



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

**Intervenção Especializada de Enfermagem ao Potencial Dador de  
Órgãos em Morte Cerebral**

**Susana Saraiva Faria**

**Lisboa**

**2017**







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

**Intervenção Especializada de Enfermagem ao Potencial Dador de  
Órgãos em Morte Cerebral**

**Susana Saraiva Faria**

Docente Orientador

Professor Doutor Jorge Eurico Gonçalves de Sousa Ferreira

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





*“Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos  
não é senão uma gota de água no mar.  
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

Madre Teresa de Calcutá



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as pessoas a quem presto cuidados diariamente,  
pois são elas que me fazem amar esta profissão.





## **AGRADECIMENTOS**

*Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.*

**Antoine de Saint Exupéry**

Expresso aqui o meu agradecimento a todos aqueles que com o seu conhecimento, disponibilidade e apoio contribuíram para a realização deste trabalho;

A toda a turma do 5º CMEPSC, pelo excelente grupo que fomos e em particular à minha companheira de luta Joana Ferreira;

Aos meus orientadores de estágio e todos os profissionais com os quais me cruzei ao longo deste percurso, que me proporcionaram experiências e saberes que levarei para a vida;

A todos os Professores do Mestrado que tão sabiamente me conduziram ao caminho do conhecimento;

Ao Professor Jorge Ferreira, pela orientação desde o pré-projeto, projeto, estágio e realização deste relatório;

E porque os últimos são sempre os primeiros, agradeço ao meu marido por toda a paciência, toda a força e toda a coragem que me deu dia-a-dia ao longo desta batalha, confortando-me com palavras certas em momentos difíceis;

E por fim aos meus pais que são o pilar da minha vida, que sempre compreenderam a minha ausência e me motivam a ser sempre melhor que ontem. Obrigado pelo olhar e palavras de orgulho que demonstram em mim.

A todos vós..... MUITO OBRIGADO!



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BNM - Bloqueadores Neuromuscular

BO - Bloco Operatório

Bpm - Batimentos por minuto

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

DGS – Direção Geral de Saúde

dl - Decilitro

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EHH - Eixo Hipotálamo-Hipofisário

EODD - *European Day for Organ Donation & Transplantation*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV - Endovenoso

FC - Frequência Cardíaca

FiO<sub>2</sub> - Fração de Oxigénio Inspirado

FR - Frequência Respiratória

GCCT - Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

GCS - *Glasgow Coma Score* (Escala de Coma de Glasgow)

gr - Gramas

h - Hora

HBsAg – Antígeno Hepatite B

Hg - Mercúrio

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação

Kg - Quilogramas

L - Litro

MC - Morte Cerebral

mg - Miligramas

ml – Mililitro

mm - Milímetros

mmol - Milimoles

°C - Graus Celcius

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PA - Pressão Arterial

PaCO<sub>2</sub> - Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no sangue arterial

PAM - Pressão Arterial Média

PaO<sub>2</sub> - Pressão parcial de Oxigénio no sangue arterial

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PBE - Prática Baseada na Evidência

PD – Potencial Dador

PDO - Potencial Dador de Órgãos

PEEP - *Positive end-expiratory pressure*

PIA - Pressão Intra-abdominal

PIC - Pressão Intracraniana

PPC - Pressão de Perfusão Cerebral

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PVC - Pressão Venosa Central

RENDA - Registo Nacional de não Dadores

RL - Revisão da Literatura

SNC - Sistema Nervoso Central

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

U – Unidade

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VHC+ - Vírus da Hepatite

VV - Via Verde

WHO - *World Health Organization*

## RESUMO

A transplantação de órgãos é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, no controlo de doenças terminais e falência de tecidos e órgãos, ocasionando assim a melhoria na qualidade e perspetiva de vida dos doentes. No entanto, a escassez de órgãos é o principal fator que aumenta as listas de espera para transplante tornando-se um grave problema de saúde pública. Neste cenário, os profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros, ocupam uma posição privilegiada para a identificação precoce de potenciais doadores de órgãos (PDO), e são igualmente responsáveis pelo tratamento ativo ao potencial dador (PD).

O presente relatório tem por base o projeto pessoal e profissional desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), analisando o desenvolvimento de competências em enfermagem, enquanto intervenção especializada no tratamento ativo do PDO em morte cerebral (MC).

Cimentado por uma componente teórica e por uma revisão da literatura (RL), este trabalho, procura refletir o percurso efetuado para o desenvolvimento de competências e conhecimentos necessários para a especialização nesta área, em contexto de cuidados críticos. A realização de estágios em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) específica na área de neurocirurgia, Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) com maior atividade a nível nacional, sustentaram o desenvolvimento de competências, experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas nos diversos contextos, que serão descritas ao longo deste relatório.

O aperfeiçoamento desta temática, constitui uma estratégia para o desenvolvimento de competências especializadas tanto na área de enfermagem à PSC, como na área da doação e transplantação de órgãos, tendo por base o modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências, adaptado por Benner (2001), visando como finalidade, a otimização e excelência na prestação de cuidados.

A realização de estágios em contextos de referência, apresentaram excelentes oportunidades de aprendizagem, desenvolvimento de competências, aperfeiçoamento teórico, reflexão e prática, que influenciaram os pares, bem como uma prática atual, refletida e baseada em conhecimento científico, caminhando para a melhoria dos cuidados prestados e para a excelência do exercício profissional.

Descritores em Ciências da Saúde: Obtenção de Tecidos e Órgãos, Morte Encefálica, Cuidados de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

*Organ transplantation it's the safest and effective therapeutic alternative in treatment of various diseases, and in the control of terminal organs and tissue failure, thus determining the improvement of the quality and perspective of life. However, the shortage of organs is the main factor that increases the waiting lists for transplantation, becoming a serious public health problem. In this scenario, the health professionals, more specifically the nurses, have a privileged position in precocious identification of a Potential Organ Donors, and they are also responsible for the active treatment of the potential donor.*

*This report is based on the personal and professional project developed in the scope of Master's Degree in Nursing to the Person in Critical Situation, in the Nursing University of Lisbon, analyzing the development of nursing competences, as intervention specialized in active treatment of the Potencial Organ Donor in brain death.*

*Deepened by a theoretical component and by a review of the literature, this work seeks to reflect the way for a development of the necessary skills and knowledge needed for specialization in this area, in the context of critical care. The realization of stages in a Intensive Care Unit specific in the area of neurosurgery, Multipurpose Emergency Services, and in a Coordinating Office of Harvesting and Transplantation, with the most activity at national level, supported the development of skills, this experiences and activities in various contexts, which described this report.*

*The improvement of this theme, constitutes on a strategy for the development of skills specialized in the area of nursing to the critical situation, as in the area of organs donation and transplantation, based on the Dreyfus model of skills acquisition, adapted by Benner (2001), aiming as purpose the excellence in care delivery. The realization of internships in reference contexts have presented excellent learning opportunities, development of skills led to an improvement theoretical, reflective and practical, which influenced peers, as well as a current practice, reflected and based on scientific knowledge, towards better care professional excellence.*

*Descriptors in Health Sciences: Obtaining Tissues and Organs, Brain Death, Nursing Care*



## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>1. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	27
1.1. Estado da Arte.....	27
1.2. Contextualização Histórica.....	29
1.3. Questões Éticas e Deontológicas.....	34
1.4. Tratamento Ativo ao Potencial Dador de Órgãos em Morte Cerebral.....	36
<b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	39
2.1. Campos de Estágio Selecionados.....	40
2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos.....	42
2.1.1.1. A Família do Potencial Dador de órgãos em Morte Cerebral.....	59
2.1.2. Serviço de Urgência Polivalente.....	61
2.1.3. Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação .....	68
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77

## APÊNDICES

Apêndice I – Artigos Obtidos nas Bases de Dados

Apêndice II – Cronograma do 3º Semestre do Curso de Mestrado

Apêndice III – Objetivos de Estágio da Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice IV – Objetivos de Estágio do Serviço de Urgência Polivalente

Apêndice V – Objetivos de Estágio no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

## **ANEXOS**

Anexo I – Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS)

Anexo II – Procedimento Multissectorial – Diagnóstico de Morte Cerebral no Adulto

Anexo III – Procedimento Sectorial – Referenciação do Potencial Dador de Órgãos e Tecidos

Anexo IV – 3º EEE (Encontro de Enfermagem de Emergência) - 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica

Anexo V - Suporte Avançado de Vida (SAV)

Anexo VI – *Advanced Trauma Life Support / Advanced Trauma Care for Nurses* (ATLS / ATCN)

Anexo VII - 1º Encontro de Enfermagem em Traumatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Anexo VIII - 10<sup>as</sup> Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar Lisboa Norte

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
<b>Quadro 1</b> – As seis etapas de SPIKES (Adaptado de Baile et al., 1998).....	66



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no 2º Ano, 1º Semestre, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da ESEL, surge o presente documento, para demonstrar de forma crítica e reflexiva, o percurso de desenvolvimento de competências, ao longo de 500 horas de estágio, promovidas pela realização deste curso de mestrado.

O planeamento deste percurso teve o seu início no 1º Ano, 2º Semestre, com a elaboração de um projeto de estágio, onde foi solicitado desenvolver um tema que fosse de meu interesse pessoal e profissional, e que possibilitasse a concretização das metas definidas pela ESEL para este curso de mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010). Tratando-se de um curso de mestrado, inserido no 2º ciclo de estudos, é crucial que ao longo deste percurso, sejam traçadas metas, que vão ao encontro de um programa de estudos que se apoie em conhecimentos, competências, atitudes e valores, estabelecidos pelos Descritores de *Dublin*, para este grau académico (Decreto-Lei n.º107/2008 de 25 de Junho, 2008).

Conhecidas as metas da ESEL e as orientações desenvolvidas pelo “*Joint Quality Initiative Informal Group*” (JQIEM) – Descritores de *Dublin*, para este grau académico, foi fundamental centrar a temática na área de Enfermagem. Para tal, recorri às competências comuns e específicas definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011; Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

A temática estudada e que serve como fio condutor para o desenvolvimento de competências ao longo deste percurso, é o PDO em MC, esta temática para além de atual, desperta em mim uma enorme vontade de conhecimento na área. Para além de se tratar de um problema de saúde pública, a sua abordagem constitui uma estratégia para o desenvolvimento de cuidados especializados de enfermagem no tratamento ativo do PDO, aumentando assim o sucesso da transplantação e a diminuição das extensas listas de espera. Após o diagnóstico de MC, existe uma predisposição elevada para que a pessoa se torne num dador de órgãos efetivo. A cessação da

função cerebral, leva a alterações hormonais, metabólicas, circulatórias e respiratórias, culminando com a perda de mecanismos reguladores do sistema cardiorrespiratório, pelo que, se torna essencial um tratamento ativo adequado ao PDO, não muito diferenciado do doente crítico, alterando apenas o objetivo final de manter a perfusão e homeostasia dos órgãos para o sucesso da transplantação (Bugedo, Bravo, Romero, & Castro, 2014).

Integrando tudo o que já foi referido anteriormente, procurei desenvolver competências ao longo deste estágio que me tornassem uma enfermeira “perita” na área da doação de órgãos em dador em MC. O desenvolvimento destas competências ao longo do estágio tem como ponto de partida o Modelo *Dreyfus* de aquisição de competências, aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2001), que enfatiza a importância da experiência e do domínio das capacidades, numa perspetiva evolutiva, tendo como finalidade a melhoria dos cuidados prestados. Simultaneamente, ao longo deste estágio pretendi desenvolver e aperfeiçoar conhecimentos e competências, na área de cuidados de Enfermagem especializados à PSC, definidos pelo Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011) como

*“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.*

A escolha deste tema, teve por base motivação e interesse pessoal, relacionada com o facto de a transplantação ser um dos mais marcantes desenvolvimentos da medicina do séc. XX (Barcelos & Neves, 2009), aumentando a esperança de vida, a todos, cuja transplantação é a última alternativa terapêutica. Os anos em lista de espera para transplantação, constituem um grave problema de saúde pública e segundo Guetti & Marques (2008), a falta de notificação de MC e os insucessos na manutenção dos órgãos, representam fatores impeditivos à efetivação da doação. Neste sentido, ressalta-se a importância das intervenções de profissionais de saúde envolvidos no processo de doação e no interesse de ações para diminuir a perda de potenciais dadores, visando assim elevar o número destes e reduzir o sofrimento de pessoas em lista de espera (Mendes, et al., 2012). O número de pessoas em lista de

espera para um transplante é elevado e o número de doadores é considerado insuficiente para suprir essa necessidade. Assim sendo, o enfermeiro pela sua proximidade junto da pessoa, na prestação de cuidados, ocupa uma posição privilegiada para a identificação de um PDO (Palmeiro, et al., 2014).

Decidi assim, por todos os motivos descritos anteriormente, desenvolver o meu trabalho final de Mestrado na Área da Doação de Órgãos em Dador em MC. Para além de ser uma problemática cada vez mais atual, procurei compreender a intervenção do Enfermeiro Especializado em PSC, nomeadamente no tratamento ativo do PDO em MC, uma vez que uma adequada manutenção do PDO, contribui positivamente para o sucesso da transplantação (Casal & Batista, 2014; Guetti & Marques, 2008).

Dada a especificidade do tema escolhido, importa salientar que toda a pesquisa se direcionou unicamente sobre os órgãos sólidos, não aprofundando conhecimentos nos que se relaciona com hemoderivados, tecidos e células.

Após a escolha do tema, seguiu-se a fase para o estabelecimento das competências a desenvolver, tendo em conta a área temática elegida e as competências comuns e específicas do EEEPSC (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011; Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Não perdendo estes princípios, este trabalho tem como objetivos o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada, na área de especialização PSC, no âmbito do tratamento ativo ao PDO em MC, tendo sido delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o PDO em MC;
- Realizar o tratamento ativo ao PDO, como intervenção especializada de enfermagem;
- Estabelecer uma comunicação eficaz com a família/pessoa significativa do PDO
- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC.

Saliento que este último objetivo, foi definido como salvaguarda, na impossibilidade de ao longo do estágio, não haver oportunidade de prestar cuidados especializados de enfermagem ao PDO, no âmbito do tratamento ativo, e uma vez que, o tratamen-

to ativo a um PDO é a continuação dos cuidados prestados a um doente crítico, embora com diferentes metas (Bugedo et al., 2014).

Para alcançar estes objetivos, desenhou-se um percurso de desenvolvimento de competências, que incluiu a realização de estágios em diferentes contextos. Cronologicamente iniciei o meu percurso de desenvolvimento de competências primeiramente numa UCI, passando para um SUP, culminando no GCCT. Esta escolha, surgiu da necessidade de eleger locais de excelência nesta área de intervenção, que tivessem maior probabilidade de resposta ao meu tema e que simultaneamente me permitissem desenvolver competências em cuidados especializados ao doente crítico e ao dador de órgãos, uma vez que, os enfermeiros das UCI desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados ao PDO e suas famílias (Intensive Care Society, 2005), e por outro lado, os enfermeiros da urgência devem ser capazes de identificar corretamente um PDO, e iniciar tratamento ativo à pessoa em MC, tal como apoiar a família enlutada (Emergency Nurse Association, 2010).

Concomitantemente com o desenvolvimento de competências de perita, utilizando o referencial teórico de Patrícia Benner (2001), é essencial a aplicação de uma teoria que sustente as intervenções. O PDO surge então como um doente em estado crítico, devendo ser tratado com dignidade, respeito e merecedor do investimento da equipa de enfermagem. Após a reflexão de algumas teorias de enfermagem, considero que a Teoria de Virgínia Henderson é a que melhor se molda a este contexto. A definição de enfermagem para Henderson pode ser considerada uma grande teoria ou filosofia dentro da fase de pré-paradigma de desenvolvimento da teoria de enfermagem, esta enfatizou a arte de enfermagem e identificou 14 necessidades humanas fundamentais, correlacionando-as com a hierarquia das necessidades de Abraham Maslow, podendo esta ser vista nas 14 componentes dos cuidados de enfermagem, iniciando-se com as necessidades físicas e progredindo para as componentes psicossociais. Este princípio de fazer das necessidades humanas o alicerce dos cuidados de enfermagem, pode ser um guia para a promoção da saúde, bem como para cuidar na doença (Henderson, 2007).

Quando um doente se encontra em estado crítico, tal como o PDO, praticamente todas as suas necessidades humanas fundamentais se encontram afetadas e cabe ao enfermeiro prestar cuidados de saúde na sua totalidade (Henderson, 2007). Para



Henderson, a função do enfermeiro é a de ajudar o doente no desempenho das suas atividades, tornando-se o mais independente possível, contribuindo para a sua saúde ou recuperação (ou para uma morte serena) (Henderson, 2007). Embora seja claro, que no caso de um PDO em MC este já não retome a sua independência, os enfermeiros que cuidam destes doentes e que utilizam o referencial teórico de Virginia Henderson, são a voz do doente e substituem-no na realização das suas necessidades humanas fundamentais, neste caso com fim último de transferir o dom da vida, para outro ser humano, que aguarda uma transplantação (Nicely & DeLario, 2011).

A metodologia deste trabalho, assenta na elaboração de um relatório que após uma breve RL sobre o tema em questão, espelha o percurso realizado nos diferentes contextos da prática e demonstra o desenvolvimento de competências ao longo dos meses.

Quanto à estrutura, este relatório respeita as normas do guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (Godinho, 2017), desenvolvendo-se ao longo de três capítulos. Na Introdução é contextualizado o tema, a pertinência, são identificados os objetivos e a estrutura do trabalho. Num segundo capítulo, realiza-se um enquadramento temático sobre o âmbito deste relatório. O terceiro capítulo, descreve de forma reflexiva o desenvolvimento de competências, através da reflexão de atividades desenvolvidas e resultados alcançados, assim como a participação em eventos científicos. Por último as considerações finais, rematam o percurso efetuado, expondo algumas implicações práticas e limitações.



# 1. REVISÃO DA LITERATURA

No presente capítulo, realiza-se um enquadramento temático sobre o cuidar da PSC, no âmbito do tratamento ativo ao PDO. De forma a abordar o problema em estudo, este foi alvo de uma RL, determinando o atual estado da arte, onde se definem alguns conceitos importantes e intervenções especializadas de enfermagem. Este capítulo torna-se assim como fio condutor para o entendimento, do desenvolvimento de competências ao longo do meu percurso de estágio.

## 1.1. Estado da Arte

De forma a enriquecer o meu percurso académico, foi essencial a realização de uma pesquisa bibliográfica alargada e credível na área de estudo a que me proponho, servindo de base ao meu quotidiano de estágio. A pesquisa efetuada, orientou-me para uma prática e questionamento reflexivos, ao meu desenvolvimento profissional, sendo também a base para a realização deste relatório.

Com base no protocolo efetuado na fase de projeto deste percurso, foi realizada uma RL visando identificar intervenções especializadas de enfermagem, no âmbito do tratamento ativo ao PDO em MC, em contexto de UCI e SUP.

Através da pesquisa na melhor evidência existente para o tema, procurei ao longo do estágio integrar essa mesma evidência com os dados clínicos e preferências dos doentes, na tomada de decisão e prestação de cuidados ao doente e seus familiares (Mendes, et al., 2008). A Prática Baseada na Evidência (PBE), diz-nos que devemos utilizar os resultados obtidos através da pesquisa, para uma prestação de cuidados, cada vez mais centrados no doente e no melhor que existe para lhes oferecer (Mendes, et al., 2008).

Tal como já referido, procurou-se definir um tema que se prendesse com o meu interesse pessoal e que ao mesmo tempo fosse de encontro com a minha prática profissional. A metodologia utilizada para a realização do projeto de estágio, partiu das palavras-chave: “Dador de órgãos”, “Morte Cerebral” e “Intervenções de Enfermagem”, através de pesquisa de trabalhos publicados, literatura cinzenta e artigos em

bases de dados *MEDLINE with Full Text*, *CINAHL Plus with Full Text* e *COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS*.

Tornando a pesquisa mais credível e mais direcionada aos meus objetivos foi necessário para além das palavras-chave utilizadas, introduzir mais termos de pesquisa em linguagem natural para a identificação de descritores específicos de cada uma das bases de dados. A pesquisa na Base de dados ***MEDLINE with Full Text***, seguiu a seguinte estratégia: [*Tissue Donor OR Organ transplantation OR Tissue and Organ Procurement OR Multiple Organ Failure OR Transplantation*] AND [*Critical Care OR Critical Care Nursing OR Patient Care Management*] AND [*Brain Death*], conseguindo um resultado de sete artigos. Na base de dados ***CINAHL Plus with Full Text***, foram utilizados os mesmos termos de pesquisa, alterando apenas os descritores utilizados por esta base de dados. A estratégia utilizada foi a seguinte: [*Transplant Donors OR Organ Transplantation OR Organ Procurement OR Multiple Organ Dysfunctional Syndrome OR Transplantation*] AND [*Critical Care OR Critical Care Nursing OR Patient Care Management*] AND [*Brain Death*], com o resultado de três artigos. Na base de dados ***COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS***, foi utilizada a seguinte estratégia de pesquisa: [*Tissue Donors OR Organ Transplantation OR Multiple Organ Failure OR Transplantation*] AND [*Brain Death*] AND [*Critical Care OR Care Nursing OR Care Mangement*], tendo obtido um artigo para análise.

Ao número de resultados obtidos em cada uma das bases de dados, já estão aplicados os critérios de inclusão e exclusão de acordo com as orientações *Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs Institute, 2014). Os critérios de inclusão tiveram em conta os participantes, doentes críticos com idade igual ou superior a 18 anos, uma vez que foi de meu interesse estudar apenas a população adulta, estudos que refiram a importância de uma atempada identificação e tratamento ativo ao PDO, pretendeu-se obter documentos que incluíssem como resultados a identificação precoce e o tratamento ativo do PDO em MC e foram considerados todos os tipos de documentos publicados ou não publicados a que se teve acesso, de forma a obter a melhor evidência disponível da área em estudo. Como critérios de exclusão, foram excluídos todos os artigos publicados antes do ano de 2009, este limite temporal foi alargado ao inicialmente previsto, de forma a garantir um maior número de trabalhos

publicados dentro dos critérios pré-estabelecidos. Dois dos artigos obtidos na base de dados **MEDLINE with Full Text**, não foram incluídos para análise neste relatório, uma vez não ter acesso disponível aos mesmos.

Após a leitura integral e análise dos artigos obtidos e caracterização dos mesmos (Apêndice I), nas bases de dados, estes são unânimes no facto de a escassez de órgãos para transplante ser ainda o principal fator de aumento das listas de espera, tornando-se num grave problema de saúde pública (Franke et al., 2012). Assim sendo, a manutenção adequada do PDO cadáver é essencial para aumentar a oferta de órgãos e otimizar o sucesso na transplantação. Genericamente deve-se manter uma adequada pressão de perfusão, evitar a sobrecarga de fluídos, manter uma ventilação adequada e manter suporte hormonal e metabólico dentro de parâmetros adequados, uma vez que uma adequada manutenção do PDO, depois do diagnóstico de MC, melhora não só o número mas também a qualidade dos órgãos transplantados (Franke et al., 2012; Frontera & Kalb, 2010; Youn & Greer, 2014).

## **1.2. Contextualização Histórica**

O transplante de órgãos humanos remonta ao início do século XX, desde então com o avanço científico e tecnológico, o transplante de tecidos, células e órgãos tem-se tornado uma prática global com vista à melhoria e duração da qualidade de vida de milhares pessoas (Organización Mundial de la Salud, 2008). Importa recuar no tempo e contextualizar a realidade da transplantação vivida hoje em dia. Dois irmãos gémeos médicos, santos Cosme e Damião, realizaram o primeiro transplante de um cadáver etíope onde transplantaram a sua perna num sacristão que a terá perdido num acidente (Chaul, 2015). Mais tarde, no ano de 1954, realizou-se o primeiro transplante com êxito em *Peter Ben Brigham Hospital Boston*, pelos médicos Murray, Merrill e Harrison, que transplantaram um rim de dador vivo no seu irmão (Rochera, 1991). Antes desta data, as inúmeras tentativas que se fizeram na história da transplantação, não passaram de efémeros sucessos.

Em Portugal a história da transplantação, encontra-se ligada ao nome do Professor Linhares Furtado. Em 1969, realizou-se a primeira transplantação renal com rim de dador vivo. O “sonho” do Professor Linhares Furtado tinha-se tornado realidade.

Mais tarde no ano de 1980, nos Hospitais da Universidade de Coimbra realizou-se, a primeira colheita renal de cadáver e no dia seguinte a primeira transplantação renal de cadáver bem-sucedida (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Desde os anos de 1950 que a área da transplantação tem vindo a evoluir de um procedimento com elevado risco de morte, realizado apenas em doentes com insuficiência renal crónica, evoluindo para intervenções terapêuticas eficazes e com sucesso, utilizadas em doenças terminais de outros órgãos sólidos, tais como coração, fígado, pulmões, entre outros (Freire et al., 2015). Os profissionais de saúde devem estar aptos, não só na identificação, mas também na manutenção de um PDO em MC, tal como afirma Urden, Stacy, & Lough (2008), o campo da transplantação é altamente especializado e requer equipas experientes, incluindo os enfermeiros, para que os resultados sejam bem-sucedidos. Sabendo-se que a principal fonte de órgãos é o dador cadáver em MC, o caminho mais promissor para aumentar a oferta de órgãos, passa principalmente pela sua otimização, podendo oferecer oito órgãos simultaneamente, para além de córneas, ossos e pele (Rech & Filho, 2007), assim sendo, a identificação precoce e a notificação são fulcrais na gestão do processo de doação e transplantação (Youn & Greer, 2014).

A transplantação é hoje em dia uma alternativa terapêutica, com vista à melhoria da qualidade de vida. Esta mudança de paradigma da transplantação, bem como os avanços científicos nesta área, e as extensas listas de espera para transplante ultrapassam em muito o número de órgãos disponíveis, tornando-se assim num grave problema de saúde pública (Franke et al., 2012). Como forma de tentar minimizar as listas de espera existentes, e consequentemente contribuir para a melhoria da saúde pública, médicos e enfermeiros ocupam uma posição privilegiada para a identificação precoce e manutenção adequada do PDO em MC (Franke et al., 2012).

Em Portugal, a regulação de doação e transplantação de órgãos e tecidos é da responsabilidade do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), resultante da fusão da Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação, com os Centros de Histocompatibilidade existentes (Decreto-Lei n.º 39/2012 de 16 de Fevereiro, 2012). Em termos legais, a publicação da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril, posteriormente republicada pela Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho, veio regular a colheita e transplantação de órgãos e tecidos de origem humana (Lei n.º 22/2007 de

29 de Junho, 2007). No entanto, a lei da transplantação ficou dependente da publicação dos critérios para a verificação de morte cerebral - artigo 12.º, bem como da entrada em funcionamento do Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) - artigo 11.º. Para completar a Lei n.º 12/93 de 22 de Abril, é publicada a Declaração da Ordem dos Médicos, sobre os critérios de MC (Despacho Normativo n.º 712/94, 1994) e o Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro de 1994, que regula a organização e funcionamento do RENDDA (Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro, 1994).

De forma a garantir a qualidade e segurança dos órgãos de origem humana destinados a transplantação é criado no ano 2013 a Lei n.º 36/2013 de 12 de Junho, onde são estabelecidas normas que asseguram um elevado nível de proteção da saúde humana. Posteriormente, no mesmo ano por Presidência do Conselho de Ministros n.º 101/2013, é colocado em prática o III Plano de Prevenção e Combate ao Tráfico de Seres Humanos 2014-2017 (III PNPCTSH), enquadrando-se no compromisso assumido por Portugal, concretamente no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), com vista a reforçar os mecanismos de referenciação e proteção das vítimas, articulação e cooperação entre as entidades públicas e as organizações da sociedade civil envolvidas e adaptação de resposta nacional às novas formas de tráfico e de recrutamento (Resolução do Conselho de Ministros n.º 101/2013, 2013). Este Plano tem como objetivo a defesa dos direitos humanos, uma vez que segundo dados ONU, o tráfico de seres humanos movimenta todos os anos cerca de 24 mil milhões de euros e vítima mais de 2,4 milhões de pessoas por ano (Resolução do Conselho de Ministros n.º 101/2013, 2013). No presente ano 2017, é publicado o Protocolo adicional à convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina, relativo à transplantação de órgãos e tecidos e origem humana, considerando que o progresso da ciência médica em particular no campo da transplantação de órgãos e tecidos, é conduzida com o objetivo de salvar e melhorar a qualidade de vida, considerando os aspetos éticos inerentes à transplantação de forma a salvaguardar a dignidade quer do potencial dador quer do recetor (Diário da República, 2017).

Segundo a legislação Portuguesa, no que respeita à colheita de órgãos e tecidos em dadores cadáveres, é estabelecido a todos os cidadãos um consentimento presumido, isto é, todos os cidadãos a partir do momento em que nascem, adquirem o esta-

tuto de dador, caso não o pretendam ser, devem por iniciativa própria ou através de alguém de direito que o represente, subscrever a sua vontade num Centro de Saúde em impresso próprio no RENNDA (Ministério da Saúde, 2016). Perante um candidato a possível dador de órgãos em MC, é obrigatório a consulta no RENNDA por parte dos estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, antes de se proceder à colheita *post mortem* (Monteiro et al., 2013).

Segundo a *World Health Organization* (2007), um dador cadáver pode ser classificado em dois tipos. Dador em MC e dador de Coração Parado, incidindo este relatório apenas no dador em MC. Em Portugal, desde 1993 que estão fixados os critérios e regras de semiologia médico-legal para a verificação de MC, publicadas em Diário da Republica, 1.<sup>a</sup> série-B, n.º 235, de 11 de outubro de 1994, sendo apenas possível a colheita em dadores em MC. Contudo o número de órgãos colhidos em doentes em MC é insuficiente para responder às necessidades dos candidatos a transplante, pelo que alguns países da Europa, América do Norte e Oceânia tenham recuperado a possibilidade de colheita de órgãos em doentes vítimas de paragem cardiocirculatória. Em Portugal previsto no Despacho n.º 14341/2013 de 6 de Novembro, é possível a colheita de órgãos de dadores em paragem cardiocirculatória para transplante apenas na Categoria II de Maastricht.

Por incidir o meu estudo apenas no PDO em MC, torna-se importante clarificar o conceito de MC, sendo este, definido como a cessação irreversível da função do tronco cerebral e caracterizada pela ausência de atividade cerebral, embora a atividade cardiorrespiratória possa ser mantida artificialmente por algum tempo (World Health Organization, 2009). Estando estes critérios definidos na legislação Portuguesa, publicados no Despacho Normativo n.º 712/94 (1994), referindo-se à MC como a cessação das funções do tronco cerebral e a sua irreversibilidade. Para o seu diagnóstico é necessário verificar as seguintes condições:

1. *Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;*
2. *Estado de coma com ausência de resposta motoro à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;*
3. *Ausência de respiração espontânea;*
4. *Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso cen-*



*tral e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores*

(Despacho Normativo n.º 712/94, 1994).

A morte cerebral é um processo complexo, que em curto espaço de tempo, leva inevitavelmente a alterações fisiológicas de vários sistemas orgânicos, pela alteração bioquímica e celular, repercutindo-se na qualidade dos órgãos transplantados (Guetti & Marques, 2008). O enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos anátomo-fisiológicos de forma a garantir uma correta perfusão e oxigenação dos órgãos, garantindo a sua viabilidade até à transplantação. Esta ideia vai de encontro a Miñambres et al (2015), afirmando, que uma correta manutenção do PDO, diminui em 30% a possibilidade de um PDO em MC sofrer uma paragem cardiorrespiratória e em 50% a possibilidade de perder um PDO por incorreto tratamento pelos profissionais de saúde, pelo que devem ser bem treinados e bem formados.

No processo de doação de órgãos, os enfermeiros além de desempenharem um papel fundamental na identificação e tratamento ativo do PDO, devem apoiar/assistir os familiares, demonstrando conhecimentos sobre a gestão de ansiedade e medos vividos pela família do PDO, tal como conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011), podendo ajudar tanto a família a compreender o diagnóstico de morte cerebral, como respondendo a questões e dúvidas que estas apresentem (Urden et al., 2008).

Os cuidados prestados à família do PDO, é talvez, um dos aspetos mais importantes de todo este processo dada a sua proximidade. Cabe ao enfermeiro nos minutos precedentes ao diagnóstico de MC, respeitar a dor da família mas ao mesmo tempo clarificar o tema MC e doação de órgãos (Santos, Moraes, & Massarollo, 2012). A família vivência situações de stress e ameaça pela imprevisibilidade da mudança, perante este contexto o enfermeiro deve entender as mudanças estruturais que a família irá enfrentar, introduzir um novo *feed-back* positivo no sistema familiar, conduzi-la e protegê-la nas mudanças a implementar para que retome tão breve quanto possível um novo nível de estabilidade (Alarcão, 2002).

Ao longo deste percurso a família não foi minimamente descurada, sendo parte integrante do processo de cuidados. Embora não tivesse tido a oportunidade de contactar com familiares de PDO, aproveitei ao máximo todas as oportunidades com familiares de pessoas em situação crítica, recorrendo ao protocolo de seis etapas como instrumento orientador para a comunicação de más notícias (SPIKES).

### **1.3. Questões Éticas e Deontológicas**

A doação voluntária de órgãos, constitui um marco importante da história da transplantação humana com significativo impacto para o êxito e aceitação desta atual terapêutica. Esta prática, tornou-se sem sombra de dúvidas um dos progressos mais notáveis da medicina no século XX, através do qual milhares de vidas por ano são salvas em todo o mundo (Barcelos & Neves, 2009), no entanto, com o avanço da tecnologia na área da saúde, emergem naturalmente dilemas éticos relacionados com a dignidade humana e com os valores da vida (Meneses, 2014).

Segundo a OMS (2008), devido à escassez de órgãos e às grandes listas de espera existentes para transplantação, e ao tráfico de seres humanos que esta problemática acarreta foi necessário, estabelecer critérios clínicos e normas éticas para a regulação do processo de doação e transplantação de órgãos. Perante a existência de um PDO, e dada a atual escassez de órgãos, o tratamento ativo de um PDO através da manutenção de ventilação assistida e outros cuidados ao doente em MC, constitui um paradoxo, na medida em que, em vez de se estar a prolongar a vida, prolonga-se o estado de morte (Cruz, 2003). No entanto, segundo o mesmo autor “o prolongamento artificial da vida biológica, em situações de MC pode ser justificado, quando existe um benefício evidente para outras pessoas, não parecendo colidir com o respeito pelo cadáver ou pelos interesses dos seus familiares” (Cruz, 2003, pág. 56).

Em Portugal, do ponto de vista técnico e científico destaca-se a enunciação do critério de MC e o estabelecimento de normas clínicas e legais, como o acontecimento mais decisivo para o aumento da disponibilização de órgãos para transplante (Barcelos & Neves, 2009). Neste País, aplica-se o regime de “consentimento presumido”, em que todos os cidadãos aqui nascidos são considerados como potenciais

dadores *post mortem*, a não ser que estejam inscritos no RENNDA, seguindo-se assim uma lógica de solidariedade social, tendo todavia a possibilidade de, em vida, se declararem não dadores, ao abrigo do princípio ético da autonomia (Lei n.º 12/93 de 22 de Abril, 1993). Posto isto, todos os indivíduos que não desejarem ser dadores *post mortem* devem manifestar *“total ou parcial indisponibilidade para a dádiva post mortem de certos órgãos ou tecidos ou para a afectação desses órgãos ou tecidos a certos fins é manifestada junto da Ministério da Saúde, através da inscrição no RENNDA (...)”* (Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro, pág. 5781), podendo fazê-lo em impresso próprio num Centro de Saúde.

Os órgãos humanos só podem ser colhidos de um indivíduo, vivo ou falecido. A manipulação dos órgãos, deve ser conduzida de uma forma que evidencie respeito pelos direitos fundamentais e pelo corpo humano (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016). Inerente à doação e transplantação de órgãos, existem os princípios da beneficência e não maleficência, garantindo assim a qualidade e a responsabilidade inerente a todo o processo (Lei n.º 36/2013 de 12 de Junho, 2013). O princípio da Beneficência, (o dever de cuidar ou de fazer bem), significa fazer o bem, o melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial mas também do ponto de vista ético, ou seja, como profissionais de saúde, obriga moralmente a agir para o benefício do outro. O princípio da beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da não-maleficência (o dever de não prejudicar aqueles de quem se cuida), não causando dano intencional e contribuindo assim para o máximo bem-estar dos indivíduos. Estes princípios são indispensáveis, em locais onde se cuida de doentes críticos, abandonados, e que necessitam de cuidados de apoio ou de urgência (Loch, 2002; Thompson et al., 2004).

Outro dos princípios éticos estritamente ligado à doação, é o princípio da confidencialidade e da justiça. Relativamente ao primeiro, é bem explícito na Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho (2007), Artigo 4.º, “salvo o consentimento de quem de direito, é proibido revelar a identidade do dador ou do recetor de órgãos ou tecido”. Por último o princípio da justiça, refere que de forma alguma a dádiva de órgãos tecidos ou células deverá ter um carácter lucrativo sendo esta mesma punida por lei de acordo com a legislação portuguesa, e refere-se ainda à igualdade de todas as pessoas pode-

rem beneficiar de um transplante de órgãos, independentemente da sua vontade expressa ou não no RENNDA (Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho, 2007).

#### **1.4. Tratamento Ativo ao Potencial Dador de órgãos em Morte Cerebral**

A PSC 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”. (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011, p.8656). A maioria dos órgãos transplantados provém de doentes críticos em MC, podendo esta ter origem em várias etiologias (Bugedo et al., 2014). Em Portugal, verifica-se um aumento das causas médicas, Acidente Vascular Cerebral (AVC) Hemorrágico e Isquémico em cerca de 63% dos dadores, seguindo-se de Traumatismos Crânio-encefálicos (TCE) grave, com uma percentagem de 18% (IPST, 2013). Sendo que a maioria destes doentes se encontram internados em UCI, revela-se extremamente importante a sensibilização, formação, e colaboração de todos os profissionais de saúde para detetar um PDO, dado que a escassez de órgãos disponíveis, deve levar a que todos os profissionais se esforcem para aprimorar a deteção precoce de alterações correspondentes à MC e iniciar o mais precocemente o tratamento ativo do PDO, contribuindo ativamente para a diminuição da mortalidade nas filas de espera para transplantação (Jurado, 2015; D’Império, 2007).

Indo ao encontro do referido anteriormente, Benner (2001, p.17), afirma que o enfermeiro deve “manter a vigilância, nos vários momentos, sobre as várias pistas e tornar efetiva a sua deteção e a ligação com outros sinais, podendo revelar e alargar as competências de empenhamento e eficácia clínica”, desta forma, o enfermeiro deve estar capacitado para identificar alterações fisiológicas inerentes às complicações de MC, instituir medidas terapêuticas adequadas e assim otimizar os cuidados ao doente em MC, preservando o maior número de órgãos possíveis, para que este se possa tornar dador efetivo (Guetti & Marques, 2008).

Sabe-se que as necessidades de transplante excedem largamente a disponibilidade de órgãos. No final do ano de 2014, na União Europeia, mais de 70 000 doentes esperavam um transplante de rim, fígado, coração, pulmão, pâncreas e intestino

(Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016). De acordo com vários autores, a correta identificação e manutenção de MC e tratamento ativo ao PDO são fundamentais para diminuir esta desproporção e aumentar a qualidade e efetivação da transplantação no Mundo (Westphal et al., 2011; Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016a).

A 31 de Maio de 2007, a Comissão das Comunidades Europeias, traçou um plano de ação (2009-2015) no domínio da dádiva e transplantação de órgãos, identificando três grandes desafios: aumentar a disponibilidade de órgãos, melhorar a eficiência e acessibilidade dos sistemas de transplantação e melhorar a qualidade e segurança. No que se refere ao primeiro desafio, maximizar as dádivas *post mortem*, tem-se verificado em alguns estados membros o aumento da taxa de disponibilidade de órgãos para transplantação (Comissão das Comunidades Europeias, 2008), devendo-se muito à revisão dos critérios de aceitabilidade de dadores e no desenvolvimento de estratégias para obter mais órgãos, como é o caso do dador em coração parado (D'Império, 2007).

Os dadores cadáveres, sobretudo em MC e com coração funcional (*heart-beating*), são a principal origem de órgãos transplantados. Em Portugal o ano de 2016, tem demonstrado resultados históricos comparativamente com o igual período de há 5 anos (2011 – 2016). Verificou-se um aumento do número de dadores em MC (287 dadores falecidos até Outubro de 2016), correspondendo a mais 16 do que no período homólogo de 2015, maior número de dadores registados desde 2011, maior número de órgãos colhidos desde 2011 e aumento do número de transplantes realizados, para valores superiores aos dos últimos cinco anos (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2016).

A Certificação de MC de acordo com a Ordem dos Médicos “requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade” (Lei n.º 12/93 de 22 de Abril), esta é caracterizada como um processo complexo que altera drasticamente toda a fisiologia e bioquímica celular de todos os sistemas orgânicos, culminando com a herniação cerebral através do forâmen magno. O momento que precede a herniação cerebral é marcado por extremas elevações da pressão intracraniana (PIC), impedindo a circulação arterial cerebral, acompanhada da tríade de

*Cushing*, que representa o esforço final do organismo para a manter a perfusão cerebral adequada (Rech & Filho, 2007).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de assistir a duas provas de MC, a qual mereceu da minha parte a realização de um Jornal de Aprendizagem sobre o tema e estruturado de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Jasper, 2003). Com a realização deste jornal, pude refletir sobre todos os sentimentos que vivenciei no momento e através da reflexão e pesquisa, procurar respostas científicas às minhas dúvidas e inquietações vivenciadas.

O tratamento ativo do PDO deve começar o mais precocemente possível após a certificação de MC. Uma vez instalada, esta torna o PDO num doente crítico e instável. Se o enfermeiro não estiver capacitado para reconhecer sinais de MC, esta poderá desencadear a curto prazo paragem cardiorrespiratória e consequentemente a perda de órgãos ótimos para transplantação, sendo necessário, manter adequadamente uma perfusão e oxigenação para a correta viabilidade dos órgãos a transplantar (Miñambres et al., 2015). Assim sendo, cabe ao enfermeiro, estar desperto para todas as alterações que possam ocorrer, e prestar cuidados especializados que mantenham uma correta manutenção hemodinâmica, manutenção dos eletrólitos, temperatura corporal num intervalo fisiológico (preferencialmente acima dos 34°C), manutenção endócrina, monitorização e correção das principais coagulopatias, ventilação mecânica adequada e manutenção da função renal, não descurando todos os outros cuidados gerais, igualmente importante num doente crítico (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016).

## 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo será descrito e analisado o percurso de desenvolvimento de competências decorridas da prática de cuidados, desde o planeamento até à sua efetivação, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, na área de especialização PSC, no âmbito do tratamento ativo do PDO em MC, conforme cronograma apresentado em Apêndice II.

Ao longo deste capítulo, analisa-se de forma reflexiva a experiência vivida nos vários campos de estágio e de que forma contribuíram para o desenvolvimento de competências na área de doação de órgãos. Para Benner (2001), a teoria guia os enfermeiros e oferece as explicações, no entanto, a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria. O processo de aquisição e desenvolvimento de competências para Benner (2001), não se refere apenas à passagem do tempo, “experiência”, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais. Assim sendo, este relatório pretende descrever todo o trabalho de reflexão realizado ao longo deste percurso, as aprendizagens, os conhecimentos e as competências desenvolvidas e adquiridas. O desenvolvimento e aquisição destas competências e capacidades torna-se essencial na busca pela excelência do exercício profissional, uma busca permanente pelo conhecimento e dissolvida no percurso vivenciado ao longo destes últimos meses. Quero aqui referir que nem sempre é fácil sair da nossa zona de conforto e regressar ao papel de estudante, num ambiente completamente distinto e cheio de novidades, onde o aproveitamento das oportunidades requer uma atitude dinâmica e proactiva, com a finalidade de desenvolver competências especializadas.

Realço ainda, o facto de ao longo de todo o estágio ter presente os princípios éticos da beneficência, não maleficência, da justiça e da autonomia, conduzindo-o com base no código deontológico dos enfermeiros, com busca a uma prestação de cuidados de qualidade, respeitando a dignidade humana e os direitos dos doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

## 2.1. Campos de Estágio Selecionados

O estágio decorreu ao longo do 3º Semestre do 5º CMEPSC, com a duração de 500 horas de prestação de cuidados direcionados à PSC e sempre que possível ao PDO e sua família. Teve o seu início no dia 5 de Outubro de 2015 e culminou no dia 10 de Fevereiro de 2016, como apresentado em cronograma (Apêndice II). Os últimos dias decorreram fora do suposto período de estágio inicialmente proposto pelo plano de estudos, por dificuldades logísticas com a coordenadora do GCCT.

O planeamento do percurso de desenvolvimento de competências, iniciou-se com a elaboração de um Projeto de Estágio, durante o 2º Semestre, na Unidade Curricular Ensino Clínico, com a escolha de uma problemática de meu interesse pessoal/profissional tendo como objetivo geral, capacitar para a realização de uma escolha fundamentada do percurso a desenvolver ao longo deste último semestre. Após esta escolha, mostrou-se importante a realização de uma RL, da qual se obteve contributos importantes para a realização deste relatório, e de onde se foi construindo o caminho para o 3º semestre de forma a alcançar todos os objetivos propostos.

Para dar resposta aos objetivos, foram planeados estágios numa UCI, num SUP e num GCCT, pertencentes a Hospitais da área de Lisboa. Nos primeiros dois contextos, os objetivos centraram-se no desenvolvimento de competências no cuidar da PSC e da PSC no âmbito do tratamento ativo do PDO em MC. No último contexto, o objetivo centrou-se no desenvolvimento de competências de gestão/coordenação, permitindo conhecer o elo de ligação mais importante na atividade de colheita e transplantação de órgãos em Portugal.

Os objetivos para cada contexto de estágio, foram inicialmente delineados e ajustados posteriormente, de acordo com as necessidades sentidas ao longo do estágio (Apêndices III, IV, V). O facto de ter delineado objetivos e os ter discutido, logo de início com o professor e com o orientador de estágio, reajustando-os de acordo com a realidade e com as expectativas enquanto estudante, permitiu uma relação pedagógica de compromisso que favoreceu o processo de desenvolvimento de competências ao longo dos três campos de estágio.



Iniciei o meu percurso de estágios, na UCI do Hospital A, durante 11 semanas, pelo facto de querer aprofundar e desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente neurocrítico. Para a escolha deste local, tive também em conta os relatórios de atividade de Coordenação Nacional de Transplantação - 2013, do IPST, revelando que o Hospital A, apresenta o maior número de doação de órgãos em doador cadáver (IPST, 2013). Esta Unidade é caracterizada pela especificidade dos doentes internados, tendo características que potenciam as melhores oportunidades de aprendizagem e de cuidados altamente diferenciados, na prestação de cuidados à PSC. São maioritariamente doentes vítimas de acidentes de viação com TCE grave, doentes vítimas de AVC e Aneurismas.

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2003, p.6), define as UCI como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgão, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. Assim sendo, as UCI devem-se dotar de profissionais bastante qualificados, treinados e com uma vasta experiência em emergência, detentores de competências e conhecimentos que me proporcionaram momentos de aprendizagem bastante enriquecedores.

Ainda durante este período de tempo que permaneci na UCI, tinha agendado uma ida ao GCCT do Hospital A, por considerar uma mais-valia para o desenvolvimento de competências na coordenação de colheita e transplantação e na gestão de cuidados, permitindo-me assim uma visão alargada de todos os procedimentos a realizar aquando a identificação de um PDO, quer numa UCI quer num SUP. A realização deste estágio, concretizou-se após o término do cronograma de estágio definido pela ESEL para o 5º CMEPSC, de acordo com a disponibilidade do coordenadora do GCCT.

As restantes 5 semanas de estágio, foram desenvolvidas num SUP do Hospital B. A escolha deste local de estágio, tal como o anterior, teve também em conta a casuística e a probabilidade de prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sempre que possível ao PDO e sua família, e tendo também em conta o Relatório de Atividades 2013 – Coordenação Nacional de Transplantação (IPST, 2013).

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014), o SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, o SUP do Hospital B, têm implementado as Vias Verdes: Via Verde AVC, Via Verde AVC Coronária, Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma, o que potencia a probabilidade de prestação de cuidados a doentes com AVC e Trauma/TCE, situações essas que mais evoluem para o diagnóstico de MC.

### 2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio na UCI do Hospital A teve a duração de 11 semanas, entre 5 de Outubro e 20 de Dezembro, tendo como objetivo *major* o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem na área de especialização PSC, no âmbito do tratamento ativo ao PDO em MC em contexto de UCI, em colaboração com a equipa multidisciplinar. No entanto, ciente da especificidade do tema escolhido, o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem em PSC e sua família, foi um dos meus propósitos traçados, podendo posteriormente mobiliza-los para um PDO em MC.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2003), as UCI para além de serem locais altamente qualificados, podem ser classificadas em três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Na UCI, coexistem os três níveis de classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Tendo em conta os objetivos de estágio por mim delineados e em discussão com a Enfermeira Orientadora, ao longo das 11 semanas, procurei prestar cuidados maioritariamente a doentes internados em nível III.

As Unidades de nível III, correspondem aos denominados Serviços de Medicina Intensiva (SMI)/UCI, têm quadro próprio, e equipas dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada e intensivista em presença física 24 horas por dia (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

A UCI do Hospital A, é considerada uma unidade de referência a nível nacional. Para além disso, segundo o Relatório de Atividades – 2013 (IPST, 2013), dos Hospi-

tais pertencentes ao GCCT do Hospital A, este no ano 2013, apresentou o maior número de órgãos em dador cadáver, concomitantemente em entrevista com a Coordenadora do GCCT do Hospital A, no 2º Semestre de 2015 esta Unidade era líder em doentes em MC e dadores de órgãos efetivos.

Esta Unidade tem uma lotação de 22 camas, dividindo-se de acordo com as recomendações da DGS em três níveis de cuidados. 10 camas de nível III, 4 camas de nível II (com capacidade para prestar cuidados de nível III) e 8 camas de nível I.

Numa primeira fase procurei conhecer a dinâmica de organização e funcionamento da UCI, através da consulta de normas e procedimentos do serviço, não só em formato papel como também recorrendo ao apoio da intranet, local onde existem vários documentos disponíveis para consulta.

A realização de uma visita guiada pela Unidade, bem como a prestação de cuidados à pessoa/família em colaboração com a equipa multidisciplinar, permitiu-me compreender melhor a dinâmica do serviço e do trabalho desenvolvido pelos profissionais, potenciando assim a minha integração na equipa e o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, ajustada a cada nível de cuidados e à individualidade da pessoa e situação de saúde/doença vivenciada pela mesma.

Por ser uma UCI específica e de referenciação a nível nacional na área da neurocirurgia, este serviço recebe doentes de todos os pontos do País, podendo ainda serem provenientes do SUP, das Enfermarias por agravamento do estado neurológico, do Bloco Operatório (BO) central, para os níveis I e II, do BO da Neurocirurgia e de outros Hospitais que tenham o Hospital A como referência.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico, de assistir à realização de duas provas de MC e de prestar cuidados a um provável dador, que por impossibilidade de realizar provas semiológicas de MC, esta não se confirmou após a realização de exames imagiológicos.

Para este estágio foram definidos objetivos específicos que se encontram em Apêndice III. Para a concretização destes objetivos, progressivamente fui assumindo a responsabilidade na prestação de cuidados especializados ao doente neurocrítico. Dado que este não era um tema de meu domínio e sendo de imediato uma barreira

para uma prestação de cuidados de qualidade e de excelência, tive a necessidade de pesquisar, estudar sobre o tema e rever a anatomofisiologia do Sistema Nervoso Central (SNC). Para além desta pesquisa, tive a oportunidade de contactar com profissionais de enfermagem peritos em cuidados à PSC e que facilmente conseguiam identificar situações clínicas irreversíveis. Estes, mostraram-se sempre disponíveis para me proporcionarem o maior número de experiências enriquecedoras na área dos cuidados à PSC e sempre que possível em MC.

Durante o período de estágio na UCI, tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes não só exclusivamente neurocirúrgicos, mas também a Politraumatizados, doentes em Choque-Séptico e doentes em Pós-Operatório imediato, vindos do BO central, dado que, atualmente a UCI é uma UCI Polivalente e não apenas especificamente Neurocrítica. As situações clínicas mais comuns de doentes internados na UCI com lesão cerebral primária, foram maioritariamente determinadas por TCE, AVC, Hemorragia Subaracnoídea e Rotura de Aneurisma. Num dos artigos resultantes da RL efetuada, que analisa as causas de MC em quarenta e duas UCI em Espanha, com 42% temos a Hemorragia Intracerebral, TCE com 19% e Hemorragia Subaracnoídea com 14% (Escudero et al., 2015). Independentemente do tipo de patologia, pude constatar que nesta unidade, quase todos estes doentes apresentavam risco de falência respiratória, hemodinâmica e neurológica, deste modo, todos os doentes tinham necessidades de monitorização criteriosa, a nível hemodinâmico, neurológico e de ventilação invasiva, com o objetivo *major* de prevenir a lesão cerebral secundária. Assim sendo, tal como afirma (Henderson, 2007), é esperado que os enfermeiros saibam estimar as necessidades individuais, imediatas e a longo prazo, de cuidados físicos, emocionais e de reeducação.

Os Enfermeiros desta UCI estão bastante treinados para identificar um PDO em MC, a sua identificação é unânime e consensual. Quando uma pessoa é declara em MC o enfermeiro mantém a estabilidade hemodinâmica para garantir a viabilidade dos órgãos, por essa razão é crucial que os enfermeiros saibam reconhecer sinais de MC e que reconheçam as alterações fisiológicas decorrentes da mesma (Peiffer, 2007). Com o passar do tempo, fui ganhando experiência e perícia para verificar a ausência de respiração espontânea, avaliação de SCORE neurológico através da *Glasgow Coma Scale* (GCS) existência de midríase fixa, assim como alterações

hemodinâmicas. Estes três fatores em conjunto, com um conhecimento prévio da causa da alteração neurológica, estabilidade hemodinâmica, ausência de hipotermia, alterações endócrinas e metabólicas, ausência de agentes depressores do SNC ou bloqueadores neuromusculares (BNM), aliam as condições para a realização de provas de MC (Youn & Greer, 2014).

Uma dificuldade que me deparei no início deste estágio, deveu-se com a avaliação neurológica, utilizando a GCS, nomeadamente no parâmetro de avaliação de resposta motora, entre o nível de Flexão e Fuga à Dor. Para colmatar esta dificuldade, recorri a escalas de GCS ilustradas, artigos sobre o tema e vídeos na internet, que me mostrassem mais facilmente a diferença entre estes dois níveis de resposta motora, de forma, a que os cuidados à pessoa fossem o mais rigorosos e credíveis. A avaliação do doente com alteração de consciência é um dos parâmetros da avaliação neurológica e constitui para a enfermagem um ponto de partida para um adequado diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação (Baptista, 2003).

Para que as alterações neurológicas não passassem despercebidas, nos níveis de cuidados II e III, realizam-se no mínimo três avaliações por turno da GCS e avaliação das pupilas em termos de tamanho, simetria e reatividade à luz. Para a avaliação da reatividade das pupilas à luz, tinha-se o cuidado de utilizar uma luz branca apontada à pupila a partir do canto externo do olho e de manter o quarto escuro. O reflexo pupilar à luz depende do funcionamento do nervo ótico e do oculomotor comum, sendo que a técnica de avaliação da resposta pupilar direta, consiste na utilização de uma luz clara de feixe estreito, apontada à pupila a partir do canto externo do olho (Urden et al., 2008) No que se refere à avaliação da GCS, tinha-se o cuidado de realizar a estimulação dolorosa em vários locais e de forma bilateral, tornando assim a avaliação mais credível. A GCS, é o instrumento de avaliação de nível de consciência com mais reconhecimento. Esta escala padronizada baseia-se em três parâmetros de avaliação: abrir os olhos, resposta verbal e resposta motora. A melhor classificação possível na GCS é 15 e a pior é 3 (Urden et al., 2008).

No âmbito da monitorização neurológica, é necessário especificar competências desenvolvidas neste tipo de monitorização, nomeadamente no que diz respeito à PIC e pressão de perfusão cerebral (PPC), que para efeitos clínicos é definida como Pressão sanguínea Arterial Média (PAM) menos a PIC, sendo ótimo uma PPC entre

50 a 150mmHg, para manter um Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC) constante (American College of Surgeons, 2012). Esta foi a primeira vez que contactei com este tipo de monitorização. Segundo o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. Neste tipo de doentes, muitas vezes apenas se prestam cuidados mínimos necessários, para o bem-estar e conforto do doente tentando ao máximo que os valores de PIC se mantenham abaixo de 15mmHg, de forma a prevenir complicações/lesão secundária (Urden et al., 2008).

Na UCI existe um rigoroso e periódico controlo analítico. Foi de meu interesse ao longo do estágio e a todos os doentes a quem prestei cuidados, manter um conhecimento atualizado sobre os resultados dos exames realizados, dado que esta era a forma de manter atualizada qualquer alteração endócrina, metabólica ou presença de substâncias depressoras do SNC ou BNM.

Os doentes críticos internados em UCI necessitam de cuidados de enfermagem altamente qualificados, sendo estes muitas vezes caracterizados por um grande suporte tecnológico, entre eles, os dispositivos de monitorização hemodinâmica, destacando-se os métodos invasivos. O modelo *Technological Competency as Caring Nursing* está muito direcionado para as UCI devido à complexidade de equipamentos disponíveis. No entanto, deve existir harmonia entre o cuidar, a enfermagem e a tecnologia, sendo que a tecnologia pode ser utilizada para conhecer melhor a pessoa como um todo, num dado momento (Locsin, 2005).

A competência tecnológica é uma expressão do cuidar, na medida em que permite conhecer a pessoa como um todo, permite vigiar e documentar cuidados. A informação fornecida pela tecnologia deve ser triada pelo enfermeiro, que tem como foco a pessoa no seu todo e não o equipamento. A interpretação de dados é uma atividade humana, que deve ser desempenhada com *expertise* pelo enfermeiro, não deixando que a tecnologia substitua o cuidar (Locsin, 2005).

A monitorização hemodinâmica dá-nos informação sobre o desempenho cardíaco, a perfusão dos tecidos, o volume sanguíneo, a oxigenação dos tecidos e o tónus vascular (Swearingem & Keen, 2003). Tendo em conta a minha experiência profissional

a monitorização hemodinâmica tanto invasiva como não invasiva, não me trouxe dificuldades na interpretação de valores, uma vez que na minha prática diária é comum um doente crítico necessitar de monitorização invasiva, nomeadamente de traçado Eletrocardiográfico, Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Pressão Arterial (PA), Pressão Venosa Central (PVC) e Saturação de Oxigénio (SatO<sub>2</sub>). Do tipo de monitorização invasiva que tive contacto neste estágio e a qual me era totalmente desconhecida, foi a monitorização PICCO<sub>2</sub> (monitorização contínua do débito cardíaco) e Pressão Intra-abdominal (PIA). Saliento ainda, que o registo de parâmetros vitais eram registados periodicamente de hora a hora, assim como o débito urinário, à exceção da temperatura corporal timpânica que se registava três vezes por turno, e sempre que necessário, assim como a avaliação da glicémia capilar, PVC e PIA.

Os doentes em MC sofrem alterações neurológicas devastadoras, todos os sistemas do organismo se encontram severamente danificados, tornando-se extremamente importante estabelecer e manter a oxigenação adequada (Nicely & DeLario, 2011). O tratamento ativo do PDO exige muito do enfermeiro e é fundamental que este possua uma forte base de conhecimentos teóricos. Para isso, torna-se vital o enfermeiro possuir experiência em PSC, para ter agilidade suficiente para mobilizar conhecimentos e técnicas adequadas, considerar a família no contexto e ser capaz junto da mesma de criar uma relação de ajuda de forma a superar a disfunção familiar e a restaurar o equilíbrio emocional da mesma (Carter & McGoldrick, 2001; Walsh & McGoldrick, 1998; Youn & Greer, 2014).

Para pesquisar a ausência de respiração espontânea os enfermeiros da UCI, aproveitavam o momento em que prestavam cuidados brônquicos e higiene oral com solução antisséptica, diminuindo assim a incidência de Pneumonia Associada à Ventilação (Urden et al., 2008). Nestes momentos os doentes eram retirados momentaneamente do suporte de ventilação mecânica invasiva, para aspiração de secreções brônquicas. Se não apresentassem movimentos torácicos nem reflexos de tosse, poderíamos estar perante um doente com ausência de respiração espontânea. Importa referir que nesta Unidade era realizada uma pré-oxigenação antes da aspiração de secreções brônquicas, uma vez que a aspiração das mesmas pode contribuir para a elevação da PIC. De acordo com Urden et al (2008), a avaliação da fun-

ção respiratória num doente com défice neurológico, inclui a avaliação da manutenção das vias aéreas, controlo de secreções, reflexo de tosse, vômito e de deglutição responsáveis pela proteção das vias aéreas podendo nestes casos, estar ausente ou diminuído.

Com o passar do tempo, a minha intervenção foi sendo otimizada pela conquista de mais autonomia na abordagem ao doente crítico, à medida que o meu processo de integração na equipa foi sendo conseguido. Destaco a confiança que fui ganhando e o reconhecimento da equipa multidisciplinar, que me possibilitou uma maior abertura para o reporte de situações de instabilidade e uma maior autonomia na tomada de decisão. Realço uma situação durante a prestação de cuidados de higiene brônquica/aspiração de secreções, em que consegui detetar num doente a ausência de reflexo faríngeo e da tosse (IX e X pares cranianos), com o conhecimento prévio de um GCS de 3, sob a supervisão da enfermeira orientadora.

Numa UCI, perante este tipo de doentes em situação crítica, há a necessidade de prestar cuidados de enfermagem altamente qualificados, de forma a promover a melhoria clínica do doente, assim como prevenir complicações (lesão secundária). Ao se colocar em prática um adequado tratamento ao PDO, garantimos ao recetor órgãos de qualidade e conseqüentemente menores complicações associadas ao transplante. Para Virginia Henderson, existe uma ligação direta entre os cuidados de enfermagem prestados ao potencial dador de órgãos e ao doente recetor de órgãos (Nicely & DeLario, 2011).

No que diz respeito à gestão e controlo da dor da PSC, este foi também um aspeto que tive em conta ao longo do estágio nesta UCI, dado que uma das competências do EEEPS é a gestão da dor e do bem-estar do doente crítico (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de, 2011). Nesta Unidade está implementada uma adaptação da Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) (Anexo I), sendo esta a primeira a ser concebida e a mais utilizada para avaliar a dor em doentes entubados e ventilados (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013).

A BPS é utilizada para avaliar a dor em doentes sedados e ventilados, consistindo na avaliação de três aspetos: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica. Permite definir a intensidade da dor entre 3 pon-



tos (nenhuma dor) e 12 pontos (a maior intensidade de dor) (Morete, Mofatto, Pereira, Silva, & Odierna, 2014).

A avaliação da dor é uma parte essencial dos cuidados de enfermagem numa UCI (Urden et al., 2008), estes doentes poderão ter dor devido a inúmeros fatores, nomeadamente lesões, cateteres, tudo endotraqueal, sonda nasogástrica, posição no leito, entre outros. O tempo que permaneci na UCI, constatei que existe por parte da equipa de enfermagem um cuidado adicional, pela dificuldade dos doentes em verbalizarem a sua própria dor, minimizando ao máximo o desconforto dos doentes, proporcionando medidas farmacológicas e não farmacológicas, essencialmente antes de procedimentos invasivos, ou mesmo antes dos cuidados de higiene, recorrendo a bólus de analgésico, que nesta UCI em particular quase todos os doentes mantêm em perfusão.

Ao longo do estágio, fui-me familiarizando com a escala BPS, fazendo o registo da pontuação três vezes por turno, de forma a agilizar esta escala como fim e como meio para promover a estabilidade ventilatória e hemodinâmica do doente. Nesta UCI pela especificidades dos doentes, utiliza-se medicação com a qual eu não estava habituada a lidar diariamente, pelo que foi necessário aprofundar conhecimentos sobre a terapêutica mais utilizada, tal como alguns anti hipertensores, anti-epiléticos e aminas simpaticomiméticas, de forma a conseguir gerir protocolos terapêuticos complexos e monitorizar, avaliar e adequar a respostas aos problemas identificados, procurando uma intervenção individualizada e sem erros (Sarroeira, Cerdeira, & Constantino, 2010), indo assim ao encontro das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EEEPSC.

Inicialmente todos os cuidados prestados aos doentes, assim como os registos eram realizados com supervisão clínica. Posteriormente, as competências que fui desenvolvendo, ao longo do estágio permitiu-me prestar cuidados especializados à PSC, ao PDO em MC e assistir a duas provas de MC.

Já referido anteriormente, a identificação de um PDO em MC é consensual e a existência de algumas condições prévias ao seu diagnóstico é fundamental. Assim sendo, estão então reunidos os critérios para a realização de provas de MC. A certificação de morte com base em critérios neurológicos com função cardíaca ativa deve

seguir requisitos legais (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016). De acordo com a Ordem dos Médicos, a verificação de MC requer no mínimo dois conjuntos de provas, com um intervalo de tempo adequado à situação clínica e à idade; realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário; as provas deverão ser realizadas por dois médicos em simultâneo, especialistas em neurologia, neurocirurgia ou com experiência em cuidados intensivos e nenhum deles poderá pertencer à equipa de transplantação, e pelo menos um não deverá pertencer à unidade onde o doente está internado (Despacho Normativo n.º 712/94, 1994).

O Hospital A tem implementado desde 2014 um procedimento Multissectorial - Diagnóstico de Morte Cerebral no Adulto (Anexo II), com o objetivo de descrever o processo para a certificação de morte cerebral em adultos, com idade igual ou superior a 18 anos.

Pude assistir a uma prova de MC e a uma angiografia cerebral computadorizada para confirmação da mesma, por impossibilidade de realizar provas semiológicas de MC por lesão ocular.

A deteção de PDO é o ponto de partida para a transplantação, sendo esta provavelmente a parte mais difícil de todo o processo. Uma das formas, de garantir que não se perdem PD é recorrer a profissionais especificamente treinados (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016a). Como tal, pude verificar através da consulta de normas e procedimentos desta unidade, que existe um procedimento setorial (Anexo III), relativo à referenciação do PDO/Tecidos, com o objetivo de descrever as atividades de enfermagem relacionadas com o processo de identificação/referenciação do PDO em MC e o respetivo contacto com o GCCT.

Para que um doente seja considerado PDO, deverá ter-se em consideração uma série de contraindicações, sendo que atualmente existem poucos critérios de exclusão absoluta para a doação de órgãos. Os critérios de exclusão geral são, segundo a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016a): Rai-va; Tuberculose ativa (exceto em alguns casos de infeção concomitante nos recetores); Doença VIH; Seropositividade VIH; Melanoma maligno, carcinosarcoma e outras

neoplasias malignas; Neoplasia maligna ativa em qualquer localização, exceto em alguns tumores primários, não-metastáticos do SNC, bem como neoplasias de baixo grau, curadas e raramente metastáticas; Infecções sistêmicas graves não-tratadas ou de origem desconhecida; Risco de prião; Hepatite Viral; Uso de vacinas (por exemplo Varicela Zoster) nas 4 semanas antes da morte (ou doação de órgãos em vida).

Relativamente à Hepatite Viral, está descrito que órgãos provenientes de doadores HBsAg ou VHC+, podem ser utilizados para receptores HBsAg ou VHC+, respetivamente (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016).

Ao longo do estágio foi-me proporcionado pelos enfermeiros de colaborar na prestação direta de cuidados à PSC, em diferentes ocasiões e situações. Informei sobre os meus objetivos de estágio, não só à Enfermeira Orientadora, como também aos restantes elementos da equipa, proporcionando-me assim um maior número de situações de prestação de cuidados ao doente crítico, essenciais ao desenvolvimento de competências para uma situação futura de cuidados específicos ao PDO.

O primeiro doente ao qual foi estabelecido o diagnóstico de MC e com o qual tive contacto (embora durante pouco tempo), não me estava atribuído diretamente, no entanto, apercebi-me desta situação e solicitei à enfermeira orientadora para assistir às primeiras provas de MC.

Quando me deparei com esta situação, o material necessário para a realização de provas de MC já tinha sido preparado, assim como também já tinham informado telefonicamente a família do agravamento da situação clínica do doente. Acompanhei a execução das provas de MC, realizadas por um Neurocirurgião e um Intensivista da Unidade (nenhum deles se encontrava envolvido em equipas de transplantação e um deles não pertencia à Unidade onde o doente estava internado), que confirmaram a suspeita prévia de MC. Tentei ao máximo colaborar com a enfermeira responsável pelo doente na prestação de cuidados, mas ao mesmo tempo, senti necessidade de manter algum distanciamento de forma a poder observar todas as alterações que ocorriam, assim como as respostas dadas pelo doente às intervenções que lhe estavam a ser efetuadas. O enfermeiro e médicos presentes, foram bastante disponíveis, o que tornou a experiência mais um oportuno momento de aprendizagem.

A MC é um processo complexo, que altera a fisiologia de todos os sistemas orgânicos, conduzindo à múltipla disfunção de órgãos, repercutindo-se na qualidade do órgão transplantado (D'Império, 2007). Este processo inicia-se com o aumento da PIC, culminando com a herniação transtentorial do tronco cerebral pelo forâmen magno, que bloqueia por completo a via de única saída, elevando a PIC até ao momento que interrompe por completo a circulação arterial cerebral, seguindo-se a MC (D'Império, 2007). O enfermeiro, é habitualmente o primeiro profissional que reconhece sinais de descompensação (ex.: resposta verbal e motora de acordo com a GCS), logo o processo de identificação de PDO, recai maioritariamente sobre uma correta avaliação do enfermeiro (Peiffer, 2007).

Um PDO em MC irá apresentar alterações hemodinâmicas, hidro-eletrolíticas, disfunção endócrina, ausência de respiração espontânea, perda de controlo térmico, alterações imunológicas e coagulopatias (Kotloff et al., 2015). Todas estas modificações implicam diversos desafios aos profissionais de enfermagem, nomeadamente o da manutenção da estabilidade hemodinâmica, requerendo uma monitorização criteriosa e ininterrupta. Para além disso, o momento da declaração de MC é crítico, com alterações drásticas nas prioridades de tratamento. O tratamento voltado para a perfusão cerebral perde o sentido, visto que os objetivos passam a ser a proteção e perfusão dos órgãos (Rech & Filho, 2007).

Na sequência da MC, ocorrem dois momentos cruciais no que se refere à estabilidade hemodinâmica. A fase inicial consiste na libertação de catecolaminas, traduzindo-se clinicamente por uma intensa vasoconstrição, desencadeando hipertensão grave, taquicardia, aumento da resistência vascular periférica e aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio, que leva a situações de isquemia e necrose do miocárdio. Esta “tempestade simpática”, dura aproximadamente 20 a 30 minutos, seguindo-se pela hipotensão (Franke et al., 2012). A segunda fase é caracterizada pela “tempestade adrenérgica”, levando à perda de tónus vascular, diminuição da resistência vascular periférica, diminuição do débito cardíaco, bradicardia, hipotensão e arritmias, provocando assim uma insuficiente perfusão dos órgãos (Franke et al., 2012).

A manutenção da estabilidade hemodinâmica é fundamental para assegurar uma correta viabilidade dos órgãos. A hipertensão é incomum no dador, no entanto é

verificada durante o processo de herniação cerebral, mas por ser de curto espaço de tempo, habitualmente não necessita de ser corrigida, sendo o fármaco de seleção para esta situação o nitroprussiato de sódio. Em contrapartida a hipotensão é uma das complicações mais frequentes na MC, acompanhada de hipovolémia, sendo necessário a sua correção, recorrendo à infusão de grandes volumes de líquidos, evitando soluções de hidroxietilamido (Rech & Filho, 2007). Caso a hipotensão persista é necessário a utilização de inotrópicos e vasopressores para restaurar a perfusão tecidual, com o objetivo de manter a Pressão Arterial Média (PAM)  $\geq 65$ mmHg e uma Pressão Arterial Sistólica (PAS)  $> 90$ mmHg (Franke et al., 2012).

Outras das complicações frequentes decorrente da MC é a diabetes insipida, que ocorre aproximadamente em 80% destes doentes. Esta caracteriza-se por alterações hidra eletrolíticas, podendo levar a disritmias cardíacas e depressão miocárdica, resultante da hipernatrémia (Rech & Filho, 2007). O controlo da temperatura, é também um dos aspeto que o enfermeiro de cuidados intensivos deve estar desperto, quando presta cuidados à PSC, nomeadamente ao PDO, uma vez que a regulação hipotalâmica da temperatura é perdida com a MC. A hipotermia pode induzir a disfunções cardíacas, disritmias, coagulopatias, desvio da curva de dissociação de hemoglobina e diurese induzida pelo frio (Rech & Filho, 2007).

Por todas as alterações decorrentes do processo de MC, os cuidados de enfermagem ao PDO, são cuidados altamente complexos, que exigem do enfermeiro competências para a mobilização de conhecimentos, garantindo uma adequada manutenção do PDO (Casal & Batista, 2014). A família do PDO também era um dos meus objetivos de estágio para o desenvolvimento de competências. Ao longo do estágio, pude constatar a importância do envolvimento da família no processo de cuidar, encarando-a quer como alvo dos cuidados, quer como recurso a mobilizar, no sentido de poder através dela, otimizar os cuidados prestados às pessoas de quem cuidava. Refletirei sobre este momento, num ponto mais à frente no trabalho.

A possibilidade de cuidar de um provável dador surgiu numa fase já avançada do estágio. Finalmente poderia por em prática todas as competências já desenvolvidas até então. Os cuidados prestados a um provável dador, e digo provável porque ainda não tinham sido realizadas as provas de MC, não diferem muito dos cuidados que se prestam aos doentes críticos.

O Senhor FH (Provável Dador), doente não identificado de sexo masculino, deu entrada na UCI vítima de acidente de viação, sendo este o condutor do automóvel ligeiro com encarceramento físico e necessidade de extração rápida por incêndio após despiste a alta velocidade, do qual resultou politrauma com TCE grave, traumatismo torácico com hemopneumotorax à esquerda e contusão pulmonar, fratura dos arcos costais e avulsão completa do olho direito. Na Tomografia Axial Computorizada, revelou solução de continuidade da escama óssea frontal direita e perda de substância encefálica, múltiplas fraturas da calote e base do crânio, cisternas de base apagadas, ausência do 4<sup>o</sup> ventrículo e herniação cerebral. Nesse mesmo dia o doente foi ao BO realizar esquirolecemia parietal direita, com lobectomia parcial frontotemporal homolateral.

À chegada à UCI o Senhor FH, apresentava instabilidade hemodinâmica, com hipotensão marcada (PAM = 44mmHg) e taquicardia (FC = 150bpm). Para se manter uma correta e adequada estabilidade hemodinâmica, que permitisse uma correta perfusão tecidual foi necessário recorrer ao uso de Noradrenalina em doses elevadas e reajustar os valores de acordo com as necessidades para manter uma PAM  $\geq$  70mmHg e uma PAS  $>$  90mmHg. Sendo este facto possível pela adequada e constante vigilância da PA invasiva, através de linha arterial (LA) colocada previamente na artéria radial esquerda no BO.

A MC gera um perfil hemodinâmico próprio com desregulação do sistema cardiovascular, respiratório e do eixo hipotálamo-hipofisário (EHH), provocadas pela supressão gradual da regulação cardiovascular simpática adrenérgica central e da regulação da temperatura pelo hipotálamo. Associa-se ainda a diabetes insípida quando existe cessação das funções EHH (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016). A instabilidade hemodinâmica revela-se como o principal desafio no tratamento do PDO, sendo a hipotensão o problema mais comum destes doentes e consequentemente a diminuição da perfusão dos órgãos provocada pela grave hipovolemia (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016; Kotloff et al., 2015).

Apesar da reposição de fluídos preferencialmente com soluções cristaloides, é frequentemente necessário recorrer ao uso de Noradrenalina, sendo esta a primeira escolha em termos de medicação em casos de MC para se conseguir atingir uma PAM desejada, de forma a estabilizar o sistema circulatório do dador em MC. Em

alternativa poderá utilizar-se também a Vasopressina (1 U em bólus, seguida de 0,5 - 4 U/h, como dose recomendada). Em casos de hipotensão persistente poder-se-á recorrer ao uso de inotrópicos (Dobutamina), em associação com a Adrenalina, em vez da Noradrenalina (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016).

A avaliação da PVC nunca foi descuidada neste doente, avaliando-se em todos os turnos e sempre que necessário, de forma a evitar uma sobrecarga cardíaca. Uma das recomendações no tratamento hemodinâmica do PDO, é a monitorização da PVC, dado que uma infusão inadequada de líquidos pode prejudicar a qualidade de órgãos como o pulmão (Westphal et al., 2011).

Relativamente aos resultados analíticos obtidos, constata-se que o Senhor FH apresentava alterações significativas, nomeadamente hipernatremia e hiperglicémia. Verificou-se ao longo do internamento valores de glicémia na ordem dos 200 – 250mg/dl, sendo que preferencialmente se devem manter abaixo dos 180mg/dl (<10mmol/L), corrigindo-se sempre que necessário os valores com bólus endovenosos (EV) de insulina, impedindo a glicosúria e consequente poliúria. A diabetes insípida, existente em aproximadamente 70% de todos os doentes é provocada pela ausência da hormona antidiurética (HAD) e produzida pelo EHH (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016). Ao 2º dia de internamento foi iniciado furosemina (40mg/50cc a 2,1cc/h), em perfusão, para correção da hipernatremia, recorrendo também a um rigoroso controlo do débito urinário (1-2 ml/Kg/h).

Ao segundo dia de Internamento o Senhor FH, deixou de apresentar um GCS de 7 para um GCS de 3, mantendo o mesmo Score ao 4º dia de internamento sem sedação nem analgesia, apenas com reflexo do traqueal profundo e estímulo respiratório. Relativamente ao exame pupilar, apresentava a pupila esquerda miótica e não reativa e ao 6º dia de internamento, já não evidenciava atividade do tronco, não apresentava reflexo de tosse, nem estímulo respiratório, pelo que se equacionou a realização de provas de MC.

Importa referir que um dos critérios para o diagnóstico de MC é a ausência de respiração espontânea, pelo que todos estes doentes se encontram com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), como forma protetora do pulmão, evitando atelectasias e consequentemente a hipoxia (Setlur, 2015). Os parâmetros ventilatórios do senhor

FH não sofreram muitas alterações ao longo do internamento, estes foram ajustados para que os parâmetros se mantivessem com uma PaCO<sub>2</sub> entre 35 e 45mmHg e uma PaO<sub>2</sub> entre 80 e 100mmHg, pelo que ao 2º dia por desajuste da ventilação foi alterado o FiO<sub>2</sub> de 60% para 100%, mantendo-se com PEEP de 6, Pressão Controlada de 20 e FR de 26 ciclos por minuto. Estes ajustes ventilatórios eram avaliados segundo a monitorização contínua da saturação periférica de oxigénio e interpretação de gasimetrias arteriais.

Relativamente à temperatura corporal, esta não foi descurada uma vez que, após a MC o hipotálamo deixa de exercer a sua função termorreguladora, e consequentemente nestes doentes é instalada a hipotermia. Para que se mantenha uma ótima viabilidade dos órgãos a transplantar é consensual que se mantenha a temperatura > 35°C de forma a evitar coagulopatias. No caso do senhor FH, este manteve-se maioritariamente subfebril, pelo que era realizado arrefecimento natural com sucesso, não sendo necessário recorrer a fármacos antipiréticos.

Relativamente ao senhor FH a impossibilidade de realizar provas semiológicas de MC, não só foi novidade para mim como para toda a equipa médica e de enfermagem, gerando-se uma discussão clínica deste caso, à qual pude estar presente. Foi então decidido por toda a equipa, que devido à avulsão completa do olho direito, seria necessário a realização de angiografia para confirmação diagnóstica de MC. Um dos artigos selecionados, refere que a angiografia, demonstra indiretamente a permeabilidade do fluxo ou do vaso na circulação cerebral, através de um meio de contraste e deve ser utilizada quando não é possível aplicar os critérios clínicos neurológicos sozinhos, ou quando existe trauma de tal forma que impeça a realização de um exame clínico neurológico completo como é no caso do senhor FH (Taylor et al., 2014).

A suspeita de MC não se revelou positiva pelo preenchimento de contraste da artéria cerebral média esquerda e do sistema vertebro-basilar, voltando a repetir angiografia no dia seguinte, onde revelou novamente persistência de circulação intracraniana na artéria cerebral interna esquerda, não se confirmando o diagnóstico de MC, no entanto, comparativamente com o exame no dia anterior, já não se verificava preenchimento da circulação vertebro-basilar.



Apesar de não se ter confirmado o diagnóstico de MC neste senhor e ter falecido posteriormente, prestar cuidados a este doente aproximou-se muito, daquilo que seria exigido na prestação de cuidados a um PDO, uma vez que o objetivo foi manter adequadamente a perfusão de todos os órgãos e tentar restabelecer-lhes equilíbrio funcional. O que diferencia este doente de um PDO é *outcome* que se espera de um de outro, tendo finalidades de tratamento diferentes. Do ponto de vista hemodinâmico foi realizada uma fluidoterapia apropriada, foi recorrido ao uso de aminas vasoativas de forma a manter uma adequada perfusão dos órgãos e não menos importante, a vigilância do Débito Urinário horária, de forma a prevenir complicações como a hipotensão e a diabetes insipida. Além disso realizei uma adequada higiene oral e brônquica e manuseei sempre a via aérea com técnica asséptica, tal como é preconizado em qualquer doente crítico.

De acordo com a OMS um em cada quatro doentes internados numa UCI, tem um risco acrescido de adquirir uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) (Direcção Geral da Saúde, 2007), deste modo cabe aos enfermeiros conhecer e compreender as medidas implementadas e métodos de controlo de infeção. É competência do EEEPSC *“maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas”* (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de, 2011).

No que se refere a este aspeto considero ter desenvolvido uma prestação de cuidados em colaboração com toda a equipa multidisciplinar, baseada em critérios de qualidade e segurança definidos pelo serviço/unidade hospitalar, tendo também em conta a responsabilidade profissional, ética e legal.

Além dos cuidados prestados ao senhor FH, que se podem traduzir a cuidados prestados a qualquer doente crítico, foi tido em atenção, todos os cuidados gerais ao mesmo (elaboração de um plano de cuidados), alternância de decúbitos sempre que possível elevação da cabeceira a 30º, cuidados de higiene, tratamento de feridas, entre outros.

Apesar de todos os esforços realizados, para manter uma adequada perfusão dos órgãos, independentemente dos resultados angiográficos, o Senhor FH ao 9º dia de

internamento, evoluiu para choque, acabando por falecer. Tendo em conta os cuidados prestados ao Senhor FH, pude verificar que o tratamento ativo de um potencial/provável dador é exigente e obriga a uma forte base de conhecimentos teóricos para poder compreender todas as alterações que possam ocorrer, não inviabilizando o processo de transplantação.

Ao longo deste estágio, destaco a reflexão elaborada sob a forma de estudo de caso, onde foi analisado a prestação de cuidados ao Senhor FH e ausência da família neste processo, devido ao facto e este não ser residente em Portugal e ter estado cá de férias, aquando o acidente de viação.

Realço ainda o facto de ter surgido a oportunidade de realizar um turno no BO Neurocirúrgico. Esta necessidade adveio, dado que a maioria dos doentes internados na UCI, nomeadamente no nível I e II, provinham deste BO sendo submetidos a craniotomias. Falei sobre esta necessidade à enfermeira orientadora e juntamente com a enfermeira chefe do BO Neurocirúrgico, surgiu a oportunidade de assistir a uma craniotomia. A permissão para a realização deste turno, para além dos intervenientes já referidos, foi também autorizada pelo Professor Orientador deste Mestrado. A oportunidade de assistir a uma craniotomia, para remoção de meningioma de grandes dimensões, revelou-se uma mais-valia, na medida em que pude acompanhar o doente durante o período intraoperatório e posteriormente, prestar-lhe cuidados na UCI, observando assim de forma positiva a sua evolução, e tornando-me um elemento de referência para aquela pessoa.

Nos dias 9 e 10 de Outubro de 2015, comemorou-se em Lisboa o *European Day For Organ Donation & Transplantation* (EODD), a participação no dia 10 de Outubro nas ações de rua realizadas pela organização, coincidiu com o início do estágio na UCI, o que me fez aguçar ainda mais o gosto e a vontade de desenvolver este tema. O Projeto EODD, ficou concluído em 2011, com o objetivo de desenvolver orientações para a organização de dias Europeus de doação de órgãos e desta forma sensibilizar as pessoas, quanto à doação de órgãos e tecidos e à transplantação na Europa (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016).

Para culminar esta etapa quero referir que, apesar de todos os esforços mantidos ao longo dos dias de internamento do senhor FH, não foi possível reverter o quadro de

choque acabando este por falecer. No entanto, considero ter atingido na totalidade as competências a que me propus ao longo destes meses, já que poderei transportar todos os conhecimentos adquiridos futuramente na prestação a um PDO. Esta foi sem dúvida uma experiência académica que me proporcionou o desenvolvimento de competências no cuidar à PSC, especialmente ao provável/potencial dador de órgãos.

#### 2.1.1.1. A Família do Potencial Dador de Órgãos em Morte Cerebral

Um dos objetivos a que me propus ao longo deste estágio, foi o de estabelecer uma comunicação eficaz com a família/pessoa significativa do PDO. Embora, como já referi anteriormente não ter tido a oportunidade de contactar com a família do senhor FH por este ser imigrante e dado ser a situação mais próxima de cuidados que tive a um PDO, tive a oportunidade de contactar com outros familiares de PSC e tentei ao máximo aproveitar todas as situações de forma a adquirir competências nesta área.

A evidência atual demonstra que a informação sobre o estado clínico dos doentes é a sua maior preocupação, independentemente da sua origem ou cultura (Kynoch, et al., 2014).

As UCI, são muitas vezes um ambiente assustador quer para o paciente quer para os familiares, resultando em sentimentos como o stress, medo, incerteza e depressão (Kynoch et al., 2014). Os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada junto das pessoas, podendo estabelecer uma relação de proximidade e respeito com as famílias em todos os cuidados que prestam e incluí-las nos cuidados quando estas estão por perto, tendo a capacidade de desmistificar todo o ambiente tecnológico e assustador, respondendo assertivamente às necessidades do doente e família/pessoa significativa. Nesta linha de pensamento, os enfermeiros são frequentemente o primeiro contacto que as famílias têm durante o internamento, tanto na UCI como no SUP pelo que se torna crucial, que estes respondam às necessidades da família, de forma a garantir uma prestação de cuidados de excelência.

A dificuldade de comunicação, a incerteza do diagnóstico/prognóstico e o ambiente altamente tecnológico, faz com que muitas vezes as famílias se sintam frágeis, no

ambiente das próprias unidades. Ao enfermeiro especializado compete estar desperto para esta realidade, e tentar diminuir ao máximo, o impacto negativo que a hospitalização pode ter para o núcleo familiar.

Em contexto de degradação do estado neurológico, ou situações com prognóstico muito reservado as informações/esclarecimentos não são dados ao próximo mas na maioria das vezes aos familiares. Recordo uma situação neste estágio, em que tive de comunicar à mãe de uma jovem de 32 anos, submetida a craniotomia por Hematoma Subdural Agudo (HSA), em contexto de cefaleias e convulsão, em GCS = 4 pós craniotomia, tudo o que estava a acontecer com a sua filha. Era a primeira vez que contactava com esta mãe, percebi o desânimo, a tristeza, a confusão e o vazio que trazia no olhar, após me ter apresentado e de ter proporcionado o melhor ambiente possível, referindo que estaria disponível para que colocasse todas as dúvidas que tivesse, percebi que esta senhora era viúva e vivia com esta filha que era a sua única filha. Esclareci à senhora o porquê de ela se encontrar sedada e ventilada, encorajei o contacto físico e verbal com a filha, uma vez que esta demonstrava medo em lhe tocar (dar a mão) e desmistifiquei assuntos relativos ao “coma” sendo este o assunto que mais a preocupava, dando a esta mãe um pouco de paz, conforto e apoio nesta hora que não tinha mais ninguém, sendo assim possível ganhar a sua empatia, gratidão e confiança neste processo. De acordo com, Carter & McGoldrick, (2001); Walsh & McGoldrick, (1998), a perda de um filho persiste ao longo do tempo, podendo mesmo intensificar-se com este, dizendo-se que “quando os (...) filhos morrem, você perde seu futuro” (Walsh & McGoldrick, 1998, p. 63). Não existe forma da família ou o profissional de saúde modificar o momento ou natureza da morte, posição familiar da pessoa que está a morrer ou que se encontra doente, no entanto, todas as intervenções nomeadamente do enfermeiro antes ou depois da morte tem o objetivo de tornar mais lúcido o sistema emocional familiar, prevenindo sintomatologia e disfunção familiar durante a doença ou depois da morte (Carter & McGoldrick, 2001; Walsh & McGoldrick, 1998).

Um dos motivos que mais me pude aperceber nesta unidade, não pelo facto de vivenciar diretamente mas pelo relato e experiências dos enfermeiros desta unidade é o facto, da não-aceitação/compreensão dos familiares ao diagnóstico de MC, pelo facto de este apresentar FC, movimentos respiratórios e uma temperatura corporal

agradável. A família não vê nem percebe o familiar como morto e crê na irreversibilidade do quando clínico. A morte deve ser anunciada em linguagem clara e não técnica, as famílias devem ser preparadas para a notícia e as explicações podem ter de se repetir várias vezes, muito mais numa morte cerebral e inesperada em que existe ainda muitos mitos em torno da mesma (Youn & Greer, 2014b; Santos & Massarollo, 2005).

Os enfermeiros desta unidade estão familiarizados e habituados a comunicar “más notícias” aos familiares, agilizando-a com alguma perícia, sendo esta unidade extremamente rica para o desenvolvimento desta competência. Para mim, para além de não me encontrar na minha zona de conforto, foi uma das maiores dificuldades vivenciadas ao longo deste estágio. Apesar de esta não ser uma situação nova percebi que esta competência ainda se encontrava pouco desenvolvido, terminando assim este estágio com o sentimento de um enorme crescimento pessoal e profissional atingindo o objetivo inicial a que me propus.

### 2.1.2. Serviço de Urgência Polivalente

O estágio no Serviço de Urgência Polivalente, do Hospital B, teve a duração de 6 semanas, entre 5 de Janeiro e 7 de Fevereiro, tendo como objetivo *major*, desenvolver competências especializadas em enfermagem na área de especialização PSC, no âmbito do tratamento ativo do PDO, em contexto de urgência e emergência.

O Serviço de Urgência (SUP) é habitualmente a porta de entrada da pessoa e família no hospital, sendo portanto, na maioria das vezes a primeira abordagem à PSC com alterações neurológicas e vítimas de traumas graves, bem como a sua avaliação e estabilização. Nos SUP, os enfermeiros prestam cuidados a milhares de pessoas por ano, 24 sobre 24 horas, sem interrupções. Este é considerado o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência (Despacho n.º 10319/2014), caracterizando-se por um serviço multidisciplinar e multiprofissional que tem como objetivo “o tratamento das ocorrências de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, (...) em que existe (...) o compromisso de uma ou mais dessas funções” (Ponce & Teixeira, 2006).

O doente ao dar entrada no SU tem de passar obrigatoriamente por uma triagem, triagem essa que reside numa avaliação inicial realizada pelo enfermeiro, tendo este de tomar decisões rápidas e importantes para encaminhar o doente para os diferentes níveis de cuidados de acordo com a necessidade avaliada (Oliveira & Oliveira, 2015).

Neste SU é utilizado o Sistema de Triagem de *Manchester*, criado em Inglaterra, que determina o nível de urgência de cada doente. O enfermeiro seleciona um fluxograma mais adequado à sua principal queixa, história clínica, sinais e sintomas apresentados, é encontrado um descritor pelo sistema, e o doente é classificado numa das cinco categorias: Emergente (vermelho), avaliação imediata; Muito Urgente (laranja), avaliação em até 10 minutos; Urgente (amarelo), avaliação em até 60 minutos; Pouco Urgente (verde), 2 horas; e, Não Urgente (azul), até 4 horas. Este sistema de triagem permite que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada e com a maior brevidade possível (Amthauer & Luzia, 2016; Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro, 2015).

Neste SUP surgiu uma vasta diversidade de situações de cuidados, proporcionando assim uma aprendizagem contínua e bastante abrangente. Este serviço demonstrou-se não só abrangente nas situações clínicas, como também se trata de um serviço extremamente dinâmico, com vários setores e funções bastante precisas, como são o posto de triagem (triagem de *Manchester*), duas salas de reanimação, com capacidade para três macas, Serviço de Observação (SO), com capacidade para 16 camas todas elas com monitorização, balcões médico-cirúrgicos, gabinetes para atendimento de ambulatório, sala de aerossóis, duas salas de pequena cirurgia, salas de urgência de otorrinolaringologia, oftalmologia e psiquiatria. Possui ainda um laboratório de colheitas, assegurado por técnicos de análises clínicas, um gabinete para assistente social e uma sala de comunicação de “más notícias”, utilizada por médicos e enfermeiros.

De acordo com os objetivos de estágio estabelecidos e em concordância com a enfermeira orientadora, apesar de ter tido a oportunidade de estar em todos os setores, intervi maioritariamente em contexto de sala de reanimação, dado ser o local privilegiado para cuidar da PSC e onde os cuidados de enfermagem se pretendem mais especializados, para o desenvolvimento de competências nesta área.

Como já referido anteriormente, o setor fundamental da minha intervenção foi a sala de reanimação, onde a diversidade de situações, proporcionou um leque de variadas oportunidades de crescimento pessoal e profissional, demonstrando capacidade para reagir em situações complexas e imprevistas.

No âmbito deste estágio, na sala de reanimação existiu a oportunidade de prestar cuidados a inúmeros doentes críticos, tanto vítimas de doença súbita como de trauma grave, prestar cuidados em situação de emergência multi-vítimas, a um PDO, assistir a provas de MC, acompanhar um dador de órgãos ao BO e ainda prestar cuidados a doentes vítimas de AVC's Hemorrágicos e a um doente vítima de Hemorragia Intracerebral que levou a MC.

Na prestação desses mesmos cuidados seguiu-se uma abordagem ABCDE, tal como é defendida por vários autores (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2011); (Conselho Português de Ressuscitação, 2010); (American College of Surgeons, 2012); (Society of Trauma Nurses, 2013). Depois de estabilizado, o doente crítico deverá ser encaminhado para o local mais apropriado ao nível de cuidados que necessita. Neste caso específico deste SUP, os doentes permaneciam na sala de reanimação até estarem completamente estabilizados e posteriormente, encaminhados ou para o SO da urgência ou para uma UCI nível III ou nível II, dependendo dos cuidados e vigilância exigidos.

Tal como referido anteriormente, neste estágio foi possível a consolidação de conhecimentos e habilidades, relacionadas com o cuidar da PSC em situações de urgência e emergência. Realço a realização de turnos na sala de tratamentos (sala dos amarelos), onde o volume de trabalho e doentes me obrigou a gerir recursos, tempo e prioridades, tendo em conta a gravidade dos doentes. A realização de turnos, maioritariamente efetuados nas salas de reanimação, exigiu de mim a mobilização de conhecimentos de SAV (Anexo V) (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2011); ATLS/ATCN (Anexo VI) (American College of Surgeons, 2012; Society of Trauma Nurses, 2013), para uma correta abordagem ao doente crítico e uma prestação de cuidados próximos da excelência.

Sendo a gestão de cuidados uma área de extrema importância para os enfermeiros, é necessário que o enfermeiro especialista consiga gerir os cuidados em situações

de emergência e catástrofe. O facto de ter estado presente numa situação de prestação de cuidados multi-vítimas, em que as necessidades excedem os recursos, especificamente cinco feridos graves ao mesmo tempo com as mesmas necessidades, para duas salas de reanimação e dois enfermeiros, permitiu-me constatar a importância do conhecimento da equipa, nomeadamente os pontos fortes e fracos de cada elemento, enquanto requisito base para uma tomada de decisão do *team leader*, podendo rapidamente redistribuir os recursos humanos, eficazmente pelos diferentes setores da urgência, de forma a ajustar as funções e as capacidades dos seus elementos, rentabilizando o tempo e gerir de forma rápida e eficaz as situações.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a um doente vítima AVC Hemorrágico, transferido de um outro hospital, para ser estudado no hospital B. O Senhor AB, tinha recorrido ao SU por quadro de cefaleia que não cedia no domicílio ao paracetamol, cedendo posteriormente já no SU de um outro hospital ao metimizol magnésico 2gr EV. Por volta das 6h50, apresentou quadro sugestivo de crise epilética, acompanhada por pico hipertensivo, foi realizada uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) que revelou extenso hematoma temporal e occipital com attingimento do mesencéfalo e desvio das estruturas da linha média. O senhor AB apresentava como Antecedentes Pessoais conhecidos, Hipertensão Arterial e Hipertrofia Benigna da Próstata. Por volta das 9h50 deu entrada na sala de reanimação do SUP do Hospital B, com GCS de 3, pupilas midriáticas e fixas, sem reflexo faríngeo e hipotensão marcada (63/35mmHg). Foi entubado orotraquealmente sem recurso a sedação e colocado cateter venoso central para se dar início a Noradrenalina. Perante esta situação, todas as medidas foram direcionadas para se tentar manter uma correta e adequada manutenção e perfusão dos órgãos, situação essa que se abortou após algumas horas, pelo facto de o senhor AB apresentar anemia microcítica e história de sub-oclusão não esclarecida, suspeitando-se da existência de patologia neoplásica.

Esta foi para mim uma situação um pouco difícil, merecendo da minha parte uma profunda reflexão, sobre a prioridade de cuidados, pois se agora podemos estar a lutar e a dar o nosso melhor para que o doente recupere, no momento seguinte, estamos a cuidar dele sob o ponto de vista de se poder tornar um PDO. Tal como



afirma Virgínia Henderson (2006) “os enfermeiros devem ser capazes de avaliar as necessidades da pessoa, bem como as condições e as doenças que as alteram”.

Considero que, o facto de saber que tudo foi feito inicialmente para uma recuperação efetiva daquele doente, e no minuto seguinte já se poderia tornar na esperança de outras vidas, conforta-me e leva-me a empenhar todo o meu saber e perícia na manutenção das funções vitais, não esquecendo a promoção do conforto e bem-estar em fim de vida. De acordo com Virgínia Henderson, as intervenções de enfermagem podem afetar a viabilidade dos órgãos a transplantar, como tal, os cuidados de enfermagem aplicados ao PDO são primordiais para assegurar uma ótima perfusão dos órgãos a transplantar (Nicely & DeLario, 2011). A teoria de Virgínia Henderson, permite ainda atribuir significado ao tratamento ativo do PDO, considerando a doação um presente, transferindo o dom da vida, para outro ser humano, que aguarda uma transplantação (Nicely & DeLario, 2011).

Recordo-me ainda, relativamente a esta situação de cuidados a angústia da família e as questões que colocavam a todos os profissionais de saúde, se o seu familiar iria recuperar deste processo de doença. A abordagem à família, nestas situações, e mais especificamente em situações de doença súbita, foi para mim a situação mais complexa do estágio.

Durante este período tive a oportunidade de presenciar a comunicação de uma má notícia aos familiares de um doente, como já referi anteriormente, sobre a sua situação irreversível de MC. Esta notícia foi comunicada pela médica, junto à maca do senhor AB, na sala de reanimação, e sem a intervenção da enfermeira responsável pelo doente.

Comunicar à família a morte de um familiar, constitui-se como uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde têm de enfrentar, mais ainda quando nos referimos à MC, pois esta morte acarreta uma sobrecarga de sentimentos e comportamentos, que envolvem a compreensão de um conceito de morte bastante recente e nem sempre compreendido (Santos, et al., 2012).

De forma a colmatar a dificuldade em comunicar com a família do doente crítico, recorri à mobilização de documentos fornecidos no 1º semestre deste curso de mestrado, tais como ao protocolo de SPIKES (Protocolo de seis etapas para transmitir

más notícias). Apesar de este protocolo estar mais direcionado para doentes oncológicos, surge também como orientador para a comunicação de más notícias podendo o mesmo ser aplicado quer em contexto de Urgência quer em contexto de UCI dirigindo-o à família/pessoa significativa, seguindo-se na mesma as seis etapas que este recomenda.

**Quadro 1.** As seis Etapas de SPIKES

<i>Setting Up the Interview</i>	Início (Privacidade, contacto visual, tempo necessário)
<i>Perception</i>	Perceções (O que a pessoa sabe, corrigir informação errada)
<i>Invitation</i>	Informação (Dar a informação, notificar a morte)
<i>Knowledge</i>	Conhecimento (confirmar a compreensão, evitar confronto excessivo)
<i>Emotions</i>	Emoções (Permitir e validar a resposta emocional; empatia)
<i>Strategy and Summary</i>	<i>Coping</i> (Estabilizar e formular estratégias de coping juntamente com o familiar)

(Fonte - Adaptado de Baile et al., 1998)

A forma como a família do senhor AB foi informada, não respeita em nada o protocolo de SPIKES, estes não foram encaminhados para um local privado (recurso esse que existe no SUP), a família não foi questionada relativamente ao conhecimento que tinham sobre o que estava a acontecer com o senhor AB, nem tão pouco foram promovidas estratégias de *coping* junto dos familiares. A abordagem aos familiares deve ser feita de uma forma delicada, pois compete ao enfermeiro especializado, estar desperto para as necessidades da família e apoiá-la no seu processo de luto. Apesar de em Portugal não ser obrigatório informar a família acerca da doação de órgãos, esse tema é uma aspeto que deve ser abordado, de forma calma, serena e

mostrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, dúvidas essas que aumentam quando se fala num familiar em MC.

Durante este estágio, tive ainda a oportunidade de assistir a uma colheita multiorgânica, autorizada quer pelo coordenador hospitalar quer pela equipa de colheitas. Durante a colheita de órgãos, vivi de perto toda a logística envolvida neste processo, assim como todo o trabalho de coordenação que o mesmo envolve, ficando-me bastante clara a importância de um período de estágio no GCCT.

Foram também aprofundados conhecimentos acerca da aplicação dos circuitos e procedimentos inerentes às vias verdes (VV), trauma, coronária, sépsis e AVC. As VV, nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar sistemas de resposta rápida, baseia-se em algoritmos clínicos em que o tempo entre o processo patológico e medida em tomar atitudes clínicas, é absolutamente determinante no resultado terapêutico (Paiva et al., 2012). A abordagem à PSC na sala de reanimação, requer perspicácia, rapidez e capacidade de priorizar intervenções, de acordo com uma correta avaliação. O método de avaliação primária e secundária, através da abordagem ABCDE, possibilita o desenvolvimento de intervenções organizadas, detetando possíveis lesões e/ou focos de instabilidade, que podem colocar a vida da pessoa em perigo eminente, detetando e antecipando as situações limite.

A realização de reflexões diárias, acerca dos cuidados prestados e através de observações, nomeadamente em situações mais complexas e fora da minha zona de conforto, possibilitaram o estudo mais aprofundado, sobre cada situação vivenciada, ressaltando as intervenções de enfermagem preponderantes no âmbito dos cuidados ao PDO em MC, visando a melhoria contínua dos cuidados.

Ao longo deste estágio tive ainda o privilégio de participar no 1º encontro de enfermagem em traumatologia (Anexo VII), onde foram abordados temas desde o pré-hospitalar, passando pela urgência, BO e serviços de internamento, possibilitando-me uma melhor compressão das necessidades destes doentes e as suas diferentes crenças/necessidades ao longo do seu processo de internamento, colmatando com a participação nas 10ªs Jornadas do Doente Crítico (Anexo VIII), onde foi apresentado o estado da arte relativamente às medidas de suporte hemodinâmico ao potencializador de órgãos em MC.

Em suma, também este estágio se revelou determinante, para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar à PSC, bem como a apropriação, articulação e aprofundamento de conhecimentos, resultantes da experiência nos contextos da prática de cuidados.

### 2.1.3. Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

Os GCCT são estruturas autónomas dotadas de recursos humanos especializados na área de coordenação de colheita e transplantação. Funcionam em permanência, com escalas de coordenadores de colheita e transplantação, contactáveis 24h, de forma a garantir uma resposta eficaz à referenciação de um PDO de qualquer hospital do país (Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio).

Em 2008, a Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio, cria a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação, constituída pelos Coordenadores Hospitalares de Doação e pelos GCCT, começados a ser designados desta forma. Compete ao Coordenador do GCCT nacional das unidades de colheita de órgãos, “a dinamização, regulação, normalização, controlo e fiscalização das atividades desenvolvidas pela rede” (Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio). Tendo em conta o referido anteriormente, o estágio realizado permitiu o desenvolvimento de competências na área de coordenação de colheitas e transplantação de órgãos, assim como na gestão de cuidados (gestão de recursos humanos e materiais). Importa referir que durante este estágio, não houve prestação de cuidados diretos ao PDO, apenas observação das intervenções do coordenador hospitalar de doação e de todos os procedimentos a realizar aquando a identificação de um PDO.

O GCCT do Hospital A, assegura uma escala de 24h e integra um grupo de cinco gabinetes a nível nacional (dois a Norte, um no Centro e dois a Sul), é responsável pela coordenação de colheita e transplantação de dezasseis hospitais.

O ano de 2015, será recordado por todos os colaboradores do Gabinete do Hospital A, como o ano que ultrapassou as mais de 100 colheitas em dador em MC, traduzindo-se num aumento de atividade de colheita em 17,6% face a 2014. Realizaram-

se 107 colheitas em dador em morte cerebral, mais 16 que no ano anterior e colhidos mais 41 órgãos que no ano transato (Xavier, 2016).

Devido às dificuldades logísticas em conseguir conciliar os horários com os da Coordenadora do GCCT, pela sua ausência durante o período estipulado para este estágio, em concordância com a mesma optou-se pela realização de dois turnos, um no período na manhã em que ficaria no Gabinete, de forma a poder consultar normas e protocolos existentes e num segundo dia para acompanhar o coordenador hospitalar, que neste caso, foi o enfermeiro que substitui a coordenadora na sua ausência. Durante estes dias, acompanhei a equipa com o intuito de compreender a atividade de coordenação de colheita e transplantação.

Durante o período que permaneci no GCCT, constatei que os desafios colocados nesta atividade são renovados ano após ano, sempre com o objetivo máximo de contribuir para a diminuição das listas de espera, e desta forma, proporcionar uma melhor qualidade de vida a todos os doentes que aguardam um transplante. Para tal, é fundamental a presença de profissionais qualificados e com formação especializada para a deteção e avaliação de potenciais dadores de órgãos e tecidos para transplantação (Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio). Importa referir que foi possível a consulta de vários documentos, entre elas a folha de registo de avaliação do PDO e tecidos, onde ficam registados todos os dados do PDO e comunicados pelo coordenador à equipa que irá estar envolvida no processo de colheita.

A coordenação de uma colheita implica vários contactos, com o hospital onde o doente está internado, com a equipa de BO, com a unidade de transplante, com a equipa de colheita, com o centro de histocompatibilidade e com entidades como o INEM, Força Aérea ou Guarda Republicana, entidades com a qual o GCCT tem protocolos, caso seja fora da área de Lisboa. Durante o tempo que permaneci com o coordenador do Gabinete do Hospital A, assisti de perto a coordenação de uma colheita de órgãos. A partir do momento em que toca o telefone e é identificado um provável dador de órgãos, segue-se um conjunto de regras referente à coordenação de colheita de órgãos e tecidos.

Após a identificação de um provável dador pelo hospital em que o doente está internado, inicia-se contacto telefónico pelo coordenador hospitalar, para o respetivo

GCCT para referência do PDO. Posteriormente a equipa responsável pelo PDO ou o coordenador hospitalar de doação faz a avaliação do potencial dador através da história clínica e da avaliação de dados físicos e laboratoriais e são enviados via fax para o GCCT. É efetuado uma consulta no RENNDA, e se não existir registo desse PDO, a equipa do hospital onde este se encontra internado em articulação com o GCCT providencia a colheita e o transporte urgente de sangue (6 tubos de Hemograma; 2 Tubos Bioquímica; 1 Seringa de 20cc Heparinizada com sangue) e gânglios do dador para serem analisados pelo Centro de Histocompatibilidade.

Após a aceitação do potencial dador e a realização das segundas provas de MC, o dador vai ao BO para se proceder à colheita dos órgãos previamente acordados e estudados. Compete ainda, ao coordenador do GCCT, assegurar a qualidade, segurança e transparência de todos os procedimentos efetuados e proceder à distribuição de órgãos pelas unidades de transplante em conformidade com as normas vigoras (Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio), garantindo a atempada colheita e transplantação de órgãos.

Sempre que não haja, um recetor compatível em Portugal, os órgãos são oferecidos aos Estados-Membros. O intercâmbio de órgãos é particularmente importante para a otimização do tratamento de doentes específicos, tratamentos urgentes ou doentes pediátricos, este intercâmbio constitui-se como importante para o aumento do número de órgãos disponíveis e assim assegurar uma melhor compatibilidade entre dador e recetor, com fim último na eficácia do transplante (Directiva 2010/45/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, 2010).

A realização deste estágio, permitiu-me observar e ampliar conhecimentos que envolvem a liderança de um profissional como elo de uma cadeia de extrema importância num sistema organizativo, que se não bem coordenado pode inviabilizar todo um processo de transplantação com um valor de perda inestimável. Foi bastante motivador, o facto de saber que se está a coordenar e a trabalhar com uma equipa que em conjunto, trabalha em prol do doente 24h. Para além de toda a formação necessária para coordenar um GCCT, existem característica que um coordenador de Colheita e Transplantação deve apresentar tal como a disponibilidade. Estes profissionais encontram-se 24h contactáveis e em qualquer momento poderão ter de se deslocar ao hospital para dar início a uma atividade de colheita. Vi no rosto destes

profissionais, o gosto pela sua atividade, e é esse sorriso e esse gosto que me motiva a um dia poder e querer dar continuidade a este trabalho.

Ao terminar este estágio, evidencio que desenvolvi competências na área da coordenação de colheita e transplantação, permitindo-me contactar/conhecer o elo mais importante da atividade de colheita e transplantação de órgãos no meu País.





## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história e o progresso da transplantação de órgãos representam um marco notável na interligação entre aspetos cirúrgicos, médicos, legais, políticos e bioéticos, iniciado pelos seus pioneiros, e perpetuado ao longo de múltiplas gerações. Diante uma realidade atual de escassez de órgãos, em que existe um desequilíbrio crescente entre a oferta e a procura, é essencial que se otimize o uso de órgãos de um dador em MC. Para tal, deve-se ter em conta as competências especializadas que os enfermeiros necessitam de possuir quando trabalham nesta área específica do cuidar, uma vez que, todo o processo de manutenção do PDO inclui, a sua correta identificação e posterior confirmação, o conhecimento de todas as formalidades legais, e a prevenção e controlo de alterações fisiopatológicas decorrentes do processo de MC, para que os órgãos possam ser colhidos e transplantados nas melhores condições possíveis e assim contribuir para o sucesso da transplantação (Guetti & Marques, 2008).

O presente documento demonstra de forma crítica e reflexiva, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, as estratégias desenvolvidas para as atingir, e as dificuldades sentidas e de que forma foram sendo ultrapassadas nos diferentes contextos da prática de cuidados. A passagem pelos diferentes contextos permitiu-me conhecer novas realidades, refletir sobre elas, iniciar um novo processo de aprendizagem, desenvolver competências e acreditar que os cuidados prestados à PSC nomeadamente no âmbito do tratamento ativo ao PDO, são passíveis de serem melhorados, através do enaltecimento das intervenções de enfermagem especializadas.

Ao concluir este percurso académico, falando com alguma saudade, é o momento de refletir sobre os aspetos positivos assim como algumas dificuldades sentidas. Tentei ao máximo expor nestas páginas aquilo que foi a minha experiência ao longo destes meses, no entanto, a limitação do número de páginas assim como a escrita pode não espelhar a riqueza deste percurso.

Tudo isto começou com a realização de um projeto de estágio, desenvolvido na Unidade Curricular – Estágio com Relatório, no entanto esse mesmo documento foi sofrendo alterações, de forma a se reajustar às competências pretendidas, tendo em

conta o preconizado pelos Descritores de *Dublin* para o 2º ciclo de estudos e as competências estabelecidas pela OE para o EEEPSC.

Dar início a um projeto nem sempre é tão fácil quanto parece, para enriquecer a minha curiosidade e necessidade de saber mais sobre a doação de órgãos, foi necessário um grande suporte teórico. Recorri a pesquisa na internet, bases de dados, literatura cinzenta e artigos e revistas de biblioteca, de forma a criar um percurso sólido e baseado em evidência. A par desta pesquisa, foi necessário encontrar uma teoria que sustentasse a minha linha de pensamento e que me permitisse traçar um percurso orientado na prática, selecionando desta forma o referencial teórico de Patrícia Benner e a teoria de Virginia Hendersen, não esquecendo nunca os aspetos éticos e deontológicos que norteiam a profissão de enfermagem.

Ciente da especificidade do tema escolhido para desenvolver ao longo destes meses, quero destacar de forma positiva as escolhas acertadas que fiz no que respeita à escolha dos locais de estágio, uma vez que se demonstraram ideais para o desenvolvimento dos objetivos e competências propostas, pelas oportunidades vividas e por todos os momentos de aprendizagem que me foram proporcionados. O facto de esta ser uma área específica, fui para os estágios preparada para que estes fossem o mais abrangentes possíveis e me permitissem prestar cuidados à PSC, nomeadamente do foro neurológico. Desta forma destaco de forma positiva, o facto de tanto na UCI como no SUP ter assistido a duas provas de MC e prestar cuidados a um doente crítico que se assemelhou em muito aos cuidados prestados a um PDO em MC, dando-me competências futuras para cuidar de um PDO em MC. Estas oportunidades proporcionaram-me momentos de aprendizagem gradual, superando as expectativas pessoais.

As competências não podem ser dotadas de universalidades e existem independentemente dos sujeitos e dos contextos, a competência produz-se, manifestando-se “em ato”, ou seja, resulta dos contextos de ação profissional e não previamente a estes (Canário, 2003). Assim sendo para alcançar as competências estabelecidas, houve um contributo enorme dos contextos de estágio por onde passei e pelas inúmeras oportunidades de aprendizagem vividas ao longo destes meses.

Ao longo deste estágio destaco como pontos fortes a oportunidade de confrontar práticas e modelos organizacionais diferentes, assim como, toda a disponibilidade demonstrada pelos profissionais que me motivaram para o desenvolvimento de competências especializadas nos cuidados à PSC. Saliento que o desenvolvimento de todas as práticas de cuidados foi sustentado em princípios éticos e deontológicos, valorizando o respeito pela pessoa e pela sua família/pessoa significativa.

Em retrospectiva, não tive a oportunidade, nos contextos vivenciados de cuidar do PDO, uma vez que esta é uma situação deveras esporádica, não existindo com frequência no dia a dia. Todavia, as atividades desenvolvidas, e o cuidar de um doente crítico que muito se assemelhou aos cuidados prestados a um PDO, compaginaram com a construção de competências específicas nesta área, dotando-me de conhecimentos e competências para que no futuro perante um PDO possa mobilizar todos os conhecimentos adquiridos para uma prestação de cuidados especializados nesta área, caminhando gradualmente para o nível de perícia.

Considerando todas as situações de prestação de cuidados ao longo deste estágio, dada a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situações de doença crítica e sua família/pessoa significativa, penso ter atingido e mobilizado todos os conhecimentos e competências exigidas ao enfermeiro especialista.

Um dos aspetos que maior dificuldade tive ao longo deste estágio, mais especificamente no SUP foi o envolvimento dos familiares na prestação de cuidados, devido à sua ausência. No entanto, sempre que possível tentei ao máximo o envolvimento da família/pessoa significativa no processo de prestação de cuidados, promovendo ações que fossem de encontro às necessidades da pessoa.

Destaco de forma positiva a participação em eventos de carácter científico, mostrando-se como excelentes oportunidades para partilha de experiências, confronto entre a teoria e a prática e atualização de conhecimentos com base em evidência científica, promovendo assim o desenvolvimento de competências. Apesar de ao longo do estágio não ter apresentado nenhum trabalho em evento científico, realço que a participação nos diferentes eventos culminou numa mudança pessoal e profissional, motivando-me para a realização deste tipo de trabalhos, enfatizando a intervenção

de enfermagem, a reflexão sobre a prática e a busca incessante pelo conhecimento atualizado.

Saliento ainda que o período de execução de cada estágio se revelou curto, no entanto o facto de saber à *priori* desta limitação temporal, obrigou à agilização das atividades planeadas, com resultados bastante positivos.

Pretendo futuramente cooperar ativamente com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital onde exerço funções, e integrar a equipa de colheita e transplantação.

A realização deste curso de Mestrado, permitiu-me o desenvolvimento de competências e habilidades, que transporte para a minha prática de cuidados diários e deste modo fui construindo bases sólidas de conhecimentos através de novas oportunidades e experiências que de outra forma dificilmente teria oportunidade de as viver, por tudo isso, sinto que este curso é uma mais-valia que levo no meu percurso pessoal e profissional. O culminar deste Mestrado revela-se não um fim, mas sim o iniciar de nova postura pessoal e profissional, enriquecida pelo conhecimento, desenvolvimento de competências e uma visão diferente sobre a prestação dos cuidados de enfermagem.

Em jeito de conclusão, a realização do presente trabalho revelou-se determinante, retratando o meu percurso de aprendizagem, por forma a alcançar o desenvolvimento de competências preconizadas. Este caminho despertou-me para a reflexão sobre a prática, baseada em evidência científica, tornando-se alicerces fundamentais para aquilo que foi o meu desenvolvimento ao longo deste percurso e que futuramente me conduzirão ao grau de perícia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares - Uma visão sistémica* (Quarteto E, Vol. 2ª Edição.). Coimbra.
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support - ATLS Student Course Manual*. (American College of Surgeons, Ed.) (Ninth Edit). Chicago, IL 60611-3211.
- Amthauer, C., Cunha, M. (2016). Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n.º 24. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149448/001006215.pdf?sequence=1>. (Acedido em 16 de Setembro de 2016).
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. a, & Kudelka, P. (1998). SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. *Society*, 1–14.
- Baptista, R. (2003). Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência - Escala de Glasgow. Disponível em [file:///C:/Users/Asus/Downloads/ref\\_10-77a80.pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/ref_10-77a80.pdf). (Acedido em 22 de Dezembro de 2015).
- Barcelos, M. D., & Neves, M. P. (2009). Reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos: entre o respeito pela autonomia e a exigência de solidariedade. *Revista Portuguesa de Bioética*, n.º 7, 24–42. Disponível em [http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M.\\_Dias\\_Barcelos\\_M.\\_Patrão\\_Neves\\_Doação\\_de\\_tecidos\\_e\\_órgãos\\_humanos.pdf](http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Dias_Barcelos_M._Patrão_Neves_Doação_de_tecidos_e_órgãos_humanos.pdf). (Acedido em 13 de Julho de 2015).
- Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP / PT). *Referência*, 7–16.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de

Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.

Bugedo, G., Bravo, S., Romero, C., & Castro, R. (2014). Manejo del potencial donante cadáver. *Rev Med Chile*, 142, 1584–1593.

Canário, R. (2003). *Formação e Situações de Trabalho*. (Porto Editora, Ed.) (02–2003rd ed.). Porto.

Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. (ART-MED EDITORA S.A., Ed.) (2ª Reimpre). Porto Alegre: AGE - Assessoria Gráfica e Editorial Ltda.

Casal, A. S., & Batista, M. J. (2014). Papel do Enfermeiro na Manutenção do Potenciais Dadores em Morte Cerebral. In *I Congresso Internacional A Pessoa em Situação Crítica* (Escola Sup, pp. 978–989). Disponível em <http://www.esse.uminho.pt>.

Chaul, S. (2015). Doação de órgãos, um ato de amor ao próximo. Disponível em <http://www.agencia.ac.gov.br/doacao-de-orgaos-um-ato-de-amor-ao-proximo/> (Acedido em 3 de Março de 2016).

Comissão das Comunidades Europeias. (2008). Plano de Acção no domínio da dádiva e transplantação de órgãos (2009 -2015): Reforçar a cooperação entre os Estados-Membros. Bruxelas.

Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council* (Paula Grác).

Cruz, M. J. S. da S. (2003). *O Conceito de Morte Cerebral numa Perspectiva Ética*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9835/2/5176\\_TM\\_01\\_C.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9835/2/5176_TM_01_C.pdf).

D'Império, F. (2007). Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (1), 74–84.

Decreto-Lei n.º107/2008 de 25 de Junho. (2008). *Diário Da República*, 1.ª Série - N.º 121 de 25 de Junho de 2008, 3835–3853. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro. (1994). *Diário Da República - I Série - A, N.º 223 de 26 de Setembro de 1994, 5780–5782. Ministério da Saúde. Lisboa.*
- Decreto-Lei n.º 39/2012 de 16 de Fevereiro. (2012). *Diário Da República, 1.ª Série - n.º34 de 16 de Fevereiro de 2012, 791–793. Ministério da Saúde. Lisboa.*
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Despacho n.º10319/2014. Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU). *Diário Da República, 2.ª Série - N.º 153 - 11 de Agosto de 2014, 20673–20678.*
- Despacho n.º 1057/2015. (2015). Despacho n.º 1057/2015. *Diário Da República, 2.ª Série - N.º 22 - 2 de Fevereiro de 2015, 3039. Ministério da Saúde. Lisboa.*
- Despacho n.º 14341/2013. (2013). Despacho n.º 14341/2013. *Diário Da República, 2ª Série, N.º 215 - 6 de Novembro de 2013, 1–2. Ministério da Saúde. Lisboa.*
- Despacho Normativo n.º 712/94. (1994). *Diário Da República - I Série - B, N.º 235 - 11-10-1994, 6160. Ministério da Saúde. Lisboa.*
- Diário da República, 1.ª série - N.º 34 - 16 de fevereiro de 2017. (2017). Resolução da Assembleia da República n.º 24/2017. *Diário Da República, 1.ª Série - N.º 34 - 16 de Fevereiro de 2017, 804. Ministério da Saúde. Lisboa.*
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Prémio Nacional de Saúde 2011 Perfil do Laureado.* Ministério da Saúde. Disponível em file:///C:/Users/Asus/Downloads/i017405(2).pdf.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivo: Recomendações para o seu desenvolvimento.* Ministério da Saúde. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.* Ministério Da Saúde. Lisboa: DGS..
- Directiva 2010/45/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Julho de 2010. (2010). *Jornal Oficial Da União Europeia, 207, 14.* Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia. Estrasburgo.

- Emergency Nurse Association. (2010). *The Role of Emergency Medicine in Organ Donation*. Disponível em [http://www.odt.nhs.uk/pdf/role\\_of\\_emergency\\_medicine\\_in\\_organ\\_donation.pdf](http://www.odt.nhs.uk/pdf/role_of_emergency_medicine_in_organ_donation.pdf) (Acedido em 11 de Julho de 2015).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC: Extrato do processo aporesentado e aprovado (21/06/2010) pela Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior com o n.º NCE/09/01932. Disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf> (Acedido em 24 de Abril de 2016).
- Escudero, D., Valentín, M. O., Escalante, J. L., Sanmartín, A., Perez-Basterrechea, M., Gea, J. de, ... Matesanz, R. (2015). *Intensive care practices in brain death diagnosis and organ donation*. *Anaesthesia*, 70, 1130–1139. <http://doi.org/10.1111/anae.13065>. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland.
- Franke, C., Machado, F. O., Friedman, G., Andrade, J., Matos, J. D., Lamgaro, D. M., ... Neto, B. H. F. (2012). *Guidelines for Maintenance of Adult Patients With Brain Death and Potential for Multiple Organ Donations: The Task Force of the Brazilian Association of Intensive Medicine the Brazilian Association of Organs Transplantation, and the Transplantation Center*. *Transplantation Proceedings*, 44, 2260–2267. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.07.019>.
- Freire, I., Vasconcelos, Q., Torres, G., Araújo, E., Costa, I., & Melo, G. (2015). Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev Bras Enferm.*, 68((5):555-63), 837–845.
- Frontera, J. A., & Kalb, T. (2010). *How I Manage the Adult Potential Organ Donor: Donation After Neurological Death (Part 1)*. *Neurocritical Care Society*, 12, 103–110.
- Godinho, N. (2017). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Norma APA e ISO 690 (NP 405)*. Lisboa: ESEL.



- González, E., Gutiérrez, M. J., Hernández, A., Polanco, N., Gutiérrez, E., Gutiérrez, E., & Praga, M. (2009). *Lower Rate of Family Refusal for Organ Donation in Non-Heart-Beating Versus Brain-Dead Donors. Transplantation Proceedings*, 41 (6), 2304–2305.
- Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de Enfermagem ao potencial dador de órgãos em morte encefálica. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf> (Acedido em 11 de Julho de 2015).
- Hadjizacharia, P., Salim, A., Brown, C., Inaba, K., Ls, C., & Mascarenhas, A. (2010). *Does the use of pulmonary artery catheters increase the number of organs available for transplantation? Clinical Transplantation*, 24, 62–66.
- Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (1), 21-31.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ª Edição). Lisboa: INEM.
- Instituto Português de Sangue e Transplantação, I. (2016)a. *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação. (European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare)* (5ª Edição). Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde (EDQM).Strasbourg.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. (2016)b. Colheita e Transplantação de Órgãos Resumo da Atividade Nacional Janeiro-Outubro de 2016. Disponível em [http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAO E TRANSPLANTACAO/Colheita\\_e\\_Transplantaao\\_Outubro\\_2016.pdf](http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAO_E_TRANSPLANTACAO/Colheita_e_Transplantaao_Outubro_2016.pdf) (Acedido a 24 de Novembro de 2016).
- Intensive Care Society. (2005). *Guidelines for Adult Organ and Tissue donation*. Disponível em <http://www.eastcheshire.nhs.uk/A-L%20download%20folders/Corporate%20Services/Guidelines%20for%20adult%20organ%20and%20tissue%20donation.pdf> (Acedido em 11 de Julho de 2015).

- IPST, I. (2013). *Relatório de Atividades 2013 - Coordenação Nacional de Transplantação IPST/CNT 2013. Relatório Anual da CNT Administração*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Jasper, M. (2003). *Foundations in Nursing and Health Care. Beginning Reflective Practice*. United Kingdom. Nelson Education Ltd.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition (The Joanna)*. Australia.
- Jurado, J. M. D. (2015, May). Protocolos clínicos de actuación ante el proceso de donación y extracción de órganos y tejidos para trasplante en donación en muerte encefálica. *Cuad Med Forense*, 21, 34–42.
- Kato, Y. (2013). Conscience in health care and the definitions of death. *Croat Med*, 54(4), 75–79.
- Kotloff, R. M., Blosser, S., Fulda, G. J., Malinoski, D., Ahya, V. N., Angel, L., ... Glazier, A. K. (2015). Management of the Potential Organ Donor in the ICU: Society of Critical Care Medicine/American College of Chest Physicians / Associations of Organ Procurement Organizations Consensus Statement. *Critical Care Medicine*, (2), 1291–1325.
- Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F., & McArdle, A. (2014). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review protocol update, 12(10), 14–26.
- Lei n.º 12/93 de 22 de Abril. (1993). *Diário Da República - I Série-A N.º 94 - 22-4-1993*, 1961–1963. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho. (2007). *Diário Da República, 1.ª Série - N.º 124 - 29 de Junho de 2007*, 4146–4150. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho. (2007b). Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. *Diário Da República, 1.ª*

- Série, N.º 124 (29-06-2007), 4146–4150. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 36/2013 de 12 de Junho. (2013). *Diário Da República*, 1.ª Série - N.º 112 - 12 de Junho de 2013, 3258–3265. Assembleia da República. Lisboa.
- Loch, J. de A. (2002). Princípios da Bioética. Disponível em <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf> (Acedido em 6 de Março de 2015).
- Locsin, R. C. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursing: A model of Practice*. Disponível em <http://nsq.sagepub.com/content/19/3/273.extract>. (Acedido em 1 de Janeiro de 2016).
- Mendes, K. D. S., Roza, B. D. A., Barbosa, S. de F. F., Schirmer, J., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto E Contexto Enfermagem*, 21 (4), 945–953.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 758–764.
- Meneses, R. D. B. de. (2014). Transplante de órgãos: Orientações Axiológico-Ética e Jurídicas. *Rev Biot Latinoam*, 14, 105–142.
- Miñambres, E., Pérez-villares, J. M., Chico-fernández, M., Zabalegui, A., Dueñas-jurado, J. M., Misis, M., ... Coll, E. (2015). Lung donor treatment protocol in brain dead-donors: A multicenter study. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 34(6), 773–780.
- Ministério da Saúde. (2016). Objeção à doação de órgãos para transplante. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/Impresso-RENDA.pdf>. (Acedido em 2 de Março de 2016).
- Monteiro, A., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas, P., ... Cardoso, T. (2013). *A Oculta Face do Coma - O despertar do desconhecido*. Loures: Lusodidacta.
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014).

Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), 373–378.

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

Oliveira, C. A., & Oliveira, T. de J. T. (2015). Atuação do Enfermeiro no Acolhimento com a avaliação e Classificação de Risco em Urgência e Emergência Baseado no Protocolo de Manchester.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Principios Rectores de la OMS Sobre Transplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Disponível em [http://www.who.int/transplantation/TxGP\\_08-sp.pdf](http://www.who.int/transplantation/TxGP_08-sp.pdf). (Acedido em 11 de Julho de 2015).

Paiva, J. A. O. de C., Silva, A. M. da, Almeida, A. L., Seco, C. M. dos S., Gomes, C. M. P. R., Ribeiro, E. da P. R. G., ... Silva, R. P. F. Da. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU.

Palmeiro, V., Fonseca, A., Ferreira, J., & Sousa, F. (2014). Uma experiência no País Vizinho com Dadores de Coração Parado - Maastricht Tipo II. Disponível em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30151/4/livro\\_atas\\_PSC\\_2014.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30151/4/livro_atas_PSC_2014.pdf). (Acedido em 10 de Junho de 2016).

Peiffer, K. M. (2007). Brain death and organ procurement. *American Journal of Nursing*, 107, 58–67.

Ponce, P., & Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa: Lidel.

Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio. (2008). *Diário Da República*, 1.ª Série - N.º 90 - 9 de Maio de 2008, 2513–2515. Ministério da Saúde. Lisboa.

Presidência do Conselho de Ministros - Resolução do Conselho de Ministros n.º 101/2013. (2013). *Diário Da República*, 1.ª Série . N.º 253 - 31 de Dezembro de

2013, 7007–7017. Ministério da Saúde. Lisboa.

Rech, T. H., & Filho, É. M. R. (2007). Manuseio do Potencial Doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (Nº 2, Abril-Junho), 197–204.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011, 8648–8653.

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2ª Série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011, 8656–8657.

Rochera, A. (1991). Futuro de La Enfermería En El Transplante de órganos. Valencia. Disponível em [http://www.revistaseden.org/files/art571\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art571_1.pdf). (Acedido em 24 de Julho de 2015).

Santos, M. J. dos, & Massarollo, M. C. K. B. (2005). Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 13(3), 382–387.

Santos, M. J. dos, Moraes, A. L. de, & Massarollo, M. C. K. B. (2012). Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O Mundo Da Saúde*, 36(1), 34–40.

Sarroeira, C., Cerdeira, A. B., & Constantino, M. (2010). Parecer Conjunto CE e CJ n.º 3/2010. *Ordem Dos Enfermeiros*, 4–7. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer\\_CE\\_CJ\\_3\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CE_CJ_3_2010.pdf). (Acedido em 24 de Julho de 2015).

Setlur, C. (Dr) R. (2015). Management of the brain dead organ donor in intensive care unit (ICU). *Anaesthesiology and Critical Care, Army Hospital (R&R)*.

Society of Trauma Nurses. (2013). *Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN)* (Edition 20). Chicago.

Swearingem, P. L., & Keen, J. H. (2003). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* -

*Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Edição. Lusociência. Atlanta: Georgia.

Taylor, T., Ra, D., Dc, G., Ch, B., Howatson, A., & NI, P. (2014). Computed tomography (CT) angiography for confirmation of the clinical diagnosis of brain death (Review). *John Wiley & Sons, Ltd.*, (3).

Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.

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

Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998). *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. (ArtMed, Ed.). Porto Alegre.

Westphal, G. A., Filho, M. C., Vieira, K. D., Zacliffevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., ... Souza, R. L. de. (2011). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. *Rev Bras Ter Intensiva*, 23(3)(47), 255–268.

World Health Organization. (2007). Data Harmonization on Transplantation Activities and Outcomes: Editorial Group for a Global Glossary. Disponível em <http://www.who.int/transplantation/activities/ReportGlossaryMeeting.pdf?ua=1>. (Acedido em 11 de Julho de 2015).

World Health Organization. (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. Disponível em <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>. (Acedido em 10 de Julho de 2015).

Xavier, M. J. (2016). *Resultados da Atividade do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE 2015*. Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE (Edição 15). Lisboa.

Youn, T. S., & Greer, D. M. (2014). Brain Death and Management of a Potential Organ Donor in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 30(4), 813–831.

# APÊNDICES





## **Apêndice I – Artigos Obtidos nas Bases de Dados**



Título / Autor / Ano	Características Metodológicas	Objetivos	Resultados e Conclusões	Limitações / Recomendações
<p><b><i>Intensive care practice in brain death diagnosis and organ donation</i></b></p> <p>(Escudero et al., 2015)</p>	<p>Estudo quantitativo – Multicêntrico observacional. De 1844 pacientes de 42 unidades de cuidados intensivos de Espanha, sendo 30 Hospitais com serviço de Neurocirurgia e 12 Hospitais sem serviço de Neurocirurgia, durante o período de 1 de Janeiro de 2010 e 30 de Junho de 2012.</p>	<p>Aumentar o conhecimento dos aspetos epidemiológicos e clínicos de doentes com diagnóstico de morte cerebral; investigar o processo de determinação da morte com base em critérios neurológicos; analisar as decisões clínicas feitas após o diagnóstico de morte cerebral e as diferenças na prática clínica entre hospitais com e sem neurocirurgia.</p>	<p>Os resultados obtidos confirmam a tendência para um aumento da idade média, assim como uma mudança na etiologia de morte cerebral ao longo dos anos em Espanha. A principal causa de morte cerebral em Espanha é presentemente a Hemorragia intracerebral (42%), seguindo-se do Traumatismo Crânio encefálico (19%). O declínio na lesão cerebral traumática, como causa de morte cerebral pode ser explicado pela diminuição dos acidentes rodoviários a nível europeu.</p> <p>Ao comparar os hospitais com e sem neurocirurgia, houve diferenças estatisticamente significativas nos padrões de lesão cerebral. A hemorragia intracerebral foi mais frequente nos hospitais sem neurocirurgia, enquanto que, a lesão cerebral traumática foi mais frequente nos hospitais com neurocirurgia.</p> <p>Dos 1844 doentes, 1291 tornaram-se dadores de órgãos reais, sendo que a causa mais frequente para a perda de potenciais dadores, foram a inadequação médica (48%) e a recusa</p>	<p>Como foi um estudo realizado em Espanha, a comparação com outros Países é limitado devido às diferenças políticas e diretrizes para o diagnóstico de morte cerebral.</p>

			<p>familiar (44%).</p> <p>Em conclusão: É prática rotineira nas UCI's em Espanha admitir doentes com lesão cerebral catastrófica, podendo este facto contribuir para as altas taxas de doação de órgãos em Espanha.</p> <p>Os profissionais de saúde devem inquirir sobre os desejos do doentes para a doação de órgãos após a morte e/ou obter o consentimento dos familiares. Alguns autores têm proposto o conceito de morte cerebral iminente para reconhecer potenciais dadores. Esta é definida como um estado de coma profundo (<math>GSC \leq 3</math>), com lesão cerebral irreversível de etiologia conhecida e ausência de três ou mais reflexos do tronco cerebral, em doentes com necessidade de ventilação mecânica. Em Espanha os exames complementares de diagnóstico só são obrigatórios em casos de efeitos de drogas sedativas persistentes, trauma facial grave, incapacidade de realizar a prova de apneia ou lesões infratentoriais. Este estudo demonstra também, que as práticas profissionais vão mudando lentamente, em relação ao conceito de morte cerebral e é necessário uma forma-</p>	
--	--	--	---	--

			ção específica para continuar a promover uma boa prática clínica, para assegurar a disponibilidade de órgãos para transplantação.	
<p><b><i>Lung donor treatment protocol in brain dead-donors: A multicentre study</i></b></p> <p>(Miñambres et al., 2015)</p>	Estudo Quantitativo – Quasi-experimental	Aplicação de um protocolo, para manutenção de pulmão, a dadores após morte cerebral em 6 hospitais espanhóis, de forma, a aumentar a taxa de doação de pulmão.	<p>A escassez de órgãos é uma limitação para o transplante, tornando o cuidado a potenciais dadores de órgãos uma questão extremamente importante. No caso, de doentes que aguardam transplante pulmonar, esta situação agrava-se uma vez que os pulmões são colhidos apenas em 10% a 20% dos dadores de órgãos, tornando-se este um órgão escasso.</p> <p>O conhecimento, a experiência, e a formação, demonstram estar associados a um maior número de órgãos transplantados. Em contrapartida, a inexperiência e a falta de conhecimento dos profissionais era frequentemente marcada por erros técnicos que levavam a complicações graves após a transplantação de órgãos.</p> <p>O protocolo realizado, para manutenção de pulmão é facilmente implementado e não requer formação prévia, demonstrando sucesso na sua implementação.</p> <p>Em conclusão: A implementação de um protocolo para manutenção de</p>	

			<p>pulmão em doentes em morte cerebral, com base em parâmetros de uma ventilação protetora, PEEP alta, restrição de líquidos (incluindo o uso de diuréticos), iria aumentar as taxas de obtenção de pulmão, sem impacto negativo na sobrevida precoce dos recetores.</p> <p>Este protocolo pode ser aplicado sem necessitar de formação específica, ajudando assim a lutar contra a escassez deste órgão, sendo esta a principal barreira para a transplantação.</p>	
<p><b><i>Brain death and management of a potential organ donor in the intensive care unit</i></b></p> <p>(Youn &amp; Greer, 2014)</p>	Estudo descritivo	<p>A gestão de potenciais dadores de órgãos, deve incluir a redução da variabilidade de prática nas orientações para a definição e identificação de morte cerebral.</p>	<p>O conceito de morte cerebral e as diretrizes para a identificar têm sido redefinidas ao longo dos anos. O conceito de morte cerebral, antes dos anos 50 permaneceu apenas em suporte teórico, dado que os doentes que sofriam uma lesão cerebral devastadora rapidamente entravam em falência cardíaca e respiratória.</p> <p>O início da ventilação com pressão positiva, em 1952 por Bjorn Ibsen, estabeleceu as bases para o desenvolvimento de critérios clínicos para a morte cerebral.</p> <p>A doação de órgãos após morte cerebral é a principal fonte de órgãos em</p>	

			<p>todo o mundo para transplante, para tal a sua identificação precoce e notificação são essenciais.</p> <p>Os doentes internados numa UCI, declarados mortos por critérios neurológicos, são potenciais doadores de órgãos. Como tal, devido à escassez de órgãos disponíveis para transplantação a otimização e uniformização de cuidados prestados aos potenciais doadores de órgãos, tendo em conta as alterações fisiopatológicas específicas, devem ser uniformizadas, reduzindo a variabilidade nas práticas clínicas, bem como melhorar a comunicação com os familiares sobre o processo que determina a morte cerebral.</p>	
<p><b><i>Conscience in health care and the definitions of death</i></b></p> <p>(Kato, 2013)</p>	Estudo descritivo	<p>A morte cerebral, tem-se tornado ao longo das últimas décadas mais reconhecida e aceite pela população em todo o mundo. No entanto, no Japão, o Estado de Nova York e New Jersey, a morte é exclusi-</p>	<p>Na lei de transplantes de órgãos de 1997, no Japão, a determinação de morte cerebral provinha exclusivamente quando os órgãos eram adquiridos a partir de doentes em morte cerebral. Mesmo após a revisão da lei, em 2009, a definição padrão de morte continuou a ser baseada em critérios cardiopulmonares, apesar de várias críticas.</p> <p>Quem determinava a doação de órgãos pela lei de 1997, era a própria</p>	

		<p>vamente declarada em critérios cardiopulmonares e não em critérios neurológicos.</p> <p>Este artigo analisa teoricamente a lei dos transplantes de órgãos de 1997 do Japão e a sua revisão em 2009, apresentando algumas características do caso do Japão em comparação com os casos americanos.</p>	<p>pessoa que consentia em doar os seus órgãos e cuja família não recusasse. Caso contrário, a determinação de morte era considerada em critérios cardiopulmonares (morte padrão).</p> <p>Devido à escassez de órgãos para transplante, em 2009, surgiu a necessidade de revisão da lei de 1997, trazendo alterações como a permissão de colheita e transplante de órgãos em crianças e colheita de órgãos em doentes cuja vontade era desconhecida. No entanto, a decisão familiar na sociedade Japonesa era a que prevalecia para a decisão de colheita de órgãos.</p>	
<p><b><i>Guidelines for maintenance of adult patients with brain death and potential for multiple organ donations: the task force of the Brazilian Association of Intensive Medicine the Brazilian Association of Organs Transplantation, and the Transplanta-</i></b></p>	<p>Estudo Descritivo</p>	<p>Criar guidelines para o tratamento ativo de potenciais doadores de órgãos, de forma a nortear e uniformizar os cuidados prestados ao dador falecido. Incrementar quantitativa e qualitativamente o transplante de órgãos com</p>	<p>A desproporção entre o número de colheita de órgãos e as necessidades de transplantação, são um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Uma das formas de apaziguar esta desproporção, baseia-se essencialmente no reconhecimento clínico da morte cerebral, na correta abordagem junto dos familiares e sociedade e no tratamento ativo do dador falecido.</p> <p>Este Artigo, refere ainda que a não uniformização das medidas terapêuti-</p>	



<p><b>tion Center of Santa Catarina.</b></p> <p>(Franke et al., 2012)</p>		<p>medidas aplicáveis à realidade Brasileira.</p> <p>Foram desenvolvidas sob a forma de perguntas algumas experiências frequentes das práticas de uma UCI. As principais questões foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe um intervalo ótimo para manter os órgãos de doadores falecidos viáveis?</li> <li>- Que ações são consideradas essenciais para a manutenção de doadores falecidos neste período?</li> <li>- Quais são os limites de temperatura do corpo?</li> <li>- Como o paciente deve ser aque-</li> </ul>	<p>cas adotadas dificultam a utilização de práticas de excelência relacionadas ao tratamento ativo do PDO. Este entrave, limita o número de doações e a qualidade dos órgãos transplantados. Por outro lado, a adoção de políticas uniformes aumentam o número de potenciais doadores (19%), aumenta o número de doadores reais (82%), reduz a perda de doadores por instabilidade hemodinâmica (87%) e aumenta o número de doações efetivas (71%). Em suma, embora pareçam óbvias as medidas a adotar para um correto tratamento ativo de um PDO, não se observam na maioria nas UCI's brasileiras a devida valorização do problema. Trata-se de algo que transcende a esfera técnica, uma questão humanitária e de cidadania que todos os envolvidos devem tomar consciência e refletir sobre este atual problema de saúde pública.</p>	
---	--	--	---	--

		<p>cido?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que testes de laboratório devem ser realizados?</li> <li>- Qual é o intervalo de colheita?</li> <li>- Quais os limites de pressão arterial?</li> <li>- Quando e como se deve usar catecolaminas?.</li> </ul>		
<p><b><i>How I manage the adult potential organ donor: donation after neurological death (part 1)</i></b></p> <p>(Frontera &amp; Kalb, 2010)</p>	<p>Estudo Descritivo</p>	<p>De acordo com a UNOS (<i>United Network for Organ Sharing</i>), em Agosto de 2009 havia 102.962 doentes em lista de espera para um transplante e apenas 6004 dadores. Em 2008, estima-se que morreram 17 doentes diariamente a aguardarem por</p>	<p>O primeiro passo para a gestão de um potencial dador de órgãos, passa pela notificação da rede local de dadores de órgãos. As redes de dadores de órgãos devem ser notificadas de todos os doentes em morte cerebral eminente.</p> <p>Após o primeiro exame de morte cerebral, habitualmente espera-se um mínimo de 6h, para a realização de um segundo exame neurológico para determinar a morte cerebral. Durante este período é espectável que os médicos entrem em contacto com os familiares, informando-os sobre o quadro clinico do doente e os profis-</p>	<p>Seria necessário obter mais resultados, para identificar mais estratégias de gestão.</p>

		<p>um transplante.</p> <p>Este artigo descreve principalmente a gestão e práticas de cuidados intensivos que permitem otimizar a doação de órgãos.</p>	<p>sionais mantem o doente hemodinamicamente estável.</p> <p>Em suma, o tratamento ativo de um potencial dador de órgãos, incluindo a notificação precoce, a terapêutica hormonal de substituição, proteção pulmonar ventilatória e monitorização cardíaca adequada, podem ajudar a diminuir a disparidade entre a oferta e procura de órgãos.</p>	
<p><b><i>Does the use of pulmonary artery catheters increase the number of organs available for transplantation?</i></b></p> <p>(Hadjizacharia et al., 2010)</p>	Estudo comparativo	<p>Avaliar o uso de cateter de artéria pulmonar (PAC) na gestão de dadores de órgãos.</p>	<p>A colocação de um cateter de artéria pulmonar (PAC), para monitorizar o estado hemodinâmico e a perfusão dos tecidos, tem sido associado a um aumento significativo do número de órgãos para transplante. No entanto a sua pouca utilização relaciona-se com as suas complicações. Num estudo realizado entre 1 de Janeiro de 2002 e 31 de Dezembro de 2005, em que todos os doentes que doaram os órgãos foram registados, perfazendo estes um total de 96 doentes submetidos a doação de órgãos de sucesso durante os quatro anos.</p> <p>Destes 96, 46 (51%) eram geridos por um PAC em comparação com os dadores sem PAC. Foram recuperados mais corações a partir de dadores com um PAC (71,4% vs. 44,7%), sem diferença na administração diária de</p>	

			fluidos e vasopressores entre os dois grupos. Em suma, este artigo sugere que o uso de PAC em potenciais doadores de órgãos, pode ajudar a maximizar o transplante cardíaco.	
<p><b><i>Lower rate of family refusal for organ donation in non-heart-beating versus brain-dead donors</i></b></p> <p>(González et al., 2009)</p>	Estudo Quantitativo	Um dos fatores que limita o número de doadores ainda é a recusa familiar. Fatores culturais, religiosos bem como a percepção da morte são importantes fatores para essa recusa. Foi estudado nos meses de julho de 2005 a outubro de 2008 em Madrid a recusa das famílias perante um dador em morte cerebral e um dador de coração parado, em idades semelhantes nos dois grupos em estudo.	<p>Resultados: O tempo médio de permanência no hospital foi significativamente maior para doentes em morte cerebral, comparativamente com os doadores de coração parado.</p> <p>Relativamente à recusa familiar constatou-se que a taxa de recusa era significativamente maior nos familiares de doadores em morte cerebral (24%), comparativamente com os doadores de coração parado (4%).</p> <p>Podemos concluir que uma melhor compreensão da morte e o menor tempo de incerteza sobre a morte do seu familiar, diminui significativamente a recusa familiar para a doação de órgãos.</p>	

**Apêndice II - Cronograma do 3º Semestre do Curso de Mestrado**



Cronograma do 3º Semestre do Curso de Mestrado

	ANO	2015															2016												
	MÊS	Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro					Fevereiro							
	DIA	1	5	12	19	26	2	9	16	23	30	1	7	14	21	28	1	4	11	18	25	1	8	15	22	29			
Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos		5								20	21				21														
Serviço de Urgência Polivalente										27					Férias Natal					5		28	7						
Gabinete Coordenador de Colheita de Transplantação																		8		29	5					15			

- 20/21 3º Encontro de Enfermagem de Emergência
- 27 Bloco Operatório Neurocirurgico
- 8 Bloco Operatório Central
- 28/29 10ªs Jornadas do Doente Crítico
- 5 1º Encontro de Enfermagem em Traumatologia
- 15 Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação





**Apêndice III – Objetivos do Estágio da Unidade de Cuidados Intensivos**



<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
<p>Desenvolver competências especializadas em enfermagem na área de especialização de PSC, no âmbito da manutenção do potencial dador de órgãos em morte cerebral, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença, nomeadamente os que impliquem risco de falência orgânica;</li> <li>• Desenvolver competências, no âmbito do tratamento ativo do potencial dador de órgãos;</li> <li>• Desenvolver competências que permitam a identificação do potencial dador de órgãos;</li> <li>• Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente neurocrítico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma visita guiada à UCI;</li> <li>• Consultar protocolos e normas de serviço;</li> <li>• Conhecer e aplicar protocolos de deteção e tratamento ativo de potenciais dadores de órgãos;</li> <li>• Executar técnicas de monitorização invasiva e avaliá-las (tais como, Cateter Swan-Ganz, monitorização de PICCO, PVC, Linha Arterial) e monitorização não invasiva (tais como ECG e ecocardiograma);</li> <li>• Assistir nas provas de morte cerebral;</li> <li>• Prestar cuidados ao corpo, após a confirmação de morte cerebral, com vista à manutenção adequada da perfusão dos órgãos a transplantar;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar alterações neurológicas e alterações do estado de consciência (com recurso à Escala de Coma de <i>Glasgow</i>);</li><li>• Diagnosticar precocemente complicações decorrentes do processo de morte cerebral (tais como hipotensão, diabetes insipidus, arritmias, coagulopatias e hipotermia);</li><li>• Manter parâmetro ventilatórios adequados;</li><li>• Manter permeável o Tubo endotraqueal;</li><li>• Manter adequadamente a estabilidade hemodinâmica;</li><li>• Antever e prevenir/evitar arritmias;</li><li>• Manter adequadamente o equilíbrio hidroeletrólítico;</li><li>• Registrar periodicamente valores de</li></ul>
--	--	---

		<p>parâmetro hemodinâmicos e ventilatórios;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Iniciar alimentação entérica ao doente crítico, assim que possível;</li><li>• Comunicar eficazmente com a pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa, nomeadamente a comunicação de más notícias;</li><li>• Desenvolver estratégias de abordagem à família dos potenciais dadores de órgãos;</li><li>• Estabelecer estratégias pró-ativas que visam a prevenção e controlo de infeção à PSC, nomeadamente o potencial dador de órgãos;</li><li>• Acompanhar um potencial dador de órgãos ao Bloco Operatório e assistir à colheita de órgãos;</li><li>• Identificar questões éticas e legais</li></ul>
--	--	---

		<p>inerentes à doação de órgãos;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborar um plano de cuidados sobre o tratamento ativo de um potencial dador de órgão;</li><li>• Pesquisar evidência científica que sustente a prática de cuidados, solidificando um processo contínuo de PBE;</li><li>• Colaborar na atualização de protocolos sobre o tratamento ativo do potencial dador de órgãos;</li><li>• Elaborar um estudo de caso;</li><li>• Realizar formação em serviço, de acordo com as necessidades identificadas junto da equipa.</li></ul>
--	--	--

**Apêndice IV – Objetivos do Estágio do Serviço de Urgência Polivalente**





<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
<p>Desenvolver competências especializadas em enfermagem na área de especialização de PSC, no âmbito da manutenção do potencial dador de órgãos em morte cerebral, em contexto de Urgência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico;</li> <li>• Desenvolver competências que permitam a identificação do potencial dador de órgãos;</li> <li>• Desenvolver competências, no âmbito do tratamento ativo do potencial dador de órgãos;</li> <li>• Desenvolver competências para uma comunicação eficaz e adequada com a família do potencial dador de órgãos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visita guiada ao SU;</li> <li>• Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional do SU;</li> <li>• Conhecer os recursos materiais e normas existentes no serviço;</li> <li>• Conhecer e aplicar protocolos do doente neurocrítico, de deteção e tratamento ativo do potencial dador;</li> <li>• Identificar o circuito do doente crítico desde a admissão até ao momento de transferência;</li> <li>• Executar técnicas de monitorização hemodinâmica invasivas e não invasivas (tais como, ECG e Ecocardiograma);</li> <li>• Identificar alterações do estado de consciência;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar precocemente alterações neurológicas;</li><li>• Avaliar o estado de consciência, utilizando a Escala de Coma de <i>Glasgow</i>;</li><li>• Manter eficazmente a estabilidade hemodinâmica;</li><li>• Manter o equilíbrio hidro-eletrolítico;</li><li>• Manter a regulação da temperatura corporal;</li><li>• Comunicar eficazmente com a pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa, nomeadamente na comunicação de más notícias;</li><li>• Estabelecer uma relação terapêutica perante a pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa;</li><li>• Estabelecer estratégias pró-ativas que visem a prevenção e controlo de</li></ul>
--	--	---

		<p>infecção à PSC;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pesquisar evidência científica, que sustente a prática de cuidados, com base na PBE, acerca da temática relacionada com o potencial dador de órgãos;</li><li>• Refletir criticamente sobre situações de prestação de cuidados;</li><li>• Elaborar uma sessão formativa de forma a adequar a resposta às necessidades da PSC, nomeadamente o potencial dador de órgãos.</li></ul>
--	--	---



**Apêndice V – Objetivos de Estágio no Gabinete Coordenador de Colheita e  
Transplantação**



OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
<p>Compreender a atividade de coordenação de colheita e transplantação de órgãos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica e metodologia na coordenação de doação e colheita de órgãos;</li> <li>• Conhecer o método de funcionamento de um GCCT;</li> <li>• Observar a articulação entre o GCCT, as unidades de colheita e de transplantação, os coordenadores hospitalares de doação e o centro de histocompatibilidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Acompanhar um coordenador hospitalar de doação;</li> <li>• Participar na consulta do RENNDA.</li> </ul>





# **Anexos**



**Anexo I**

Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS)



### ESCALA BPS (*Behavioral Pain Scale*)

<b>EXPRESSÃO FACIAL</b>	
Relaxada .....	1
Ligeiramente contraída (ex. sobrancelhas arqueadas) .....	2
Contração franca (ex. pálpebras cerradas) .....	3
Fácies de dor .....	4
<b>MEMBROS SUPERIORES/INFERIORES</b>	
Sem movimento .....	1
Parcialmente fletidos e tensos .....	2
Rígidos com dedos crispados/cegados .....	3
Totalmente contraídos/rígidos .....	4
<b>ADAPTAÇÃO VENTILATÓRIA</b>	
Adaptado .....	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos .....	2
Desadaptado/Bloqueio ventilatório frequente .....	3
Incapaz de controlar a ventilação .....	4
<b>NOTAS:</b>	
Avaliações com analgesia >4 implica ajuste terapêutico com aumento analgésico	
Em V. Espontânea com score >3 implica terapêutica analgésica (anulado parâmetro Adaptação Ventilatória)	
Em doentes tetraplégicos com score >3 implica terapêutica analgésica (anulado parâmetro dos Membros)	

Adaptado de Payen (2001)

#### Instruções:

Considera três indicadores de avaliação: expressão facial, comportamento dos membros e adaptação ventilatória. Cada indicador contém 4 parâmetros e respetivos scores (entre 1 e 4), a dor máxima incorpora-se no score 12 (máximo) e sem dor no score 3 (mínimo). O objetivo é manter o doente com valores  $\leq 4$ .

1. Payen JF, Bru O, Bosson JL, et al. BPS: Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med.* 2001;29:2258

2. Batalha, Luis Manuel Cunha; Figueiredo, Ana Margarida; Marques, Marisa e Bizarro, Vera. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Rev. Enf. Ref.* 2013, vol. Ser III, n.9, pp. 7-16. ISSN 0874-0283.

<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12108>.



**Anexo II**

Procedimento Multisectorial – Diagnóstico de Morte Cerebral no Adulto





Conselho de Administração  
**Circular Informativa**

Nº: 463 Data: 31 de Julho de 2014

**ASSUNTO:** Procedimento Multissetorial – TRC.132 – Diagnóstico de morte cerebral no adulto

O Conselho de Administração em sessão de 30/07/2014 aprovou o seguinte Procedimento:

**TRC.132 – Diagnóstico de morte cerebral no adulto**

O presente procedimento está associado à Política de Tratamento e Cuidados e aplica-se ao

O Conselho de Administração



HOSPITAL DE  
SANTA MARIA



	Procedimento Multissetorial	TRC.132
	DIAGNÓSTICO DE MORTE CEREBRAL NO ADULTO	

**APROVAÇÃO**

**1 OBJETIVO**

Descrever o processo para certificação de morte cerebral em adultos, com idade igual ou superior a 18 anos e uniformizar o respetivo impresso de registo no

**2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO**

O processo para certificação de morte cerebral aplica-se à Área de Urgência e Cuidados Intensivos.

**3 RESPONSABILIDADES**

**3.1 Pela implementação do procedimento:** Área da Urgência e Cuidados Intensivos do

**3.1 Pela revisão do procedimento:** Área da Urgência e Cuidados Intensivos do

**4 DEFINIÇÕES**

De acordo com a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei 12/93, de 22 de abril:

ELABORAÇÃO	
Dr. Luis Bagulho	_____
Dr. Luis Bento	_____
Dra. Luisa Amado	_____
Dr. Manuel de Sousa	_____
Enf. Maria da Cruz Palma	_____
Dra. Paula Rocha	_____
Dr. Ricardo Gomes Matos	_____
Dr. Ricardo Matos	_____
Dr. Vitor Lopes	_____
VERIFICADO	
CQSD	_____

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	2014	Nº	2017
			15

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

## 5 SIGLAS DE ABREVIATURAS

CA – Conselho de Administração  
GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação  
CHD – Coordenador Hospitalar de Doação  
CHKS – Caspe Healthcare Knowledge  
CH  
CQSD – Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

## 6 REFERÊNCIAS

- CHKS, *International Accreditation programme for Healthcare Organisations*, 4ª ed. julho 2013.

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
	Cuidados no fim da vida	43.7

- Circular Informativa do - nº 062 de 03 de fevereiro de 2010 (com respetivo anexo).
- Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de abril.
- Lei - nº 22/2007, de 29 de junho.
- Portaria - nº 357/2008 de 09 de maio - Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação

## 7 DESCRIÇÃO

### 7.1 Introdução

O diagnóstico de morte cerebral tem uma conceptualização, metodologia diagnóstica e enquadramento legal que estão bem definidos na literatura médica e o acervo legislativo e normativo legal estão igualmente bem definidos (consultar referências).

Não há, atualmente, controvérsia significativa sobre o tema da morte cerebral seja do ponto de vista da ciência médica, das religiões e da ética.

A metodologia da verificação de morte cerebral, tem uma praxis médica com alguma evolução ao longo do tempo, mas não modificando de forma substantiva as provas de diagnóstico e a sua execução concreta.

No diagnóstico de morte cerebral, que é uma perícia médico-legal executada por médicos, pode-se afirmar que só há que seguir o articulado da Lei em vigor.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	2014	Nº	2/5

	<b>Procedimento Multissetorial</b>	<b>TRC.132</b>
	<b>DIAGNÓSTICO DE MORTE CEREBRAL NO ADULTO</b>	

## 7.2 Processo

A determinação da causa do coma e das pré condições (ausência de hipotermia, de hipotensão e de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central), devem ser verificadas e registadas precedendo a realização das provas.

Na realização das provas de morte cerebral devem, sistematicamente e seriadamente, ser seguidas as regras de semiologia definidas. As "Notas para a Realização de Provas de Morte Cerebral" que estão apenas ao formulário de registo devem servir como referencial de esclarecimento explanando alguns aspetos da realização prática das provas (anexo 1).

O pedido de exames complementares não é obrigatório, no nosso contexto legal, ficando reservado para decisão médica em casos em que a execução das provas esteja prejudicada pela circunstância clínica.

O protocolo de registo deve ser completamente preenchido, nomeadamente, no que diz respeito à identificação dos médicos que procederam à realização das provas.

## 8 ANEXOS

### 8.1 Impressos

#### 8.2 Outros

Anexo 1 - Folha para registo dos dois conjuntos de provas efetuadas;

Anexo 2 - Notas para a realização de provas de morte cerebral.

Os impressos, após preenchidos, transformam-se nos registos que legalmente têm que ser arquivados durante 30 anos.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	2014	Nº	2017
			3/5

**Diagnóstico de Monte Cerebral Em Adultos**

Colocar vinheta de identificação

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Ex. Comp. confirmativos do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data / Hora	Primeira observação	Segunda observação
<b>A – Coma de causa estabelecida, ausência de hipotermia (T central <math>\geq 34^{\circ}\text{C}</math>), de hipotensão (TAM <math>\geq 60\text{mmHg}</math>) e de drogas depressoras do SNC (ex. etanol, barbitúricos)</b>		
- Temperatura <input type="checkbox"/> axilar   <input type="checkbox"/> retal   <input type="checkbox"/> central		
- Alcoolémia		
- Barbitémia (endobarbitol)		
- Benzodiazepinas (séricas)		
- Outros (por exemplo, opiáceos)		
<b>B – Actividade motora espontânea ou em resposta a estímulos na área dos pares cranianos (excluído nos olhos musculares) – (Presente/Ausente)</b>		
<b>C – Respostas e reflexos dos nervos cranianos (Presentes/Ausentes)</b>		
- Reflexos isomotores		
- Reflexos córneos		
- Reflexos laríngeo e traqueal profundo (aproximo laríngeo traqueal profundo)		
- Reflexos oculocelêlicos verticais e horizontais (resposta ocular à rotação lateral e horizontalidade da cabeça e do pescoço)		
- Resposta ocular à irigação dos canais auditivos com 50ml de água fria (olhosse prévia, não considerar a resposta negativa antes de 1 minuto, 4 minutos de intervalo entre o estímulo direito e esquerdo)		
<b>D – Movimentos respiratórios espontâneos após 8 minutos em apnéia (antes do teste <math>\text{PaCO}_2</math> a 100% durante 10 minutos o valor <math>\text{PaO}_2 &gt; 200</math> e <math>\text{PaCO}_2 &lt; 40</math>; durante a prova O2 por ventilação manual a <math>\text{FiO}_2</math> e monitorização de <math>\text{SaO}_2</math>; no fim do teste o <math>\text{PaCO}_2</math> deverá ser superior a 60mmHg ou diferença <math>&gt; 25</math> do valor basal)</b>		
- Presentes/Ausentes		
- $\text{PaCO}_2$ no fim do teste de apnéia		
- $\text{PaO}_2$ no fim do teste de apnéia		
<b>E – Outros exames complementares abaixo indicado(s) quando considerados necessário</b>		
- EEG isoelectrico com registo parcial em amplitude máxima (Sim/Não)		
- Potenciais E. Auditivos: ausência de respostas do tronco (Sim/Não)		
- Potenciais E. Somatosensoriais: ausência de respostas encefálicas (Sim/Não)		
- Doppler transcraniano (discriminar achados)		
- Angiografia cerebral (discriminar achados)		

Nota explicativa no verso

Observações: \_\_\_\_\_

1ª	Nome: _____	Nº CM: _____	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Médico
	Nome: _____	Nº CM: _____		
2ª	Nome: _____	Nº CM: _____	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Médico
	Nome: _____	Nº CM: _____		

(identificação dos Médicos que realizem as provas)



## NOTAS PARA A REALIZAÇÃO DE PROVAS DE MORTE CEREBRAL

A folha de registo deve ser utilizada na realização e registo de todas as provas de morte cerebral no Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. em doentes adultos (idade  $\geq 18$  anos). O presente protocolo não se aplica a crianças. Os critérios para a sua execução em idades pediátricas diferem ligeiramente destes devendo, nomeadamente, na 1ª infância ser consultado um especialista habituado a lidar com a sua realização.

Nos termos da declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da lei nº 12/93, de 22 de Abril e publicada no Diário da República nº 235, página 6160, de 11 de Agosto de 1994, a verificação da morte cerebral requer:

- A realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade impondo-se habitualmente no adulto um intervalo entre provas  $\geq$  a duas horas, maior e nos recém-nascidos e crianças podem ser necessárias até 24-48 horas;
- A execução das provas de morte cerebral deve ser executada por dois Médicos Especialistas em neurologia, neurocirurgia ou com experiência em cuidados intensivos;
- Nenhum dos Médicos que executa as provas poderá pertencer às 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.

O diagnóstico da morte cerebral deve ser considerado apenas 6 horas depois do início do coma, após obtenção de estabilidade hemodinâmica e, preferencialmente, em ambiente de cuidados intensivos. Deve ser referido que a hipotermia pode simular morte cerebral, dado a resposta pupilar à luz poder desaparecer quando a temperatura central é menor que 32°C e os restantes reflexos do tronco cerebral poderem estar deprimidos. Quando das provas a temperatura central deverá ser  $\geq 34$ °C.

Embora o diagnóstico da morte cerebral deva ser sempre realizado na ausência de fármacos depressores do sistema nervoso central, um diagnóstico clínico de morte cerebral pode ser feito se os níveis de fármacos não se encontrarem elevados. Nos doentes em que um determinado fármaco se encontrar presente mas os seus níveis não puderem ser quantificados, uma abordagem racional é a observação do doente por um período superior a quatro vezes a semi-vida do fármaco em questão, desde que não existam outras distúrbios de digestão que impeçam a sua metabolização ou eliminação. No caso de dúvida persistente, devem ser realizados exames complementares de diagnóstico.

Devem ser observados cuidados particulares:

- Na avaliação dos reflexos oculovestibulares (resposta ocular à irrigação dos canais auditivos com 50 ml de água fria ( $\pm 4$ °C), – cabeça a 30°, a realização de oscopia prévia; não se considerando a resposta negativa antes do 1 minuto e devendo ser feita pausa de 4 minutos de intervalo entre o estímulo direito e esquerdo);
- Na observação dos movimentos respiratórios espontâneos (tempo mínimo de 8 minutos em apnéia ou o necessário para no fim da prova a PaCO<sub>2</sub> ser superior a 60 mmHg ou existir um diferencial superior a 20 mmHg da PaCO<sub>2</sub> em relação ao valor basal (antes da prova FCC a 100% durante 15 minutos); durante a prova administrar O<sub>2</sub> por sonda intratracheal a  $\approx 6$  L/min ou por sistema de CPAP, sempre com monitorização contínua da SaO<sub>2</sub>; em caso de hipoxémia a prova deve ser interrompida).

A utilização de meios complementares de diagnóstico (quer electrofisiológicos quer testes de perfusão cerebral) não é habitualmente necessária e não é mandatória face à lei portuguesa. Todavia, a sua realização está indicada quando existem dúvidas na interpretação das provas clínicas (p.ex. pela presença de eventuais reflexos espinais), não existir diagnóstico para o coma, ou não existirem possibilidades de executar alguma(s) das provas clínicas.

Durante a execução das provas da morte cerebral deve ser sempre evitado qualquer acto do qual possa resultar agressão adicional para o doente. Este pressuposto pode impedir a realização de algumas provas clínicas (por exemplo a pesquisa de reflexos oculocéfálicos em doente em que não foi excluída a existência de lesão traumática da coluna cervical ou a realização da prova da apnéia em doente com hipoxémia refractária). Tais casos podem obrigar à realização de exames complementares de diagnóstico.

**Anexo III**

Procedimento Sectorial – Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos





	Procedimento Setorial ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS	COO.000
	Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	

<b>APROVAÇÃO</b>

**1. OBJECTIVO**

Descrever as atividades de Enfermagem relacionadas com o processo de identificação/referenciação do potencial dador de órgãos/tecidos em morte cerebral e respectivo contacto com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do

**2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO**

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos

**3. RESPONSABILIDADES**

3.1. Pela implementação do Procedimento: Equipa de Enfermagem da UCIN e Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.

3.2. Pela revisão do procedimento: Equipa de Enfermagem da e Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.

**4. DEFINIÇÕES**

Morte Cerebral – Cessação irreversível de todas as funções do tronco cerebral.

**5. SIGLAS E ABREVIATURAS**

- 5.1. BO – Bloco Operatório
- 5.2. ECG – Escala de Coma de Glasgow
- 5.3. GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação
- 5.4. –
- 5.5. PAM – Pressão Arterial Média
- 5.6. PMC – Provas de Morte Cerebral
- 5.7. RENNDA – Registo Nacional de Não Dador

**6. REFERÊNCIAS**

Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2010:

<b>ELABORAÇÃO</b>	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	_____
<b>VERIFICAÇÃO</b>	
CQSD	_____

<b>EDIÇÃO</b>	<b>PRÓXIMA EDIÇÃO</b>	<b>Nº PÁGS.</b>
		1/5

	<p>Procedimento Setorial  <b>ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS</b></p>	<p>COD.0000</p>
	<p>Referenciação do Potencial Dador de  <b>Órgãos/Tecidos</b></p>	

Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril.

Lei – nº 22/2007 de 29 de Junho.

Portaria nº 357/2008 de 09 de Maio.

#### 7. DESCRIÇÃO

O profissional de saúde da equipa multidisciplinar que mais próximo está do doente/família é o Enfermeiro. Desta forma, este profissional poderá ser um dos dinamizadores do processo de identificação/referenciação dos potenciais dadores de órgãos/tecidos, uma vez que tem um papel relevante na avaliação neurológica do doente e assim, em colaboração com o médico da unidade, o Enfermeiro poderá ter um papel relevante na referenciação dos potenciais dadores.

Identificado um doente em score 3 da escala de coma de Glasgow (sem abertura dos olhos; sem resposta verbal; sem resposta motora) com pupilas fixas, sem respiração espontânea, a determinação da causa do coma e das pré condições (ausência de hipotermia, de hipotensão e de drogas depressoras do sistema nervoso central), devem ser verificadas e registadas precedendo a realização das provas de morte cerebral.

Para a realização das provas de morte cerebral o Médico, coadjuvado pelo Enfermeiro do doente, deverão respeitar as pré condições supracitadas. Desta forma, serão solicitados todos os exames/análises que possam contribuir para a decisão médica em casos em que a execução das provas esteja prejudicada pela circunstância clínica.

Após a avaliação neurológica do doente e realização dos exames/análises e feito o diagnóstico de morte cerebral pelo médico da unidade, este deverá contactar o Neurologista, Neurocirurgião ou médico com experiência em Cuidados Intensivos, para se realizarem as primeiras provas de morte cerebral (PMC).

- PMC - Para se dar início às primeiras PMC, o doente deverá estar com a cabeça a 30º, realizar colheita de sangue para a 1ª gasimetria arterial e colocar um FIO2 a 100%, durante 15 minutos. Neste período de hiperoxigenação os médicos iniciam as PMC, começando por pesquisar a atividade motora espontânea ou em resposta a estímulos na área dos pares cranianos, passando a seguir para as respostas e reflexos dos nervos cranianos: reflexos fotomotores, córneos, faríngeo e traqueal profundo, oculocefálicos verticais e horizontais, resposta ocular à irrigação dos canais auditivos com 50 ml de Soro fisiológico a 4ºC.

Para este último procedimento, será necessário que o Enfermeiro providencie:

- Soro fisiológico a 4ºC;
- Cateter venoso periférico G14 (sem mandril);
- Seringa de 50 ml;
- Ebonite/compressas;
- Otoscópio;
- Sonda nasal de O2.

Para realizar a prova da apnéia desconecta-se o doente do ventilador e coloca-se, durante 8 minutos, uma sonda de O2 intratraqueal a 8 L/min, com monitorização contínua da SaO2 (se ocorrer hipoxémia a prova deverá ser interrompida). No caso de

	Procedimento Setorial ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS	COO.0000
	Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	

não haver hipoxémia deverá ser feita nova colheita de sangue para a 2ª gasimetria arterial, imediatamente antes de se voltar a conectar o doente ao ventilador.

É exigência legal o correto preenchimento do impresso criado para o registo dos dois conjuntos de PMC e que consta no procedimento multisectorial "Diagnóstico de Morte Cerebral" TRC.132.

Após a realização das primeiras provas, com identificação de um potencial dador, deverá ser feita a referenciação ao Coordenador do GCCT/CHD (Telemóvel de contato – 1 ) para que seja feita a consulta ao Registo Nacional de Não Dadores (RENDA).

Feita a consulta ao RENDA, o resultado da pesquisa deverá ser comunicado à Unidade. A existência de registo no RENDA implica não avançar com o processo da doação.

A folha com o registo da pesquisa no RENDA deve constar no processo do potencial dador/faalecido.

No caso de não existência de registo no RENDA o Coordenador do GCCT/CHD deverá deslocar-se à unidade para fazer a avaliação do potencial dador e, consequentemente, decidir em termos de critérios de inclusão/exclusão do potencial dador para os vários órgãos a colher.

Na unidade deverá ser disponibilizada toda a informação solicitada pelo Coordenador do GCCT/CHD:

- história clínica;
- antecedentes relevantes;
- dados demográficos;
- causa de morte;
- exames complementares de diagnóstico.

Intervenções do Enfermeiro da Unidade no caso do potencial dador ser aceite pelo GCCT:

1. Colher sangue para estudo dos marcadores virais:
  - 6 tubos de hemograma;
  - 2 tubos de bioquímica;
  - 1 seringa de 20 ml heparinizada (dever-se-á aspirar 0,5 ml de heparina e desperdiçar posteriormente), esta colheita de 20 ml deverá ser preferencialmente realizada de veia periférica;
  - tipagem, se o potencial dador ainda não tiver;
  - outras análises se eventual solicitação do GCCT.

Todos os tubos deverão estar reconhecidos com as vinhetas de identificação do potencial dador. A seguir à colheita do sangue os tubos devem ser colocados num saco de plástico e este, colocado num contentor próprio, fornecido pelo GCCT.

2. Colaborar com o médico (cirurgião) na colheita do gânglio da região femoral, para compatibilidade/tipagem HLA:
  - Caixa de colheita de gânglio, que deverá ser solicitado ao Bloco Operatório Central;
  - Lâmina de bisturi;
  - Fio de seda para sutura;

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		3/5

	<b>Procedimento Setorial</b> <b>ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS</b>	<b>COD. 0000</b>
	<b>Referenciação do Potencial Dador de</b> <b>Órgãos/Tecidos</b>	

- Desinfetante;
- Frasco estéril
- Soro fisiológico (temperatura ambiente).

O gânglio depois de colhido é colocado em frasco estéril com soro fisiológico a temperatura ambiente. Relativamente ao acondicionamento e identificação do gânglio deverá ser igual ao dos produtos provenientes das colheitas de sangue.

Excepcionalmente, poderá haver situações em que o gânglio será colhido durante a colheita de órgãos no Bloco Operatório.

Após o adequado acondicionamento dos produtos, estabelece-se contacto com o Serviço de apoio – Telefone – para que estes procedam à recolha dos produtos e o encaminhem para a "Lusotransplante" – Centro de Sangue e da Transplantação de , localizado no .

Na Unidade a referência para qualquer contacto será o Enfermeiro responsável pelo potencial dador.

Os resultados de todos os exames/análises serão encaminhados para o GCCT.

De acordo com o potencial dador, estabilidade hemodinâmica e os vários órgãos a colher, poderá ser necessário solicitar colheitas/exames mais específicos:

- Ecografia abdominal se dador com traumatismo, alterações analíticas, ou idade avançada;
- Ecocardiograma e enzimas cardíacas se dador de coração;
- RX tórax, gasmetrias seriadas e eventual broncofibroscopia se dador de pulmão;
- Biopsia hepática para dador de fígado se ecografia com sinais de esteatose (envio do produto da biopsia para o Bloco operatório do pólo - contatar serviço de apoio

As segundas PMC são, normalmente, realizadas passadas 6 horas após as primeiras. Se confirmada a morte cerebral o médico da Unidade deverá certificar o óbito, o óbito é certificado logo após as segundas PMC positivas, e a partir deste momento falamos de dador de órgãos.

Os cuidados de Enfermagem devem manter-se ao dador, tal como no doente crítico. Todos os cuidados prestados até à realização de PMC precisam ser assegurados e de acordo com os órgãos a colher deveremos estar mais atentos para alguns deles, que estarão mais diretamente associados à colheita (ex. pulmão – aspiração de secreções; cómeas – aplicação de cloranfenicol...).

O transporte do dador para o Bloco Operatório é assegurado pela equipa da (Médico e Enfermeiro).

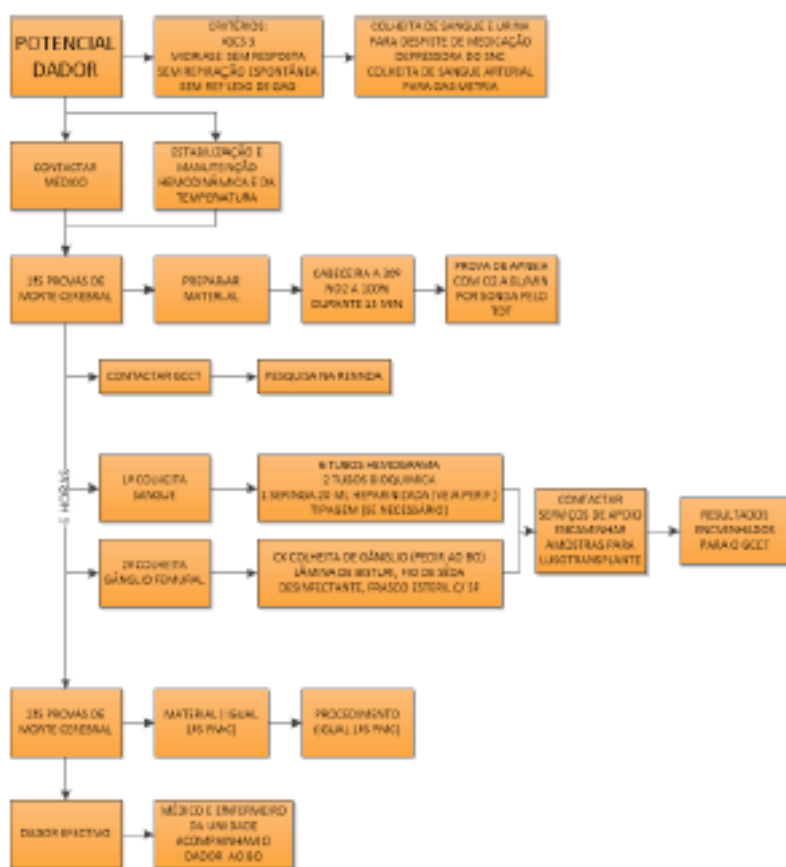
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		45

	<b>Procedimento Setorial</b> <b>ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS</b>	<b>COD. 0000</b>
	<b>Referenciação do Potencial Dador de</b> <b>Órgãos/Tecidos</b>	

**8. ANEXOS**

**8.1. Outros**

**DIAGRAMA DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS COM O POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS**



EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		55



**Anexo IV**

3º EEE (Encontro de Enfermagem de Emergência) - 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica







**3º encontro de enfermagem de emergência**

**1º encontro de enfermeiros especialistas em Pessoa em situação crítica**

# Certificado Participação

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica a sua participação no  
**3º Encontro de Enfermagem de Emergência |**  
**1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica,**  
 promovida nos dias **20 e 21 de Novembro de 2015,** na  
**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Parque das Nações**



## Susana Saraiva Faria

O Presidente da  
 Associação Portuguesa de Enfermeiros:

**Patrocínios:**



**Anexo V**

Suporte Avançado de Vida (SAV)





Instituto Nacional de Emergência Médica

Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/02/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que SUSANA SARAIVA FARIA, nascido(a) a 19/06/1986, em Muge, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 12984109, concluiu com aproveitamento, em 28/02/2015, o Curso de Formação Profissional.

### Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 27/02/2015 a 28/02/2015, com a duração total de 16.00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.4 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul – Lisboa, 28/02/2015

O Diretor do Departamento de Formação  
em Emergência Médica

(Luis Alberto Rodrigues Alves Meira)



**Anexo VI**

*Advanced Trauma Life Support / Advanced Trauma Care for Nurses (ATLS /  
ATCN)*







Continuing Education Certificate  
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care  
for Nurses<sup>®</sup>**  
Student Course

CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL  
HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE XAVIER

LISBOA

17 a 19 de Abril de 2015

SUSANA SARAIVA FARIA

---

---

**Cândida Durão**  
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing, Provider Number CEP 11062. This course has been approved for 25 hours of credit.



**Anexo VII**

1º Encontro de Enfermagem em Traumatologia do Hospital B





FACULDADE DE  
MEDICINA  
LISBOA



# 15ª REUNIÃO INTERNACIONAL DE CIRURGIA



MM  
Lisboa  
Hospital Santa Maria

CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA  
HOSPITAL SANTA MARIA  
FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

## Certificado

Certifica-se que

*Susana Faria*

participou no **1º Encontro de Enfermagem em Traumatologia** do CHLN,  
de 5 de Fevereiro de 2016 no Departamento de Cirurgia Clínica Universitária de Cirurgia II.

Prof. Doutor Mendes de Almeida



**Anexo VIII**

10<sup>as</sup> Jornadas do Doente Crítico do Hospital B







# Certificado

Certifica-se que Susana Faria esteve presente nas **10<sup>as</sup>. Jornadas do Doente Crítico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 28 e 29 de janeiro de 2016.

  
**Dr. A. Pais de Lacerda**  
Coordenador da Comissão Organizadora

