidade do Minho, de fácil acesso à comunidade, de forma que seja possível a sua consulta e análise.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros que atuam no cuidado de enfermagem inerente ao transplante de órgãos e tecidos requerem uma abrangência importante de conhecimento científico. As competências clínicas necessárias vão além daquelas obtidas durante a licenciatura em enfermagem. Elas incluem avaliação e gestão do dador, bem como a preparação e abordagem à família. O enfermeiro, é assim, um membro fundamental da equipa que tem como objetivo, prestar cuidados de qualidade aos doentes dadores e familiares, recorrendo à utilização de recursos tecnológicos, científicos, logísticos e humanos.

Jelinek et al. (2012) referem que na área da emergência, é necessária formação sobre doação de órgãos e tecidos, principalmente após a paragem cardiorespiratória, bem como na manutenção do dador em MC e na abordagem à família. Para além disso, Neate et al. (2012) referem que a reduzida referenciação se deve à falha na identificação do potencial dador, principalmente na sala de emergência. O enfermeiro deve ter uma atuação multiprofissional e multidisciplinar, daí a importância da aquisição urgente de competências no cuidado a estes doentes.

Neste seguimento, relativamente ao tema escolhido para desenvolver no PIS, preparei-me para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no decorrer do estágio, de forma a alcançar as competências do mestrado, conseguindo traçar objetivos específicos para o cuidado à mesma e família. No SU procurei a melhor forma de trabalhar e explorar o meu tema, com o objetivo de transformar a minha presença num contributo positivo para a equipa de enfermagem, assim como no desenvolvimento das competências do mestrado, dando visibilidade à importância da doação e transplantação de órgãos.

Com este trabalho, pretendeu-se demonstrar a importância que a formação tem na equipa de enfermagem no que respeita à identificação precoce da PSCPDO, tendo sido a atividade central do PIS para a consecução dos objetivos propostos. Apesar de não ter sido possível obter avaliações prévias que o expliquem, as entrevistas informais e a pesquisa sobre a dinâmica de formação revelaram que a equipa de enfermagem não era detentora de conhecimentos necessários para uma atuação perante a PSC potencial dadora de órgãos nem integrava o assunto nos planos de formação, bem como na elaboração de protocolos. Assim, considerando que o objetivo geral do PIS se centrou na promoção de práticas de qualidade que permitam identificar precocemente a PSC potencial dadora de órgãos é de realçar o fato de os enfermeiros avaliarem que a formação lhes proporcionou a aquisição de conhecimentos para o seu exercício profissional intrínsecos à área do estudo. Efetivamente, o défice de conhecimento de uma equipa face ao tema pode conduzir a uma assimetria dos cuidados de enfermagem prestados, seja por

ausência de formação ou inexistência de protocolos. Como tal, o investimento na formação e literacia da equipa, bem como a criação de protocolos por parte dos profissionais de enfermagem é fundamental para a uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Na realidade, a deteção precoce da PSC potencial dadora de órgãos é o ponto de partida para o transplante e constitui a atividade mais difícil de adaptar a protocolos, no entanto, a mesma identificação parece ser possível com a implementação de programas de formação nas unidades onde permanecem pessoas em situação crítica, habilitando assim todo o corpo clínico que lhe presta cuidados. Por outro lado, a intervenção do estado na promoção de programas de informação e sensibilização na sociedade é, também, imprescindível. Estas ações integradas na escola seriam fundamentais na construção de uma sociedade altruísta, solidária e de interesse na ajuda e na atenção ao próximo e facilitariam o envolvimento da família e sua aceitação no processo.

A dinâmica do SU relativamente à PSC não constituiu dificuldade, uma vez que desempenho as minhas funções como enfermeira numa UCI e, portanto, com experiência no cuidado à mesma. No entanto, pela especificidade do tema e por ser uma situação que os enfermeiros do SU não são confrontados muitas vezes, tive de reformular os objetivos específicos de forma a estes serem exequíveis. Esta reestruturação desafiou-me ainda mais e permitiu-me desenvolver competências ao nível da comunicação, realizando uma sessão de formação na área da temática escolhida, que se operacionalizou em resultados bastante positivos e acima de tudo a sensação de se revelar um momento de partilha de saberes por todos os intervenientes.

A equipa integrada no SU revelou ser um elemento facilitador para o cumprimento dos meus objetivos definidos para este estágio e este projeto. Trata-se de uma equipa bastante jovem, com sentido inovador, desperta para a necessidade de formação e consciente para os cuidados de enfermagem na área da doação e transplantação de órgãos. Porém, não se consegue medir por não haver ainda mecanismos nem estudos em curso de pessoas em situação crítica PDO que se perdem na instituição por falta de identificação. *“Na minha opinião, temos de discutir a necessidade de melhorar a identificação de potenciais dadores, tendo em conta a sua escassez, e redefinir responsabilidades e estratégias quanto a estas matérias”*, palavras do Professor Manuel Antunes à Revista Transmissão (Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação, 2016). Uma das estratégias apontadas pelo Professor Fernando Macário será *“reforçar na formação de recursos humanos na área da transplantação e na melhoria das condições de algumas unidades transplantadoras”* (Transmissão, 2016). Neste sentido através da aquisição e desenvolvimento de competência nesta área considero que contribuí e poderei

contribuir, de certa forma, para melhorar a identificação de pessoas em situação crítica PDO. Por último, foi proposto à equipa a criação de um grupo de trabalho dedicado a este tema, que se responsabilizasse pela implementação e atualização de medidas de melhoria quanto à atuação nesta área, formulando intervenções de enfermagem específicas para identificação da PSC potencial dadora de órgãos, sem excluir a família em todo o processo.

Findo este percurso, conclui-se que o caminho delineado até aqui conduziu à consciencialização da riqueza profissional e pessoal que fui adquirindo. Na elaboração deste relatório manteve-se sempre o princípio da fidelidade do relato das experiências vivenciadas, resumindo todas as competências que se foram desenvolvendo.

A escolha deste local de estágio permitiu uma excelente experiência de aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas para este mestrado, norteadas pela elaboração dos objetivos específicos, necessários para construir um caminho repleto de oportunidades e experiências que plasmarei para a vida profissional e pessoal. O recurso à pesquisa bibliográfica foi uma constante ao longo da construção de todo o relatório, evidenciando toda a prática executada. Porém, a acumulação das horas de estágio com o trabalho extra necessário ao combate da pandemia foram elementos dificultadores e desafiantes para o sucesso e atingimento de todos os objetivos.

Ao longo de todo o percurso reitero que a minha intervenção foi de encontro aos compromissos consignados a todos os deveres éticos e deontológicos preconizados pela profissão e pelo código deontológico (OE, 2005), tendo como principal objetivo atingir a qualidade dos cuidados prestados, respeitando sempre os direitos da pessoa em situação crítica e sua família.

Na certeza que este caminho percorrido não termina com o fim deste relatório, espero que seja uma rampa de lançamento para novos desafios nesta área da doação e transplantação de órgãos, podendo dar o meu contributo para a identificação de um maior número de pessoas em situação crítica PDO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achieving Comprehensive Coordination in Organ Donation throughout the European Union (2015). *Variations in end-of-life care pathways for patients with a devastating brain injury in Europe*. http://www.accordia.eu/sites/default/files/download_documents/ACCORD_WP5_Variations_in_end-of-life_care_pathways_for_patients_with_a_devastating_brain_injury_in_Europe.pdf
- Aguiar, M. I. F., Araújo T. O. M., Cavalcante M. M. S., Chaves E. M., Rolim I. L. T. P. (2010). *Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará*. Revista Mineira de Enfermagem, 14, p. 353-60. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/126>
- Alves, H. (2013). Transplantação- história, organização, legislação e polêmicas. <http://hdl.handle.net/10400.18/2196>
- Amante, L. N.; Rossetto, A. P.; Schneider, D. G. (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol.43 (1), pg.54-64. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100007>
- Araújo, M. M. T.; Silva, M. J. P. (2012). *O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em Cuidados Paliativos* Texto Contexto - Enferm.. Vol.21 (1), p. 121- 129. <https://www.scielo.br/j/tce/a/vpS9FyhFCgFLbtGjnVBOVLK/?lang=pt&format=pdf>
- American Association of Critical-Care Nurses (2016). *Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures*. *Critical Care Nurse*, vol 36, N° 1. DOI: 10.1177/1049732309348365
- American Association of Critical Care Nurses. (2019). *AACN Scope and Standards for Progressive and Critical Care Nursing Practice*. USA. American Association of Critical-Care Nurses. <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacn-scope-and-standards-for-progressive-and-critical-care-nursing-practice.pdf>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311. Recuperado de <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1634/theoncologist.5-4-302>

- Barradas, J. F. G. (2010). *Atitudes dos enfermeiros perante a morte cerebral e transplantação de órgãos*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia- Especialização em Psicologia da Saúde. Faro. <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2076/1/Relatorio30-12.pdf>
- Bem, A. G. S. (2013). *Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo*. Tese de Mestrado Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pg. 163. <https://web.esenfc.pt>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto
- Beuter, M., Brondani, C. M.; Szareski, C., Cordeiro, F. R., Roso, C. C. (2012). *Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização*. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. Vol. 16 (1), pg.134-140. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100018>
- Bittencourt A. G. V., Neves F. B. C. S., Durães L., Nascimento D. T, Neves N. M. B. C., Torreão L. A. & Agareno S. (2007). *Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica*. Rev Bras Terap Intens. 19(2):144-50. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200002>
- Bloomer, M. J., & Bouchoucha, S. (2021). Australian College of Critical Care Nurses and Australasian College for Infection Prevention and Control position statement on facilitating next-of-kin presence for patients dying from coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the intensive care unit. *Australian Critical Care*, 34(2), 132-134. doi: 10.1016/j.aucc.2020.07.002
- Casal, A. S. e Batista, M. J. (2014). *Papel do enfermeiro na manutenção de potenciais dadores em morte cerebral. I Congresso Internacional- A pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Enfermagem- Universidade do Minho. p. 33. ISBN 978-989-98852-0-2.
- Circular Normativa Conjunta n.º 1/DGS/IPST. Plano de Contingência para sustentabilidade e segurança na Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células durante o surto de COVID-19. 1ª atualização. http://www.ipst.pt/files/IPST/INFORMACAO_DOCUMENTACAO/CircularNormativa_IPST_DGS_INSA_para_transplantacao_COVID_19_1atualizacao.pdf
- Conselho Jurisdicional (2005). *Legitimidade de registos efectuados por alunos de enfermagem no processo clínico*. Parecer CJ 36/2005. Ordem dos Enfermeiros, n.º 17. Julho de 2005, p. 20. ISSN 1646-2629.
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf.

Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>

Cowan, D. T., Norman, I., & Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice: A controversial concept: A focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25(5), 355-362. doi: 10.1016/j.nedt.2005.03.00

Declaração da Ordem dos Médicos (1994). Diário da República n.º 235-, 1.ª série- B. Ministério da Saúde. <http://www.sg.minsaude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+transplantacao.htm>

Decreto- Lei n.º 86/2003 de 26 de Abril do Ministério das Finanças. Diário da República n.º 97/2003, Série I-A. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/240646/details/maximized>

Decreto- Lei n.º 141/ 2006 de 27 de Julho do Ministério das Finanças e da Administração Pública. Diário da República n.º 144/2006, Série I. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/539230/details/maximized>

Decreto- Lei n.º 185/ 2018 de 20 de Agosto do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 191/2002, Série I-A. <https://dre.pt/home/-/dre/171692/details/maximized>

Decreto- Lei n.º 104/ 98 de 21 de Abril do Ministério da Saúde. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/175784/details/normal?types=SERIEI&numero=104%2F98&tipo=%22Decreto-Lei%22>

Decreto Regulamentar 67/2007 de 29 de Maio do Ministério da Saúde. Criação da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação. Diário da República n.º 103/2007, Série I. <https://dre.tretas.org/dre/212999/decreto-regulamentar-67-2007-de-29-de-maio>

Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/ 2015 1.ª Série, 8059 – 8105. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Despacho n.º 13571/2014 de 4 de Dezembro. Diário da República n.º 235/2014, 2.ª série. Ministério da Saúde. https://dre.pt/home/-/dre/61334548/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&dreId=60955840

Despacho 14341/ 2013 de 6 de Novembro do Ministério da Saúde. Requisitos necessários para a colheita de órgãos em doadores falecidos em paragem cardiocirculatória. Diário da República n.º 215/2013, Série II. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/3313599/details/normal?jp=true>

Dictus C., Vienenkoetter B., Esmailzadeh M., Unterberg A., Ahmadi R. (2009). *Critical care management of potential organ donors: our current standard*. Department of Neurosurgery, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany. DOI: 10.1111/j.1399-0012.2009.01102.x

Direcção Geral de Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direcção Geral de Saúde (2013). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor)*. Direcção-Geral da Saúde. <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-deprevencao-e-contr>

Direcção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Ministério da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

D' Império F. (2007). *Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão*. Revista Brasileira Terapia Intensiva 19 (1). <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100010>

Dopson, Sophie and Long-Suthehall, Tracy (2019) *Exploring nurses' knowledge, attitudes and feelings towards organ and tissue donation after circulatory death within the paediatric intensive care setting: a qualitative content analysis study*. Intensive and Critical Care Nursing. (doi:10.1016/j.iccn.2019.07.004).

Espindola R.F., Rodrigues B.A., Penteadó L.T.G., Gozzan J.O.A., Freitas J.A.H. (2007). *Conhecimento de estudantes de medicina sobre o processo de doação de córneas*. Arq Bras Oftalm. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492007000400004>

Freire S. G., Freire I. L. S., Pinto J. T. J. M, Vasconcelos Q. L. D. A. Q. & Torres G. V. (2012). *Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes*. Esc. Anna Nery 16 (4). <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400017>

- Freire, I. L. S., Oliveira de Mendonça, A. E., Bessa de Freitas, M., Melo, G. S. M., Costa, I. K. F. & Torres, G. V. (2014). *Compreensão da equipa de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos*. *Enfermería Global*, (36), p. 194-207. http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_administracion1.pdf
- Fernandes, A. P. & Gomes, A. (2013). *Deteção precoce de possíveis doadores em MC através de imagiologia*. 2as Jornadas Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. <http://hdl.handle.net/10400.10/1156>
- Galvão F. H. F., Caíres A., Azevedo-Neto R.S., Mory E. K., Figueira E. R. R., Otsuzi T. S., Bachella T. & Machado M. C. C. (2007) *Conhecimentos e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplantes de órgãos*. *Rev Assoc Méd Bras*. 53(5). <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000500015>
- Garcia, C. D., Pereira, J. D., Garcia, V. D. (2015). *Doação e transplante de órgãos e tecidos*. São Paulo: Segmento Farma. <https://www.adote.org.br/assets/files/LivroDoacaOrgaosTecidos.pdf>
- Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). *Assistência de Enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (1), 91-97. <https://www.scielo.br/j/reben/a/z3TVTGcMt7BprKxDqhzgLit/?format=pdf&lang=pt>
- Gomes, C. (2013). *Colheita de órgãos vai passar a poder ser feito em doentes de coração parado*. Público. <http://www.publico.pt/j1752345>
- Groot, Y. J., Jansen N. E., Bakker J., Kuiper M. A., Aerdst S., Maas A. I. R., Wijdicks E. F. M., Leiden H. A., Hoitsma A. J., Kremer B. H. P. H. & Kompaje E. J. O. (2010). *Imminent brain death: point of departure for potential heart-beating organ donor recognition*. 36(9):1488-94. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1848-y>.
- Hweidi, I. M. (2007). *Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey*. *International Journal of Nursing Studies*,44(2),227–235. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.025
- Hospital da Região Norte (2021). *Recebemos mais de 400 casos*. <https://www.hospitaldebraga.pt/noticias/hospital-de-braga-recebeu-mais-de-400-casos-de-avc?page=4>

[Humbertjean](#) L., Mione G., Fay R., Durin L., Planel S., Lacour J- C., Enea A- M. & Richard S. (2016). *Predictive factors of brain death in severe stroke patients identified by organ procurement and transplant coordination in Lorrain, France.* <https://doi.org/10.1111/tri.12695>

Jelinek, G. A., Marck C. H., Weiland T. J., Neate S. L. & Hickey B. B., (2012). *Organ and tissue donation-related attitudes, education and practices of emergency department clinicians in Australia.* *Emergency Medicine Australasia.* p. 244-250. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2012.01535.x>.

International Registry of Organ Donation and Transplantation (2021). <https://www.irodat.org/?p=database>

IPST (2020). *Doação e Transplantação de Órgãos Atividade Nacional.* http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Colheita_e_Transplantacao_Dados_Anuais_2019.pdf

IPST, IP (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação.* 5ª Edição http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf

Lambert, M. et al. (2011). *Clinical outcomes of health-care-associated infections and antimicrobial resistance in patients admitted to European intensive-care units: a cohort study.* *The Lancet Infectious Diseases.* 11:1 30-38. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70258-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70258-9)

Lei n° 156/ 2015 da Assembleia da República. Diário da República n.° 181/2015, Série I. https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVlwl6Va

Lei n° 22/2007 da Assembleia da República. Diário da República n.° 124/2007, Série I. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/635827/details/maximized>

Lei n° 12/93 de 22 de Abril da Assembleia da República. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Diário da República n.° 94/1993, Série I-A. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/692651/details/maximized>

Lei n° 141/99 de 28 de Agosto da Assembleia da República. Princípios em que se baseia a verificação da morte. Diário da República n.° 201/1999, Série I-A. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/532449/details/maximized>

- Lewis, A., Koukoura, A., Tsianos, G.-I., Gargavanis, A. A., Nielsen, A. A., & Vassiliadis, E. (2020). Organ donation in the US and Europe: The supply vs. demand imbalance. *Transplantation Reviews*, 100585. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2020.100585>
- Longley, L., Simons, T., Glanzer, L., Du, C., Trinks, H., Letzkus, L., & Quatrara, B. (2018). Evaluating sleep in a surgical trauma burn intensive care unit: An elusive dilemma. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(2), 97–101. doi: 10.1097/DCC.0000000000000284
- Lopes, M. A., Gomes S. C. & Almada- Lobo B. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_ine_sctecabril2018.pdf
- Lucas, A. (2017). *Manutenção do potencial dador de órgãos: Intervenção de enfermagem num serviço de urgência*. Ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Macário F. (2016). *Uma revolução suave. Transmissão*. Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação. N° 6. Ano 4. https://issuu.com/esferadasideias01/docs/transmissao_6_sempub
- Matos, R. (2015). *XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva*. Jornal do Congresso. p. 10 e 11.
- Mendonça, A. S., Castro, D. C., & Brasileiro, M. E. (2010). *Assistência de enfermagem na manutenção do potencial dador de órgãos*. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição (on line), 1-14. http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_52.pdf
- Mizraji R., Perez-Protto S., Etchegaray A., Castro A., Lander A., Buccino E., Severo L. & Alvarez I. (2009). *Brain death epidemiology in Uruguay and utilization of the Glasgow coma score in acute brain injured patients as a predictor of brain death*. *Transplant Proc* 2009;41:3489–3491. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19857778/>
- Moraes E. L., Santos M. J. & Merighi M. A. B. & Massarollo M. C. K. B. (2014) Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 22(2):226-33 <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nRDsYzmJ4y5SDWrBmg4FJyQ/?format=pdf&lang=pt>

- National of Institute for Health and Care Excellence (2020). Organ donation for transplantation: early identification of potential organ donors. <file:///C:/Users/filipa/Downloads/organ-donation-for-transplantation-organ-donation-for-transplantation-early-identification-of-potential-organ-donors.pdf>
- Neate, S., Marck C. H., Weiland, T. J., Cunningham N., Hickey B. B., Dwyer B. M. & Jelinek G. A., (2012). Australian emergency clinicians perceptions and use of the GIVE Clinical Trigger for identification of potential organ and tissue donors. *Emergency Medicine Australasia*. 24, p. 501-509. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2012.01598.x>.
- Ngo-Metzger, Q., August, K. J., Srinivasan, M., Liao, S., & Meyskens, F. L., Jr. (2008). End-of-Life care: guidelines for patient-centered communication. *American Family Physician*, 77(2), 167–174. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18246886&lang=ptbr&site=ehost>
- Nicely, B., e DeLario, G. T. (2011). *Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death*. *Progress in Transplantation*, 21 (1ª ed), pg.72-77. <https://doi.org/10.1177/152692481102100110>
- Nunes, L.; Amaral M.; Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2
- Observatório Português de Sistemas de Saúde (2018). *Meio caminho andado: relatório primavera*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. <http://hdl.handle.net/10174/24170>
- OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016- State of Health in the EU Cycle*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf
- Oliveira, L. N. O., & Queirós, P. J. P. (2015). Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a População Portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp.77–89. https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PoRTUGUESA
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Divulgar. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transportes de Doentes Críticos: Recomendações*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2009). *Global glossary of terms and definitions on Donation and Transplantation*. World Health Organization. Genebra. <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

Paulo, M. L. R. C.(2001). *Processo de mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Periz, L. A. & Sanmartín, E. F. (2004). *Historia del transplante de órganos. La enfermería y el transplante de órganos*. Espanha: Editorial Médica Panamerica.

Portaria n.º 1245/93 de 06 de Dezembro da Assembleia da República. *Programa de Transplantes nas unidades hospitalares*. Diário da República n.º 284/1993, Série I-B. <https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/554081/details/maximized?perPage=100&anoDR=1993&types=SERIEI&search=Pesquisar>

Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio do Ministério da Saúde. *Rede nacional de coordenação de colheita e transplantação*. Diário da República n.º 90/2008, Série I. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/249510/details/maximized>

- Porter, J.E., Cooper, S. J., & Sellik, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International Emergency Nursing* 22 (2014) 69–74. doi: 10.1016/j.ienj.2013.07.001
- Ribeiro, A. (2011). *Controlo de Infecção. Tecno hospital. Porto*. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011), p.11. <http://www.tecnohospital.pt/noticias/revista-n43-janeiro-fevereiro-2011/>
- Rech. T. H., Filho E. M. R. (2007). Manuseio do Potencial Doador de Múltiplos Órgãos. *Revista Brasileira terapia intensiva* 19 (2). <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200010>
- Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República n.º 35/2011, Série II, pg. 8656-8657.
- Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Regulamento n.º 429/ 2018 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República n.º 135/2018, Série II. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Regulamento n.º 140/ 2019 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. D. S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 89-100. doi: 10.12707/RIV16086
- Rosenbaum, L. (2020). *Altruism in extremis: The evolving ethics of organ donation*. *New England Journal of Medicine*, 382(6), 493–496. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2000048>

- Royal College of Nursing (2002). *Witnessing resuscitation: Guidance for nursing staff*. http://anaesthesiaconference.kiev.ua/downloads/Resuscitation%20witnessing_2002.pdf
- Ruivo M. A., Ferrito C. & Nunes L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos n° 15. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R. & Henriques, M.A.P.(2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. Pensar Enfermagem, Vol.19, n°1. <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>
- Schub, T. (2014). *Organ donation and organ donor care. Quick Lesson*. ICD-9, 0091,00.92
- Serri, K., & Marsolais, P. (2017). *End-of-life issues in cardiac critical care: The option of organ donation*. Canadian Journal of Cardiology, 33(1), 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.10.017>
- Silva, D. (2010). Perfil do dador de órgãos e suas implicações medicolegais. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26909/2/TeseDonziliaSilva.pdf>.
- Smith, N. (2015). *Death Determination in Adult Patients: Assisting with. Nursing Practice & Skill*.
- Soffker, G., Battarai M., Welte T., Quintel M., Kluge S. (2014). *Attitude of intensive care specialists toward deceased organ donation in Germany. Results of a questionnaire at the 12th Congress of the German Interdisciplinary Association of Intensive and Emergency Medicine*. Med Klin Intensivmed Notfmed, 109, p. 41-7. <https://doi.org/10.1007/s00063-013-0271>.
- Starr, R., Tadi, P., & Pfleghaar, N. (2020). *Brain death*. StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538159/>
- Teixeira J., Faria. A.(2019). *Manual do Serviço de Urgência do Hospital de Braga*. Manual.SU.001.04
- Thomas S. L., Milnes S. & Komesaroff P. A. (2019). Understanding organ donation in the collaborative era: a qualitative study of staff and family experiences. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19220529/>
- Tullius, S. G., & Rabb, H. (2018). *Improving the supply and quality of deceased-donor organs for transplantation*. New England Journal of Medicine, 378(20), 1920–1929. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1507080>

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. (5a Edição). Loures: Lusodidacta

US Department of Health and Human Services. CDC (2016). *National and state associated infections: progress report*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. <https://www.cdc.gov/hai/data/portal/progress-report.html>

Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência

Wilson R., Rochon E. & Mihailidis A. (2013). Formal Caregivers' Perceptions of Effective Communication Strategies while Assisting Residents with Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* 36(4):314- 33. https://www.researchgate.net/publication/234680494_Formal_Caregivers'_Perceptions_of_Effective_Communication_Strategies_while_Assisting_Residents_with_Alzheimer's_Disease_During_Activities_of_Daily_Living

Westphal, G. A., Filho M. C., Vieira K. D., Zaclikevis V. R., Bartz M. C. M, Wanzuita M., Teixeira C., Franke C., Machado F. O., Friedman G., Andrade J., Matos J. D., Lamgaro D. M., Silva E., Costa G., Coelho M. E., Oliveira M. C., Youssef N. C. M., Akamine N. & Souza R. L. (2011). *Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido*. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. *Revista Brasileira Medicina Intensiva*, 23 (3), p. 255-268. <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a03.pdf>

Westphal G. A., Garcia V. D., Souza R. L., Franke C. A., Vieira K. D., Birckholz V. R. Z., Machado M. C., Almeida E. R. B., Machado F. O., Sardinha L. A. C., Wanzuita R., Silvado C. E. S., Costa G., Braatz V., Filho M. C., Furtado R., Tannous L. A., Albuquerque A. G. N., Abdala N., Gonçalves A. R. R., Pacheco-Moreira L. F., Dias F. S., Fernandes R., Di Giovanni F., Carvalho F. B., Fiorelli A., Teixeira C., Feijó C., Camargo S. M., Oliveira N. E., David A. I., Prinz R. A. D., Herranz L. B., Andrade J., Associação de Medicina Intensiva Brasileira & Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2016). *Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica*. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):220-255. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/R7rGGHpRV6fmBZYDzHpfrPS/?lang=pt&format=pdf>

World Health Organization (2009) Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 159774 6.

World Health Organization. (2010). WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. *Transplantation*, 90(3), 229 – 333

World Health Organization. (2007). Data Harmonization on Transplantation Activities and Outcomes: Editorial Group for a Global Glossary. <https://www.who.int/transplantation/activities/ReportGlossaryMeeting.pdf>

World Health Organization (2009) Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 159774 6.

World Health Organization (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/gpsc/core-components.pdf>

Xu G., Xu P., Zhao J., Guo Z. & He X. (2016). Predictive Factors of Brain Death in Acute Neurocritical Patients Identified as Potential Organ Donors. *Int J Brain Disord Treat* 2016, 2:014 ISSN: 2469-5866 Volume 2 | Issue 2. <https://clinmedjournals.org/articles/ijbdt/international-journal-of-brain-disorders-and-treatment-ijbdt-2-014.pdf>

ANEXOS

APÊNDICE I
(Cronograma)

APÊNDICE I

Cronograma

Fase	Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Setembro
Diagnóstico de Situação	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com enfermeiro tutor • Pesquisar bibliografia • Identificar a necessidade a intervir • Reunir com os enfermeiros do SU • Reunir com a enfermeiro chefe • Reunir com coordenador de GCCTO 								
Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar bibliografia sobre doação • Elaborar o cronograma • Seleccionar documentação pertinente • Reunir com enfermeiro Tutor • Reunir com Professor orientador de estágio • Reunir com o enfermeiro chefe para calendarização da atividade formativa 								
Execução									
Avaliação da formação									
Divulgação dos Resultados									

APÊNDICE II

(Plano de Formação)

APÊNDICE II

Plano de Formação

<p>TEMA: Potenciais Dadores de Órgãos: intervenção de enfermagem num Serviço de Urgência</p> <p>OBJETIVO GERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar para a atuação do enfermeiro na identificação e cuidado precoce do doente neurocrítico, possível dador de órgãos; <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abordar o tema e conceitos da doação de órgãos e morte cerebral; Descrever a estatística anual da doação de órgãos a nível nacional e institucional; Dar a conhecer os critérios de referenciação de PDO; Reconhecer a importância do enfermeiro na identificação precoce dos PDO. 			<p>DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do SU</p> <p>DATA: 11. maio 2021</p> <p>HORA: 9h am</p> <p>DURAÇÃO: 60 minutos</p> <p>LOCAL: Auditório 2, Hospital de Braga</p>
ETAPAS	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA
INTRODUÇÃO	15 min	<ul style="list-style-type: none"> Contextualização Objetivos da formação 	Expositiva
DESENVOLVIMENTO	30 min	<ul style="list-style-type: none"> Enquadramento Legal da doação de órgãos; Competência do enfermeiro especialista na identificação precoce da pessoa em situação crítica PDO; Conceito de Morte Cerebral e Doação de Órgãos; Crítérios de Morte Cerebral; Estatística das listas de espera; Estatística da doação de dadores falecidos a nível nacional e HB; Crítérios de Referenciação e Fatores Preditivos de MC; Importância do Enfermeiro na deteção precoce do PDO; Apresentação do fluxograma; 	<p>Expositiva</p> <p>Demonstrativa</p> <p>Auxiliar de Ensino: Computador</p>
CONCLUSÃO	15 min	<ul style="list-style-type: none"> Consolidação dos conteúdos abordados Discussão e resposta a questões Encerramento da sessão de formação 	Participativo/ Interativo

APÊNDICE III
(Cartaz de Divulgação)

APÊNDICE III

Cartaz de Divulgação



The poster features a teal background with a white ECG line graphic. A red heart with a white ECG line is positioned on the right side of the ECG line. Logos for Hospital de Braga EPE and Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem are present. The main title is in large white font, and the date and time are in a red box.

Hospital de Braga EPE

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Potenciais Dadores de Orgãos

Deixe a sua marca, multiplique vidas.

**11 DE MAIO, 2021 • 9 HORAS
AUDITÓRIO 2**

Cátia Gomes Correia
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica
Universidade do Minho

APÊNDICE IV

(Formação)

Potenciais dadores de órgãos

Uma Intervenção de Enfermagem num Serviço de Urgência



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem



**Hospital
de Braga** EPE



**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

Cátia Gomes Correia

Mestrado em Enfermagem da Pessoa
em Situação Crítica

Serviço de Urgência- Hospital de Braga

Enfermeiro Chefe António Faria
Enfermeiro tutor Ruben Torres

Professor Doutor João Cainé

Cátia Gomes Correia

Mestrado em Enfermagem da Pessoa
em Situação Crítica

Sumário

01

Objetivos

Enquadramento

02

03

Conceitos

Diagnóstico de Situação

04

05

Critérios de
Referenciação

Cuidados Precoces

06

Objetivos

Objetivo Geral:

Sensibilizar para a atuação do enfermeiro na identificação e cuidado precoce do doente neurocrítico, potencial dador de órgãos;

Objetivos específicos:

Abordar o tema e conceitos da doação de órgãos e morte cerebral;

Descrever a estatística anual da doação de órgãos a nível nacional e institucional;

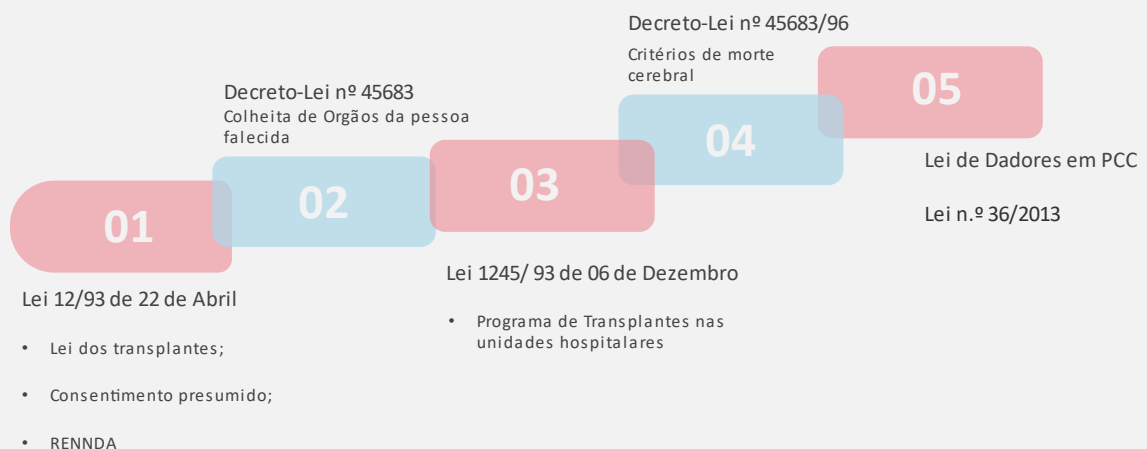
Dar a conhecer os critérios de referenciação de PDO;

Reconhecer a importância do enfermeiro na identificação precoce dos PDO.

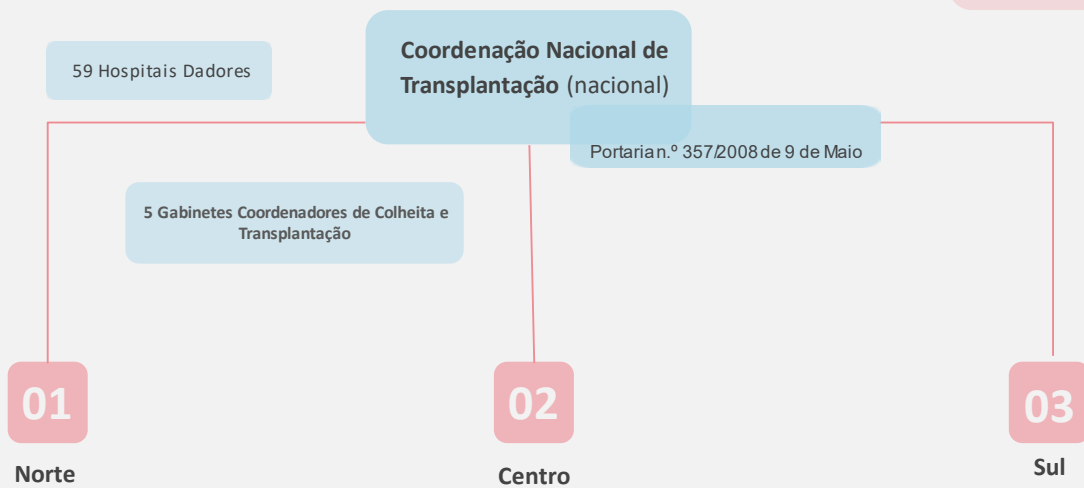
02

Enquadramento

Enquadramento



IPST



Decreto – Lei nº 39/2012 de 16 de Fevereiro – Aprova a orgânica do IPST, IP
Portaria nº 165/2012 de 22 de Maio – Aprova os Estatutos do IPST, IP

GCCT

GCCT				
NORTE		CENTRO		SUL
HSA	HSJ	HUC	CHLC	CHLN
Hospital Santo António	Hospital São João	HUC	São José	Santa Maria
Guimarães	Matosinhos	CHC Pediátrico	Capuchos	Egas Moniz
Braga	Viana do Castelo	Viseu	Curry Cabral	São Francisco Xavier
Vila Real	Penafiel	São Sebastião	Garcia da Orta	Pulido Valente
Vila Nova de Gaia		Ponta Delgada	Funchal	Santa Cruz
		Castelo Branco	Faro	
		Leiria	Dona Estefânia	
		Aveiro	Barlavento Algarvio	
		Cova da Beira	Setúbal	
		Guarda	Fernando Fonseca	
			Santarém	
			Santa Marta	
			Desterro	
			Beja	
			Barreiro	
			Évora	
			Vila Franca de Xira	

03

Conceitos

Doação e Transplantação de Órgãos

A **doação de órgãos e tecidos** consiste na oferta, sem nenhum tipo de lucro, de alguma parte do corpo com o objetivo de ajudar outra pessoa com determinado problema de saúde (IPST, 2021).



Doação e Transplantação de Órgãos

*“Um **transplante** (ou transplantação) é a transferência de tecidos ou órgãos vivos de uma pessoa (dador) para outra (recetor) ou de uma parte do corpo para outra, para restituir uma função perdida” (IPST, 2021, pg.3)*



Tipologia do dador

Dador Vivo	<p><u>Dador após morte cerebral:</u> “A Deceased Heart-Beating Donor is a donor who was legally declared dead by neurological criteria” (WHO, 2007, p. 7);</p> <p><u>Dador após morte cardiocirculatória:</u> “Deceased Non-Heart-Beating donor is a donor who was legally declared dead by cardio-pulmonary criteria” (WHO, 2007, p. 7).</p>
Dador Falecido	
Dador Sequencial	

RENDA

Registo Nacional de Não dadores

Foi criado com o objetivo de viabilizar um eficaz direito à oposição à dádiva, assegurando e dando consistência ao primado da vontade e da consciência individual nesta matéria;

Quem pode inscrever-se?

- Qualquer cidadão nacional ou estrangeiro com residência permanente em Portugal.

Onde pode ser feita?

- Centro de Saúde, onde se encontram disponíveis os formulários de inscrição.



RENDA

	RENDA - REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES 1.ª edição: 2019, de 21 de Abril
	Serviço de Registo Nacional de Não Dadores Av. da 2.ª Via do Centro - (oposição à dádiva de órgãos e tecidos) Alameda do Doutor - (oposição total ou parcial - com ou sem oposição simultaneamente aos membros) Alameda do Registo de RENDDA - (oposição à qualidade de dador)

1) Registo de Não Dador O titular pode optar por registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva ou registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva e registar-se como dador de órgãos e tecidos para a dádiva.

MINISTÉRIO DA SAÚDE RENDA - REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES 1.ª edição: 2019, de 21 de Abril
Serviço de Registo Nacional de Não Dadores Av. da 2.ª Via do Centro - (oposição à dádiva de órgãos e tecidos) Alameda do Doutor - (oposição total ou parcial - com ou sem oposição simultaneamente aos membros) Alameda do Registo de RENDDA - (oposição à qualidade de dador)
1) Registo de Não Dador O titular pode optar por registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva ou registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva e registar-se como dador de órgãos e tecidos para a dádiva.
2) Registo de Não Dador de Órgãos e Tecidos O titular pode optar por registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva ou registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva e registar-se como dador de órgãos e tecidos para a dádiva.
3) Registo de Não Dador de Órgãos e Tecidos O titular pode optar por registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva ou registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva e registar-se como dador de órgãos e tecidos para a dádiva.
4) Associação Registo de Não Dadores O titular pode optar por registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva ou registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva e registar-se como dador de órgãos e tecidos para a dádiva.
5) Associação Registo de Não Dadores O titular pode optar por registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva ou registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva e registar-se como dador de órgãos e tecidos para a dádiva.
6) Associação Registo de Não Dadores O titular pode optar por registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva ou registar-se como não dador de órgãos e tecidos para a dádiva e registar-se como dador de órgãos e tecidos para a dádiva.



Doação e Transplantação de Órgãos

Órgãos mais transplantados:

- Rins
- Fígado
- Pulmões
- Coração
- Pâncreas

Tecidos mais transplantados:

- Pele
- Válvulas Cardíacas
- Ossos/ Tendões
- Córneas



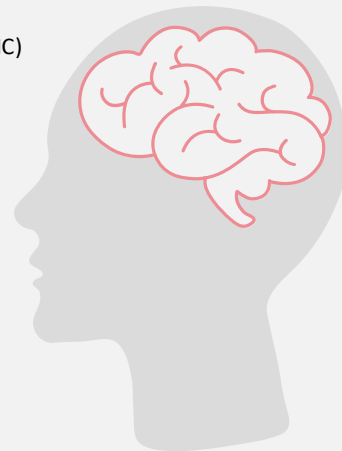
Morte Encefálica

A falência completa e irreversível das funções do Sistema Nervoso Central (SNC) constitui a fronteira autêntica, entre a vida e a morte dos seres humanos;

(Transplant Procurement Management, 2007)

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

(Diário da República, 1994)



Morte Encefálica

Irreversível

Ausência de atividade no tronco cerebral

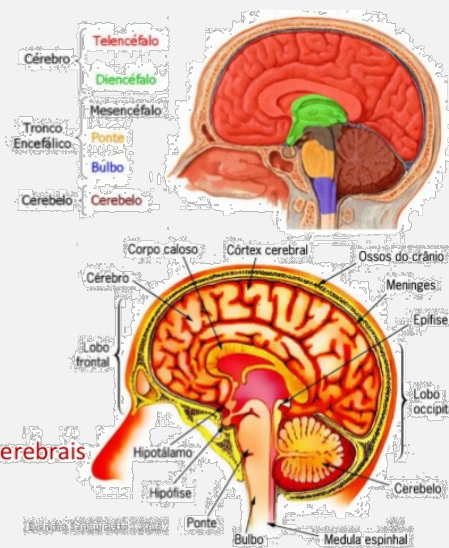
Com causa conhecida



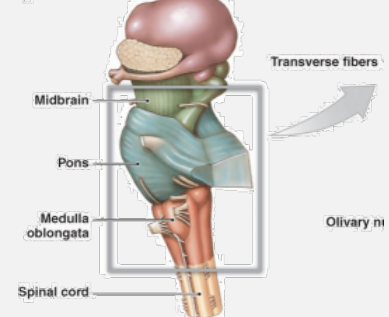
Morte Encefálica

Encéfalo

- Cérebro
 - Telencefalo
 - Diencefalo
 - Tálamo
 - Hipotálamo
- Tronco encefálico
 - Bulbo
 - Ponte
 - Mesencefalo
- Cerebelo
- Dois hemisférios cerebrais
 - Córtex cerebral



The pons, which links the cerebellum with the midbrain, diencephalon, cerebrum, medulla oblongata, and spinal cord



© 2011 Pearson Education, Inc.

Morte Encefálica

A morte cerebral é frequentemente consequência de:

- Traumatismo craniocéfálico grave
- HSA por rotura aneurisma ou MAV
- HIC
- AVC isquémico
- Tumores cerebrais
- Encefalite / meningite
- Anóxia / isquemia pós-PCR



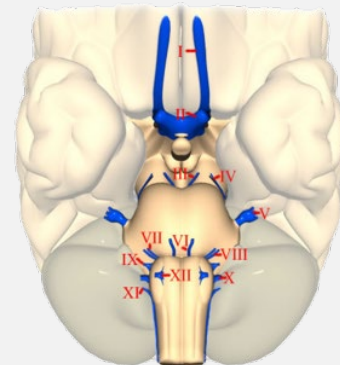
Morte Encefálica

Escala de Coma de Glasgow = 3

Ausência de reflexos dependentes do Tronco Cerebral:

- Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
- Reflexos oculocefálicos;
- Reflexos oculo-vestibulares;
- Reflexos corneopalpebrais;
- Reflexo faríngeo.

Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.



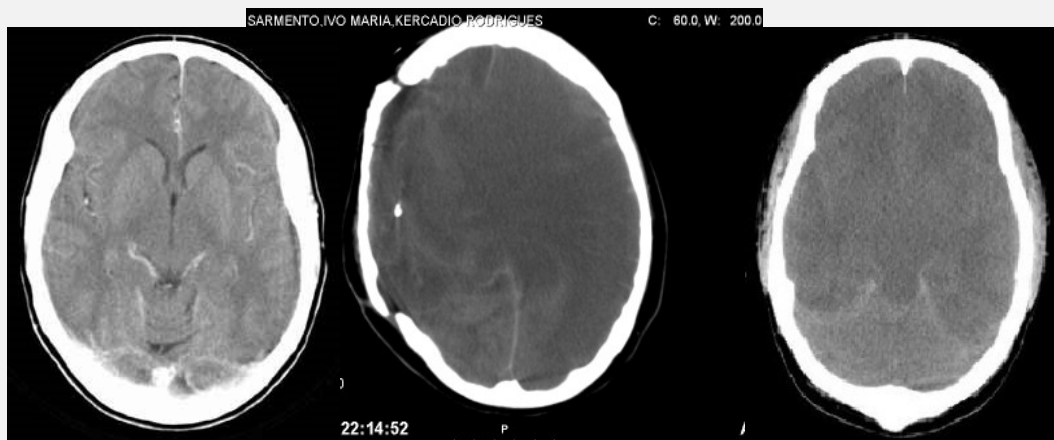
Morte Encefálica

A suspeita de morte cerebral pode basear-se em evidências clínicas e estudos neurorradiológicos que normalmente ilustram uma “catástrofe” aguda no SNC;

Na TAC cerebral pode apresentar:

- Edema Cerebral;
- Ausência de sulcos corticais;
- Ausência de definição de substância branca/cinzenta.

Morte Encefálica



Morte Encefálica

Identificar a causa de lesão cerebral

O diagnóstico de morte cerebral não deve ser estabelecido em doentes em coma de origem desconhecida;

Excluir condições que possam interferir na avaliação clínica do doente em morte cerebral

Coma de origem desconhecido;

Manter pressão arterial média dentro dos parâmetros normais;

Hipotermia (temp $\geq 35^{\circ}\text{C}$);

Efeito de drogas neurodepressoras (midazolam, propofol, tiopental ...);

Efeito de bloqueadores neuromusculares (rocurónio, cisatracúrio);

Efeito de drogas anticolinérgicas (atropina)

04

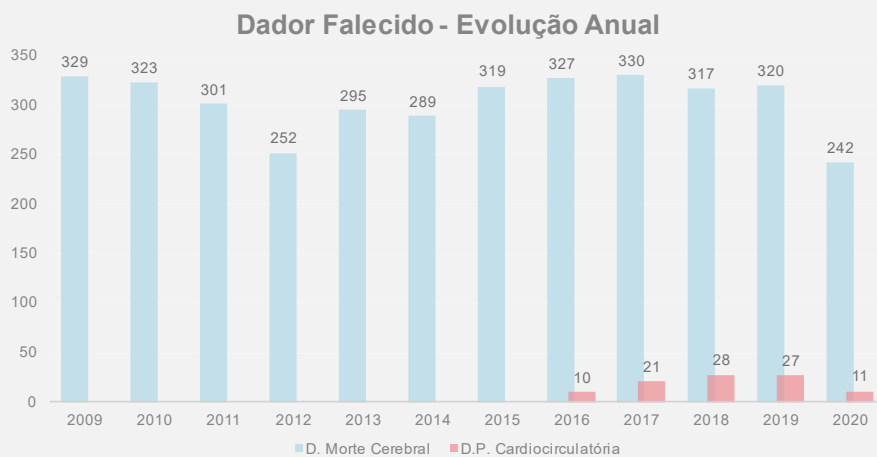
Diagnóstico de Situação

Waiting List

Orgão	Waiting list	Morte em lista de espera
Rim	2338	20
Fígado	675	11
Coração	67	7
Pulmão	114	8
Pâncreas	45	1
Total	3239	47

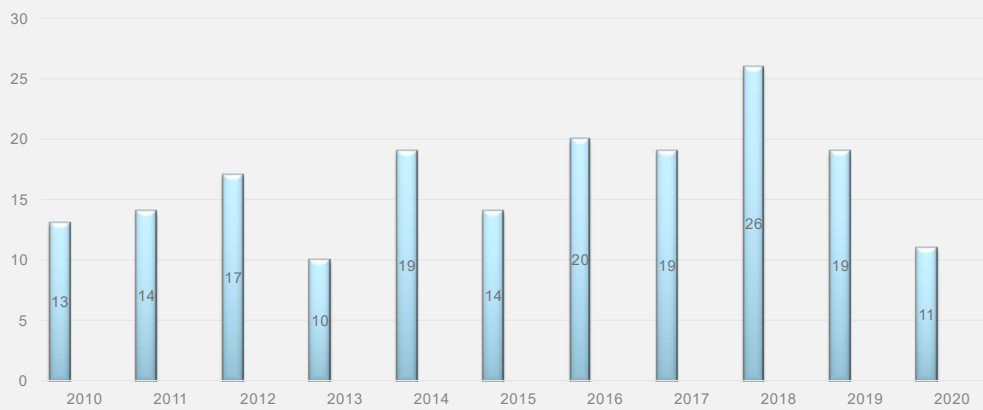
Fonte: Newsletter of Transplant, 2019

Colheita de Dador Falecido em Portugal

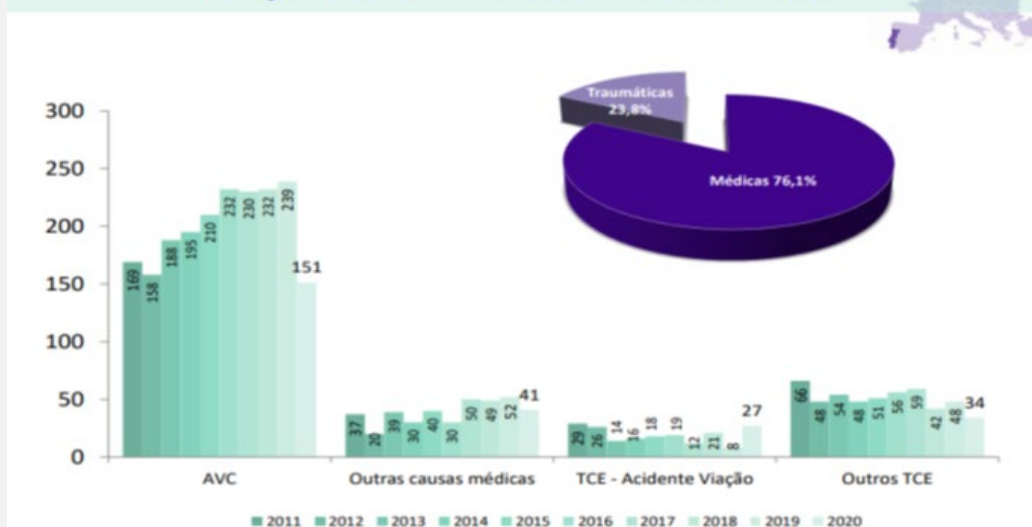


Dador Falecido no Hospital de Braga

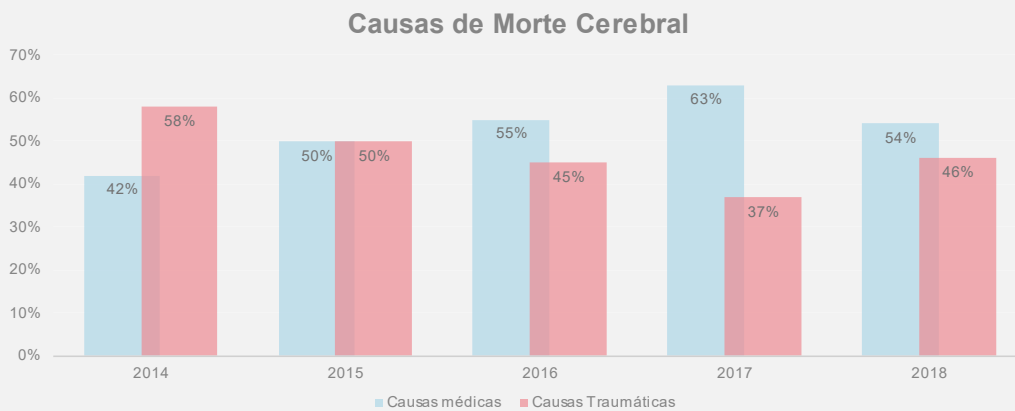
Evolução do Número de dadores de 2010 a 2020



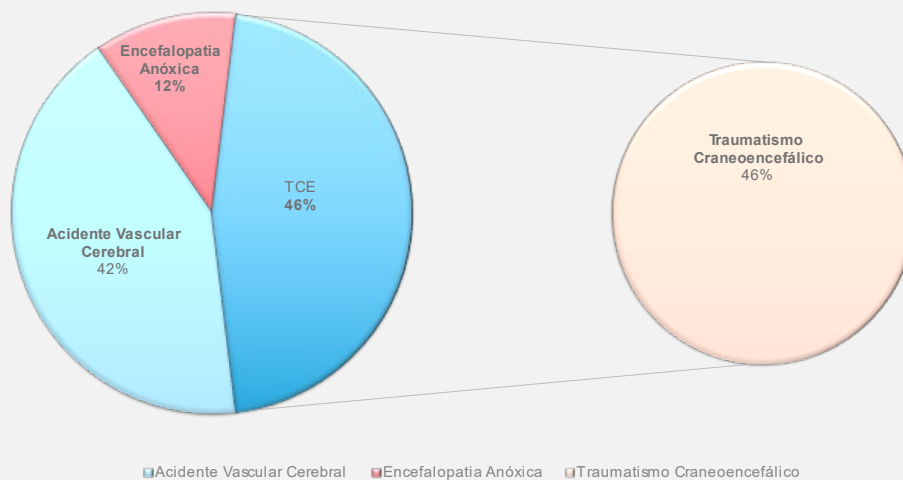
Doação - Dadores Falecidos (Causas de Morte 2011-2020)



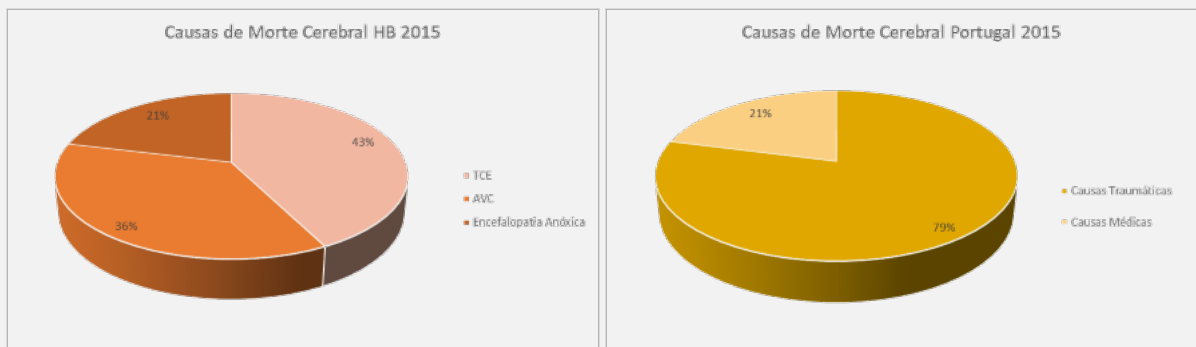
Causas de Morte Cerebral no HB



Causas de Morte Cerebral no HB | 2018



Hospital de Braga vs Nacional



Proveniência dos Dadores

Nível Nacional	Hospital de Braga
<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Urgência Unidade de AVC/ Neurologia Medicina Intensiva Bloco Operatório/ Recobro Anestésico Serviço de Neurocirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Urgência

“State of Point”

- Estimam-se que **60%** das mortes cerebrais não são notificadas;
- **35%** dos pacientes que morrem em decorrência de lesões cerebrais catastróficas em hospitais europeus não são reportados;
- Razões como desconhecimento e a falta de condições técnicas e a desinformação das equipas de profissionais de saúde estão na resposta;

Accord Consortium (2015)

05

Critérios de Referenciação

Critérios de Referenciação PDO

- Doente com ECG 3
- Pupilas Fixas
- Sem respiração espontânea
- Determinação da causa do coma com a exclusão de hipotermia, drogas depressoras do SNC.



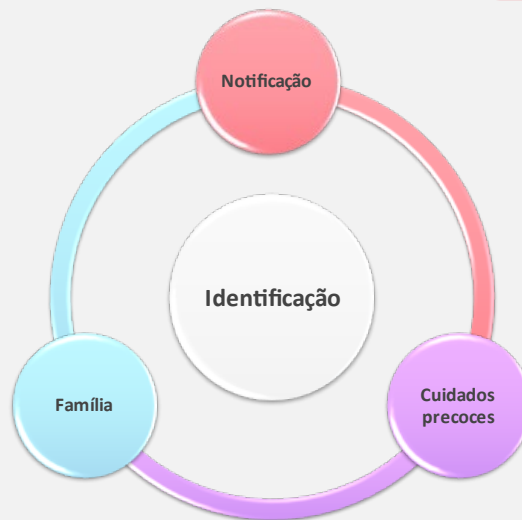
Fatores Preditivos de Morte Cerebral

Fatores

- Hemorragias intracranianas catastróficas
- Acidente Vascular Cerebral
- Doente com ECG 6
- Anisocoria OU Pupilas fixas
- Tas > 150 mmHg (AVC Hemorrágico);
- Respiração Irregular;
- Ausência de um ou mais reflexos do tronco.

Importância do Enfermeiro

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO



Importância do Enfermeiro

CAPTAÇÃO

- O enfermeiro é o membro da equipa multidisciplinar que, em primeiro lugar, acolhe o doente no contexto do serviço de urgência;
- O enfermeiro tem a capacidade de desenvolver mecanismos de captação e busca sistemática com frequência mínima diária por possíveis dadores;

Importância do Enfermeiro

NOTIFICAÇÃO

- Uma das maiores causas do insucesso da transplantação é uma ineficaz ou ausente notificação de doentes em morte encefálica (Macário, 2014);
- O enfermeiro deve estar capacitado a identificar alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipa de saúde, possam ser instituídas medidas terapêuticas adequadas e atempadas Guetti e Marques (2008).

Importância do Enfermeiro

CUIDADOS PRECOSES

- Uma vez estabelecido o diagnóstico de MC, o tratamento do potencial dador deverá ser reorientado para suporte e proteção dos órgãos alvo de possível transplantação;
- Mais de 25% dos potenciais dadores perdem-se devido ao colapso cardiovascular;
- Só uma manutenção agressiva, intensiva e focada no dador poderá reduzir o número de dadores cadáveres que se perdem devido a colapso cardiovascular

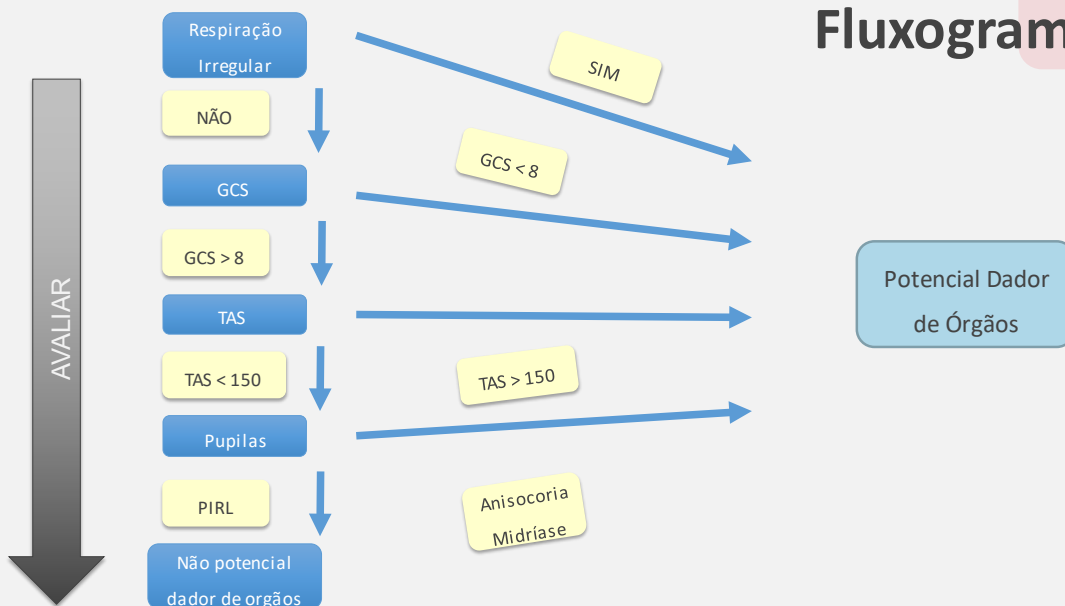
Importância do Enfermeiro

FAMÍLIA

- “As atitudes dos profissionais de saúde perante a doação e a transplantação de órgãos influenciam significativamente o comportamento das famílias”;
- O enfermeiro deve estar preparado para trabalhar o **processo de luto**, perante a responsabilidade de potenciar a comunicação e as relações interpessoais existentes;
- O enfermeiro deverá procurar compreender a família para a auxiliar a obter uma adaptação mais eficaz face aos recursos existentes, respeitando a sua autonomia e capacidade de decisão.

Doente com AVC, Hemorragia intracraniana traumática ou espontânea

Fluxograma



06

Cuidados Precoces

Manutenção do potencial dador

IMPLICAÇÕES

- Uma terapêutica intensiva e consistente para os dadores de órgãos é o primeiro passo para um tratamento bem-sucedido dos recetores de órgãos;
- Os órgãos destinados à transplantação têm que ser protegidos de modo a evitar danos e perda de funções, e a sua máxima qualidade tem de ser assegurada no momento da remoção.

Regra dos “100”

Principais Problemas	Principais Correções
Hipovolemia	PAM >100 mmHg, FC > 100bpm PVC > 10 mmHg
Hipotermia	35,5 – 36°C
Hipoxemia	SatO ₂ > 95% PaO ₂ > 100 mmHg
Anemia	Hemoglobina ≥ 100g/l
Hiperglicemia	80- 160 mg/dl
Equilíbrio Hidroeletrólítico	Hipernatrémia, Hipocaliémia, Hifosfatémia, Hipomagnesemia
Poliúria	Diurese ≥ 100ml/h; Reposição ADH

07

Conclusão

Conclusão

“A obtenção de órgãos para transplantação é um dever ético” (IPST, 2013 , pg.5);

A existência de uma equipa bem formada para a identificação de possíveis dadores garante a eficaz notificação junto dos GCCT;

O enfermeiro poderá e deverá ser um dos dinamizadores do processo identificação/referenciação dos potenciais dadores de órgãos/ tecidos;

A existência de uma equipa dedicada nesta área, realizando busca ativa por potenciais dadores, que ainda não têm diagnóstico de morte encefálica, mas, com quadro clínico sugestivo desse diagnóstico, conclui uma taxa de sucesso na transplantação

Obrigado pela
atenção.

Referências Bibliográficas

Coordenação Nacional de Transplantação (2020). *Doação e Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células. Atividade Nacional Anual 2020*. Acedido em 25 de Abril, 2021 em http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/DadosAnuais_AtividadeDoacaoTransplantação2020_atualizado.pdf

Diário da República. (11 de 10 de 1994). Declaração da Ordem dos Médicos. Diário da República I Serie B Nº 235, p. 6160.

D'Império, F. (Janeiro-Março de 2007). Morte encefálica, cuidados ao dador de órgãos e transplante de pulmão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (1), p. 74-84. Acedido em 20 de Março, 2020, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100010

Freire et al., (2012). Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante. *Rio de Janeiro*. Acedido em 29 de Abril de 2021 em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400017

Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). *Assistência de Enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (1), 91-97.

IPST (2021), Doação e Transplantação. Acedido a 28 de Abril, 2021 em <http://ipst.pt/index.php/pt/doacao-e-transplantação/173-perguntas-frequentes-sobre-transplantação-de-órgãos-e-tecidos>.

ACCORD Consortium. Variations in end-of-life care pathways for patients with devastating brain injury in Europe. (interim report). Acedido em Abril, 2021 em http://www.odt.nhs.uk/pdf/advisory_group_papers/NODC/accord_study.pdf

Newsletter of Transplant (2019), International figures on donation and transplantation. Acedido em Fevereiro, 2021 em <file:///C:/Users/filipa/Downloads/eurnlcoe2019pdf.pdf>

Transplant Procurement Management. (2007). *Transplant Coordination Manual (Second edition ed.)*. (R. Valero, Ed.) Barcelona: Fundació IL3 - Institute for Life Long Learning- Universitat de Barcelona.

World Health Organization. (2007). *Data Harmonization on Transplantation Activities and Outcomes: Editorial Group for a Global Glossary*. Acedido em 5 de Abril, 2020 <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

APÊNDICE V
(Procedimento Setorial)

APÊNDICE V

Procedimento Setorial

	Procedimento Setorial	
	Área: Serviço de Urgência	
	Identificação/Referenciação da PSC potencial dadora de Órgãos	

Objetivo:

Descrever as atividades de Enfermagem relacionadas à identificação ao processo de identificação/referenciação do potencial dadores de órgãos/tecidos em morte encefálica e respetivo contato com o Gabinete Coordenador de Colheita de Órgãos e Transplantação

Âmbito de aplicação:

Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência

Responsabilidades:

A equipa de Enfermagem responsabilizar-se-á pela elaboração, implementação e atualização do presente documento.

Descrição:

O profissional de saúde que maior tempo permanece com a pessoa em situação crítica potencial dadora de órgãos é o enfermeiro, pelo que, este tem um papel fundamental na identificação e dinamização de todo o processo até à referência do mesmo para o Gabinete Coordenador de Colheita de Órgãos e Transplante.

O enfermeiro responsabiliza-se pela avaliação neurológica periódica da pessoa. Assim, identificando um score de Escala de Coma de Glasgow de 3 (sem abertura espontânea de olhos, sem resposta verbal e sem resposta motora), com pupilas fixas, sem respiração espontânea, a determinação da causa de coma e condições pré-existentes asseguradas (ausência de hipotermia, hipotensão e de drogas vasopressoras do sistema nervoso central), deve-se proceder de imediato ao contato com o Gabinete Coordenador de Colheita de Órgãos e Transplante.

Posteriormente, deve ser realizado o transporte do potencial dador de órgãos aos exames complementares de diagnóstico que possam complementar a decisão médica, em situações em que a circunstância clínica não permita.

O enfermeiro encarrega-se de gerir a transferência até a Unidade de Cuidados Intensivos, se assim o considerarem, assegurando a monitorização hemodinâmica completa, onde se irão efetuar as provas de morte cerebral.

Durante todo este processo cabe ao enfermeiro assegurar a manutenção do estado hemodinâmico do potencial dador de órgãos. Todos os cuidados de enfermagem devem ser cumpridos e registados.

APÊNDICE VI
(Questionário de Avaliação da Formação)

APÊNDICE VI

Questionário de Avaliação da Formação

Apresentação: Aplicação Kahoot

1. Qual o primeiro órgão maciço humano a ser transplantado?
 Rim Fígado
 Pâncreas Pulmões
2. Quais as principais causas de morte cerebral em Portugal?
 AVC Traumatismo craniano
 Hidrocefalias Tumores
3. O Hospital de Braga destaca-se a nível nacional nas causas de morte cerebral. Qual a causa mais predominante?
 TCE AVC
 EAM Encefalopatia Anóxica
4. Habitualmente, a proveniência intra-hospitalar do potencial dador é:
 Diálise Ortopedia
 Serviço de Urgência Imagiologia
5. A aspiração de secreções é uma importante intervenção de enfermagem que corrige a:
 Hiperglicemia Hipoxemia
 Poliúria Anemia

6. O enfermeiro do Serviço de Urgência tem um papel preponderante na:

▣ Colheita de Órgãos ▣ Transporte dos Órgãos

▣ Cuidados Precoces ▣ RENND

APÊNDICE VII

(Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação)

APÊNDICE VII

Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação

Formação: Potencias Dadores de Orgãos: intervenção de Enfermagem num Serviço de Urgência	Data: 11. 05. 2021
--	--------------------

I. Avaliação Global e do impacto da formação

Assinale com um X o valor do seu grau de concordância com as seguintes afirmações.

	1 Discordo	2 Não concordo nem discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
Os objetivos da formação foram claros.				
Os conteúdos foram adequados aos objetivos.				
A duração da formação foi adequada.				
O relacionamento foi positivo entre os enfermeiros.				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados.				
A formação permitiu adquirir novos conhecimentos.				
Os conhecimentos adquiridos são úteis para a prática e permitem melhorar o desempenho.				
Os conhecimentos adquiridos contribuíram para o desenvolvimento profissional.				

Obrigada pela sua participação!

Adaptado do Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação do Hospital de Braga, 2021