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

Gestão de Cuidados do Potencial Dador de Órgãos: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Ana Catarina da Costa Henriques

Lisboa
2021

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

Gestão de Cuidados do Potencial Dador de Órgãos: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Ana Catarina da Costa Henriques

Orientador: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques

Lisboa
2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.
É saber falar de si mesmo.
É ter coragem para ouvir um “Não”!!!
É ter segurança para receber uma crítica,
Mesmo que injusta…

Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um castelo…”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Ao Rui, meu marido, pelo apoio incondicional e ajuda desde o primeiro dia, em todos os momentos e por nunca me ter deixado desistir.

Aos meus pais, irmão e cunhada pelo apoio, paciência e por todas as esperas prolongadas em tantos encontros em dias de aulas.

Aos meus amigos, onde incluo colegas das minhas Equipas B e D, que sempre me ouviram e me auxiliaram nas minhas dúvidas existênciais, mesmo nos dias menos bons.

Aos Profissionais com quem me cruzei, salientando a Srª Enfermeira Olga Rego e Sr. Enfermeiro Carlos Clemente, pelas partilhas e momento de aprendizagem que me proporcionaram.

À professora Eunice Henriques pela orientação e apoio durante todo o percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure
aPPT – Activated Partial Thromboplastin Time
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BD – Brain Death
BiPAP – Bilevel Positive Pressure Airway
BO – Bloco Operatório
CMPSC – Curso Mestrado Pessoa em Situação Crítica
CPAP – Continuous Positive Airway Pressure
DAE – Desfibrilhador Automático Externo
DCD – Donation After Cardiac Death
DGS – Direção Geral de Saúde
DM – Diabetes Mellitus
ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*
ECMO-VA – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*-Venoarterial
ECMO-VV – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*-Venovenoso
E-CPR – Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation
EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
EPI – Equipamento Individual Proteção
FAST – Focused Assessment with Sonography for Trauma
FV – Fibrilhação Ventricular
GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação
HTA – Hipertensão Arterial
INEM – Instituto Nacional Emergência Médica
IPST – Instituto Português do Sangue e Transplantação
OE – Ordem Enfermeiros
NEWS – National Early Warning Score
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCC – Paragem cardiocirculatória
PD – Potencial Dador
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RCE – Recuperação Circulação Espontânea
RCP – Reanimação Cardio-Pulmunar
RENNDA – Registo Nacional de não Dadores

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado Vida

SBV – Suporte Básico Vida

SNC – Sistema Nervoso Central

SUG – Serviço Urgência Geral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

Tpod® – Trauma Pelvic Orthotic Device

TV – Taquicardia Ventricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VA – Via Aérea

VMER – Viatura médica de emergência e reanimação

RESUMO

Este relatório tem como objetivo realizar uma análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências de especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Para tal foram realizados vários trabalhos de modo a auxiliar todo o percurso como uma Revisão Integrativa da Literatura que apresentava como objetivo, mapear as intervenções de enfermagem realizadas ao potencial dador de orgãos em morte cerebral ou paragem cardiocirculatória.

Atualmente existem milhares de pessoas a necessitarem de um transplante de modo a melhorar a sua qualidade de vida ou para continuarem a viver, mas a realidade é que apesar do aumento das listas de espera para transplantes, não se consegue aumentar o número de dadores. Um do aspetos que pode melhorar esta problemática é a consciencialização da população, pois quantos mais dadores de órgãos existirem maior será o número de pessoas possíveis de salvar. O potencial dador de órgãos em paragem cardiocirculatória e em morte cerebral requer cuidados especializados, sendo aos enfermeiros que cabe a responsabilidade natural de os cuidar tornando-se fundamental que detenham conhecimentos nesta área, traduzindo-se a qualidade de cuidados na viabilidade dos órgãos colhidos.

A transplantação é muitas vezes a última opção de tratamento para pessoas com doença crónica de caráter irreversível, melhorando assim a sua qualidade de vida. Desde o primeiro transplante realizado que existe na área um grande desenvolvimento no tratamento de doenças do rim, pâncreas, fígado, coração, pulmão e intestino (Mendes, Roza, Barbosa, Schirmer, & Galvão, 2012).

Para o desenvolvimento desta temática de modo a colocar em prática cuidados mais complexos e especializados, foi planeado e elaborado um percurso começando pelo projeto que foi posteriormente implementado em contexto de estágio (Unidade de Cuidados Intensivos, Serviços de Urgência e Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação), culminando na realização do relatório.

Palavras chave: Potencial dador de órgãos; Intervenções enfermagem; Gestão cuidados

ABSTRACT

This report aims to conduct a critical and reflective analysis of the development of the skills of a nursing specialist in people in critical situations. To this end, several studies were carried out to assist the entire journey as an Integrative Literature Review that aimed to map the nursing interventions performed to the potential organ donor in brain death or cardio-circulatory arrest.

Currently, there are thousands of people who need a way to improve the quality of life or continue to live, but the reality is that despite the increase in the waiting list for transplants, the number of donors cannot be obtained. The way to solve this problem is to demand public awareness, because the more organ donors there are, the more people can be saved. The potential organ donor in DCD (Donation After Cardiac Death) and BD (Brain Death) requires specialized assistance, and nurses are responsible for a natural responsibility to care, becoming fundamental to retain the knowledge in this area, which translate the quality of care into the viability of the organs harvested.

Transplantation is often the last treatment option for people with an irreversible chronic disease, thus improving their quality of life. Since the first transplant, there has been a great development in the area in the treatment of diseases of the kidney, pancreas, liver, heart, lung and intestine (Mendes, Roza, Barbosa, Schirmer, & Galvão, 2012).

For the development of this theme in order to put into practice more complex and specialized care, a path was planned and elaborated starting with the project that was implemented in the context of an internship (Intensive Care Unit, Emergency Services and Harvest and Transplant Coordinating Office) , culminating in the realization of the report.

Keywords: Potential organ donor; Nursing care; Care management

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 21
1. GESTÃO DE CUIDADOS DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS: UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM 27
1.1 Contextualização histórica transplantação 28
1.2 Legislação em Portugal 29
1.3 Dador em Paragem Cardiocirculatória 30
1.4 Dador em Morte Cerebral 33
1.5 Intervenções de Enfermagem ao Potencial Dador de Órgãos 34
1.6 Questões Éticas 36
1.7 Família 38
2. ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM 41
2.1 Unidade Cuidados Intensivos 45
2.2 Serviço Urgência Geral Hospital Polivalente Lisboa 57
2.3 Serviço de Urgência Geral Polivalente Porto 62
2.4 Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação 65
3. CONCLUSÃO 69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71
APÊNDICES
APÊNDICE 1 – RIL
APÊNDICE 2 – Cronograma Estágios
APÊNDICE 3 – Objetivos UCI
APÊNDICE 4 – Pesquisa Bibliográfica
APÊNDICE 5 – Estudo Caso
APÊNDICE 6 – Jornal de Aprendizagem UCI
APÊNDICE 7 – Objetivos SUG
APÊNDICE 8 – Jornal de Aprendizagem SUG
ANEXOS
ANEXO 1 - Protocolo Sedoanalgesia UCI
ANEXO 2 - Behavioral Pain Scale (BPS)
ANEXO 3 – Programa Congresso Internacional Doente Crítico 2019
ANEXO 4 – V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1: Tempos no processo de doação em PCC não controlada……...32

Figura 2: Alterações fisiopatológicas associadas à morte cerebral……34

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 9º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, foi desenvolvido este trabalho com a apresentação do pré-projeto e posterior realização de várias etapas. Tem como objetivo realizar uma análise crítica do desenvolvimento das competências de especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica em articulação com as competências de grau de mestre, dando resposta ao que esta definido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

Sendo um curso de mestrado inserido no 2º ciclo, é fundamental realizar um planeamento tendo em conta os Descritores de Dublin (DGES, 2013). Estes definem competências a desenvolver ao nível de mestrado, das quais fazem parte os conhecimentos científicos, a capacidade de compreensão e a sua aplicação, a realização de juízos profissionais e tomada de decisão, capacidade de comunicação e ainda a autoaprendizagem.

A Ordem dos Enfermeiros traça também um conjunto de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica:

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

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

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O desenvolvimento de competências ao longo dos estágios, teve como ponto inicial o Modelo Dreyfus aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2005). Segundo a autora, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2005). Refere ainda que, na base do desenvolvimento de competências está a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a experiência de situações reais.

O tema escolhido para este projeto foi: “Gestão de cuidados do potencial dador de órgãos: uma intervenção especializada de enfermagem”. Este tema surge da necessidade sentida no meu contexto clínico, (SUG – Serviço Urgência Geral), pois existe uma falha muito grande na identificação de potenciais dadores em PCC (Paragem Cardiocirculatória) e em MC (Morte Cerebral). Com a introdução do LUCAS nas VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) e nos serviços de urgência o número de potenciais dadores aumenta, mas é necessário identificá-los e tratá-los até à chegada ao BO (Bloco Operatório).

Segundo dados da Coordenação Nacional de Transplantação houve em 2019 um aumento de mais 49 (5,9%) órgãos transplantados relativamente ao ano anterior, tendo atingido os 878 órgãos. O transplante pulmonar teve um aumento de 40%, o maior de sempre, alcançando o maior número de pulmões transplantados, 70 orgãos em 39 doentes (Instituto Português do Sangue e Transplantação, 2020).

A transplantação pode ser definida como “the transfer (engraftment) of human cells, tissues or organs from a donor to a recipient with the aim of restoring function(s) in the body” (OMS, 2009, p. 14), logo sabemos que o transplante de órgãos melhora a qualidade de vida e aumenta a esperança média de vida de doentes em estádio terminal de falência de um órgão (Manara, Murphy, & Ocallaghan, 2012).

O progresso da doação de órgãos e transplantação está relacionado com o crescimento de políticas de saúde. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) (2002, p. 22) “a responsabilidade é também dos líderes governamentais que criam políticas, atribuem recursos e decretam legislação”. Assim sendo a transplantação deve ter sempre em conta a participação da população, uma vez que sem órgãos e tecidos, ou seja, sem colheita não há transplantação. Desta forma a maneira mais eficaz de fazer com que a população adira ao processo de doação de órgãos é através da sensibilização, utilizando campanhas de informação para que a população não viva de mitos e informações falsas e contraditórias.

O transplante de órgãos, tecidos e células de origem humana é um campo da medicina em grande expansão que promove oportunidades para o tratamento de doenças até agora incuráveis (Diretiva 2004/23/EC, 2004). Para além disso, o transplante pode melhorar e otimizar a qualidade de vida dos doentes e famílias em fase de doença terminal, possibilitando que se tornem novamente membros produtivos e ativos da sociedade (Bartucci, 2003).

Segundo a OMS (2008) o processo de doação e transplante de órgãos deve seguir critérios clínicos e normas éticas. Seguindo a mesma lógica, a Ordem dos Enfermeiros (2015) no Artigo 82º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida, da Deontologia Profissional de Enfermagem refere que o desenvolvimento e progresso da medicina intensiva criou problemas éticos designadamente no que diz respeito à transplantação. Durante a prestação de cuidados a potenciais dadores é imprescindível o cumprimento da deontologia profissional.

Poderemos considerar um PD (Potencial Dador) aquele doente que se encontra em morte cerebral, ou que o seu estado neurológico poderá evoluir para uma lesão irreversível do SNC (Sistema Nervoso Central), mas em que as suas funções vitais se mantêm estáveis pela utilização de métodos "artificiais" de manutenção das mesmas. Logo que se estabelece o diagnóstico de MC o tratamento instituído vai no sentido de manter o adequado funcionamento dos órgãos a transplantar, de forma a serem viáveis para o recetor. Um PD em MC poderá doar até 8 órgãos, sem contar com a possibilidade de colheita de córneas, pele e ossos (Rech & Rodrigues Filho, 2007).

A contínua escassez de órgãos, dado o número limitado de potenciais dadores de órgãos em morte cerebral, levou a um ressurgimento do interesse no dador em PCC, como meio de expandir o potencial número de dadores. É improvável que a expansão de programas de dador de coração parado seja isoladamente suficiente para resolver a escassez mundial de órgãos doados para transplante. Portanto é provável que os critérios para PCC sejam alargados, de forma a minimizar a lesão isquémica nos órgãos candidatos (Smith, Dominguez-Gil, Greer, Manara, & Souter, 2019).

A evidência em estudos Europeus sugerem que a criação de hospitais com ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*)* para dadores em PCC, têm potencial para aumentar substancialmente a disponibilidade de órgãos (Wall et al., 2011). A doação em dadores em PCC acarreta vários desafios, começando na identificação de potenciais dadores, na correta utilização dos critérios de elegibilidade, no respeito dos princípios éticos e legais, no cumprimento dos tempos de intervenção e na resposta pré e intra-hospitalar (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

A intervenção do enfermeiro é fundamental pois pode e deve prestar suporte emocional e esclarecer todas as questões existentes. Os enfermeiros têm de estar aptos a prestar cuidados ao dador de orgãos, mas também aos seus familiares

conhecendo todo o processo que envolve a doação, a colheita e a transplantação pois "Henderson was cognizant of the need to include the patient's family" (Nicely & Delario, 2011, p. 77) em todo este processo.

Quando na presença de um potencial dador, a função do enfermeiro é, fundamentalmente, a de substituição pois "The nurse is temporarily the consciousness of the unconscious, the love of life of the suicidal, the leg of the amputee, the eyes of the newly blind, a means of locomotion for the newborn, knowledge and confidence for the young mother, a voice for those too weak to speak, and so on" (Henderson, 2006, p. 26).

É sustentado nestes pressupostos que pretendo desenvolver competências de forma a aumentar a qualidade da prestação de cuidados, promovendo um cuidado diferenciado e transmitindo também o conhecimento aos pares.

Para o desenvolvimento de competências no domínio da doação de órgãos serão utilizados os referenciais teóricos de Virginia Herdenson (Teoria das 14 Necessidades Fundamentais) e Locsin (Technological Competency as Caring in Nursing).

A teórica de enfermagem Virgínia Henderson, desenvolveu um modelo baseado nas necessidades humanas fundamentais sendo que oferece uma panóplia de ideias que são suficientemente alargadas para a teoria ser aplicada ao processo de doação.

O potencial dador de órgãos, tem as suas necessidades humanas fundamentais afetadas e cabe ao enfermeiro a prestação da totalidade dos cuidados (Henderson, 2007). Tendo em conta esta linha de pensamento a função do enfermeiro é ajudar o doente na realização das 14 necessidades humanas, físicas ou psicológicas, de forma a contribuir para a sua reabilitação ou para uma morte confortável.

"The nurse who applies Henderson´s concepts throughout the donation process will contribute significantly to transferring the gift of life from human being to one or more patients ate the next phase of the donation process" (Nicely & Delario, 2011, p. 77).

A tecnologia é cada vez mais vista como um elo de ligação entre o doente e o enfermeiro, numa relação de vulnerabilidade mútua e de verdadeiro conhecimento dos

intervenientes. Tendo em conta esta situação Locsin na sua teoria descreve o enriquecimento da prática com a competência tecnológica para o conhecimento do individuo na sua totalidade (Locsin, 2017).

A tecnologia e o cuidado podem ser integrados em cuidados de enfermagem de qualidade. Apesar da constante e muito positiva evolução da tecnologia, não nos devemos esquecer que a prioridade será sempre o doente. A competência tecnológica deve conjugar o avanço a este nível com a melhoria no cuidado ao doente (Hill, 2013).

O relatório encontra-se dividido em 3 capítulos: o primeiro em que é descrita a evidência do atual estado da arte relativamente à doação de órgãos, o segundo com a análise crítica do percurso do desenvolvimento de competências e por último a conclusão.

1. GESTÃO DE CUIDADOS DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS: UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

A Enfermagem, tal como qualquer outra área, necessita de investigação de modo a poder renovar e desenvolver o seu próprio corpo de conhecimentos. Para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados em enfermagem e otimizar os cuidados de saúde é então utilizado o conhecimento adquirido pela investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A prática avançada de enfermagem é um conceito amplo que pressupõe um nível avançado de prática clínica de enfermagem e que maximiza o uso do conhecimento avançado e aprofundado da enfermagem e a atenção às necessidades no cuidado à pessoa, famílias, grupos, comunidades e populações, aplicando os conhecimentos na prática do cuidado diário. Implica examinar e sintetizar conhecimento, promovendo o avanço da enfermagem e a profissão como um todo (Canadian Nurses Association, 2008).

Pretende-se que os enfermeiros, prestem cuidados eficazes e eficientes, com o máximo de autonomia, devendo ser líderes na promoção de mudanças de forma a melhorar os cuidados ao doente, família e ambiente (Canadian Nurses Association, 2008).

Tendo em conta a necessidade de fortalecer e desenvolver o pensamento crítico relativo à temática da doação de orgãos foi realizada a pesquisa do atual estado da arte.

1.1 Contextualização histórica transplantação

O transplante tornou-se uma realidade viável apenas no século XX, constituindo um dos principais progressos da medicina e representando uma grande transformação para doentes e comunidade médica apesar de existirem, desde sempre, várias lendas e relatos sensacionalistas que povoam o imaginário da população em geral. O milagre de São Cosme e Damião (retratado na pintura de Fra Angélico) refere a amputação da perna de um etíope morto transplantada no Diácono Justiniano (Mota, 2004).

O transplante renal foi o pioneiro da transplantação tendo-se desde então realizado várias tentativas, maioritariamente fracassadas. Em 1954 Joseph E. Murray (cirurgião americano) realizou o primeiro transplante renal de dador vivo no hospital Peter Bent Brigham em Boston, com sucesso, entre gémeos idênticos (realizou estudos nessa altura da semelhança genética que impedia a reação imunológica). Murray foi Nobel da Medicina em 1991 (Periz & Sanmartí, 2004).

Em Portugal, o primeiro transplante renal de irmã para irmão com sucesso foi realizado em 1969 nos Hospitais da Universidade de Coimbra pelo Dr. Linhares Furtado, tendo deixado toda a comunidade médica portuguesa impressionada com a sua coragem. Passados onze anos deu-se o primeiro transplante renal oriundo de um cadáver (Portugal & Macheta, 2013).

Nos anos 70 prosseguiram várias tentativas de transplante de diversos órgãos, mas a maioria deles resultando na morte do recetor devido ao fenómeno fisiológico da rejeição. A utilização de imunossupressão era a que apresentava melhores resultados na problemática de rejeição de órgão, mas só a descoberta da ciclosporina em 1978 (pelo francês Jean-François Borel) permitiu realizar transplantes com êxito, pois prevenia a rejeição de órgãos através da supressão do sistema de amplificador da resposta imunitária (Portugal & Macheta, 2013).

Os transplantes “nasceram” com a cirurgia, que como se veio a comprovar posteriormente, só se conseguiu estabelecer e manter após o domínio da imunossupressão (Mota, 2004).

1.2 Legislação em Portugal

O Decreto-Lei 553/76 de 13 julho, o primeiro relativo à doação de órgãos em Portugal, definia os termos em que poderiam ser colhidos tecidos ou órgãos para transplantação (ou outros fins terapêuticos) no corpo de pessoa falecida (Decreto-Lei 553/76, 1976).

Após este, nos anos 90, surge a Lei nº 12/93 de 22 abril que veio regulamentar a colheita e transplantação de órgãos e tecidos de origem humana e ainda a criação do RENNDA (Registo Nacional de não Dadores) (Decreto de lei nº 12/93, 1993), mas ficaram na altura em falta os critérios para a verificação da morte cerebral. Em 1994, no dia 11 de Outubro, é publicada a Declaração da Ordem dos Médicos sobre os critérios de morte cerebral (prevista no artigo 12º, da Lei 12/93 de 22 Abril). Já o RENNDA (previsto no artigo 11º, da Lei 12/93) entrou em funcionamento também em 1994 com a publicação do Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro regulando o seu funcionamento e organização (Decreto-Lei nº 244/94, 1994). Assim, no artigo 2º do Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro ficou definido que "a total ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de certos órgãos ou tecidos ou para a afetação desses órgãos ou tecidos a certos fins é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENNDA (em Portugal pratica-se o consentimento presumido) mediante o preenchimento adequado pelos seus titulares ou representantes legais de impresso tipo, em triplicado" (Decreto-Lei nº 244/94,1994). Em 1999 surge a Lei n.º 141/99 de 28 de agosto que veio estabelecer os princípios em que se baseia a verificação da morte (Lei n.º 141/99, 1999).

Em 2007 é publicada a Lei nº 22/2007, de 29 de junho que "transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Diretiva 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, alterando a Lei nº 12/93, de 22 de abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana" (Lei nº 22/2007, 2007). Esta estabelecia normas relativas à qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana (Lei nº 22/2007, 2007). Fica ainda bem explícito que a doação em vida pode acontecer se for para benefício do recetor mas que nunca pode prejudicar a vida dor dador (Lei nº 22/2007, 2007).

A doação em PCC surge a primeira vez com o Despacho nº 14341/2013, de 6 de novembro, em que são estabelecidos os critérios necessários para a colheita de órgãos em dadores falecidos em PCC (“Despacho n.º 14341/2013, 2013).

1.3 Dador em Paragem Cardiocirculatória

As tecnologias como o ECMO e outros desenvolvimentos na área médica, vieram trazer novas oportunidades e critérios para a doação em PCC. Por doação em PCC entende-se que terá de existir uma ausência permanente de respiração e circulação que não sejam recuperáveis (Thuong et al., 2016).

Em 1995 em Maastricht teve lugar o primeiro *workshop* internacional relativo à doação de orgãos em PCC tendo dai resultado a classificação dos dadores em diferentes categorias (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

Segundo esta classificação existem 2 tipos de dadores em PCC, não controlados e controlados. A doação em PCC controlada ocorre após a suspensão planeada de intervenções que prolonguem a vida e que tenham sido consideradas sem benefício para a PSC (Pessoa em Situação Crítica) internada numa UCI (Unidade Cuidados Intensivos) ou SUG. Já a doação em PCC não controlada refere-se à colheita de orgãos após uma PCR (Paragem Cardiorespiratória) inesperada na qual não há possibilidade de RCE (Recuperação Circulação Expontânea) na PSC (Thuong et al., 2016).

Assim, e segundo a Classificação de *Maastricht* modificada foram definidas 5 classes:

Classe I (não controlada) – Morte à chegada ao hospital: falecido fora do hospital, vítimas de morte súbita de etiologia traumática ou não, que não são ressuscitadas;

Classe II (não controlada) – Ressuscitação infrutífera: falecido fora ou dentro do hospital, sujeito a manobras de reanimação adequadas em tempo, mas sem êxito;

Classe III (controlada) – Portadores de doença em evolução irreversível: falecido após suspensão de suporte de funções vitais;

Classe IV (controlada) – Paragem após diagnóstico de morte cerebral, em que a assistolia se verificou antes da doação;

Classe V (não controlada) – Paragem cardíaca súbita em doentes internados em UCI (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

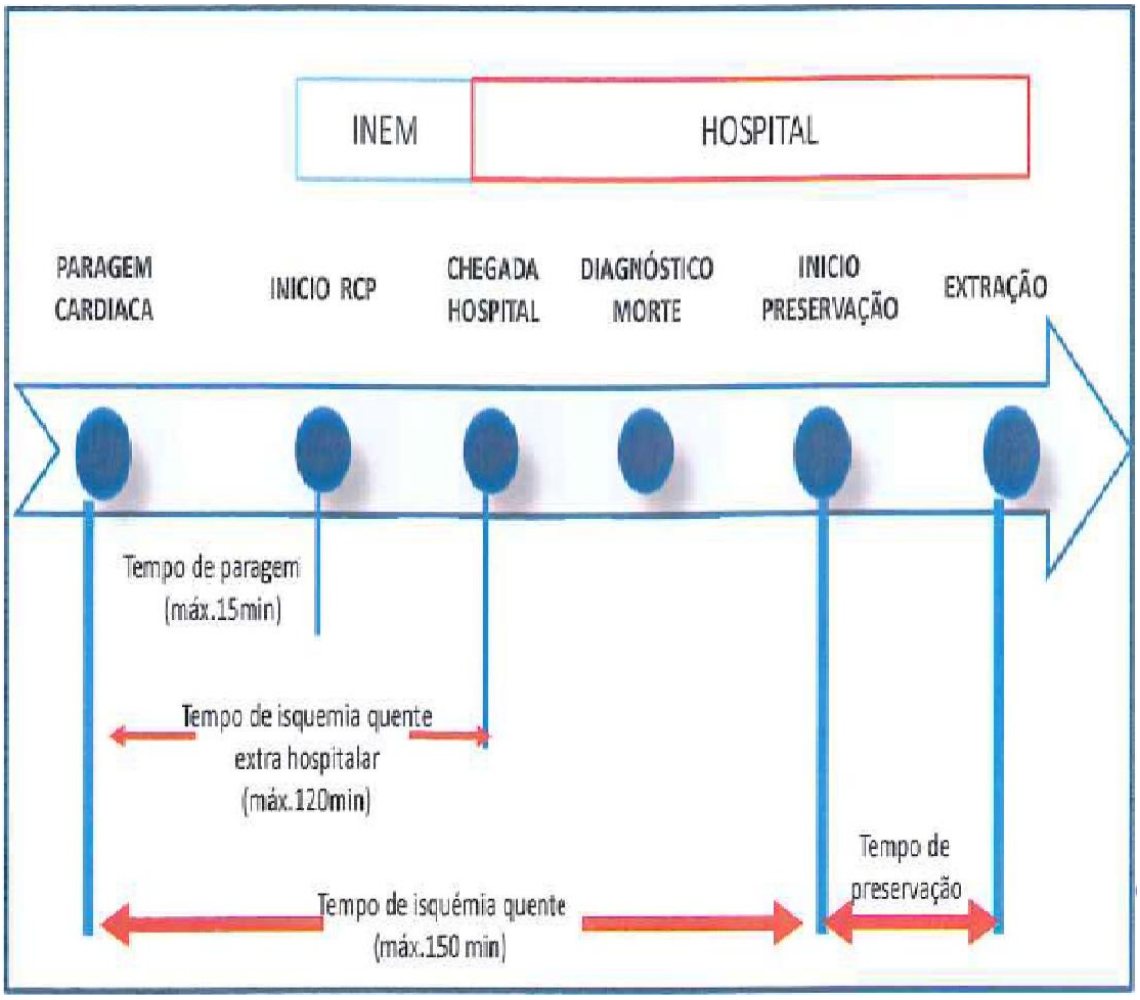
A publicação do Despacho n.º 14341/2013 de 29 Outubro refere que *"*em Portugal, à semelhança de outros países do sul da Europa em que não existe uma tradição de limitação do esforço terapêutico aceite socialmente e em que a maioria das colheitas se faz por consentimento presumido, vai optar-se por colher órgãos de dadores em paragem cardiocirculatória para transplante só na Categoria II de Maastricht*"* ("Despacho n.º 14341/2013, 2013, p. 32856)*.*

Segundo Manara et al. (2012) a doação em PCC não controlada, caso da Classe Maastricht II, apresenta diferentes desafios, pois a isquémia quente (soma do tempo de PCR com o tempo de RCP - Reanimação Cardio-Pulmunar) já está estabelecida quando se faz a identificação do potencial dador. Assim, várias intervenções têm de ser realizadas ao mesmo tempo, como intervenções para impedir a progressão da isquémia quente, avaliar o potencial dador, procedimentos burocráticos e informação e apoio à família (Manara et al., 2012).

Para que se considere um potencial dador de órgãos em PCC existem critérios de elegibilidade que têm de ser validados pela equipa, como a idade do potencial dador (18-60 anos), causa de morte conhecida ou que seja facilmente identificável, o tempo de PCC (intervalo entre PCC e início de manobras) que deve ser inferior a 30 minutos (se houve SBV – Suporte Básico de Vida) ou inferior a 15 minutos (sem SBV) até ao início do SAV (Suporte Avançado de Vida) e o tempo de isquémia total (desde PCC até início preservação orgãos deve ser um total de 150 minutos). Critérios gerais como doenças neoplásicas, sistémicas, infeções ou doenças parcialmente transmissíveis, ausência de PCC prévias, instabilidade hemodinâmica e oligúria prévia à PCC e fatores de risco cardiovascular (HTA – Hipertensão Arterial, DM – Diabetes mellitus, entre outros) fazem também parte dos critérios. Deve ainda ser verificada a temperatura que tem de ser superior a 32ºC, assegurando que não foi administrada terapêutica depressora do SNC e têm de ser suspensas as manobras de RCP (Reanimação Cardiopulmunar) durante 10 minutos (tempo de *no flow*) comprovando a não existência de pulso, sinais de circulação, atividade ventricular (através de

traçado eletrocardiográfico), midríase fixa e ausência de movimentos respiratórios (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

Figura 1: Tempos no processo de doação em PCC não controlada



Fonte: Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2014)

Todo o processo de doação depende do tempo para o seu sucesso e não deverá ultrapassar um total de 120 minutos entre a decisão de PCR irreversível e a colheita de orgãos. Em algumas situações como por exemplo em casos em que haja pedidos de órgãos emergentes, jovens dadores ou condições de transporte e preservação excelentes, pode haver um alargamento do tempo até 240 minutos (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

Para o desenvolvimento do programa de dador em PPC foi necessário criar centros de referência com capacidade de canulação emergente em ECMO-VA (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*-Venoarterial). Esta valência abrange as regiões do Porto (Centro Hospitalar Universitário de São João), Lisboa (Centros

Hospitalares Universitários de Lisboa Norte, E.P.E. e de Lisboa Central) e Coimbra (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

1.4 Dador em Morte Cerebral

Historicamente o conceito de morte cerebral remonta a 1959 com a definição do "*coma depassé*" por Mollaret e Goulon como sendo um coma profundo onde existe um cérebro morto num corpo vivo (Mota, 2004), mas apenas em 1968 são publicados os critérios de morte cerebral de Harvard (Pita & Carmona, 2004).

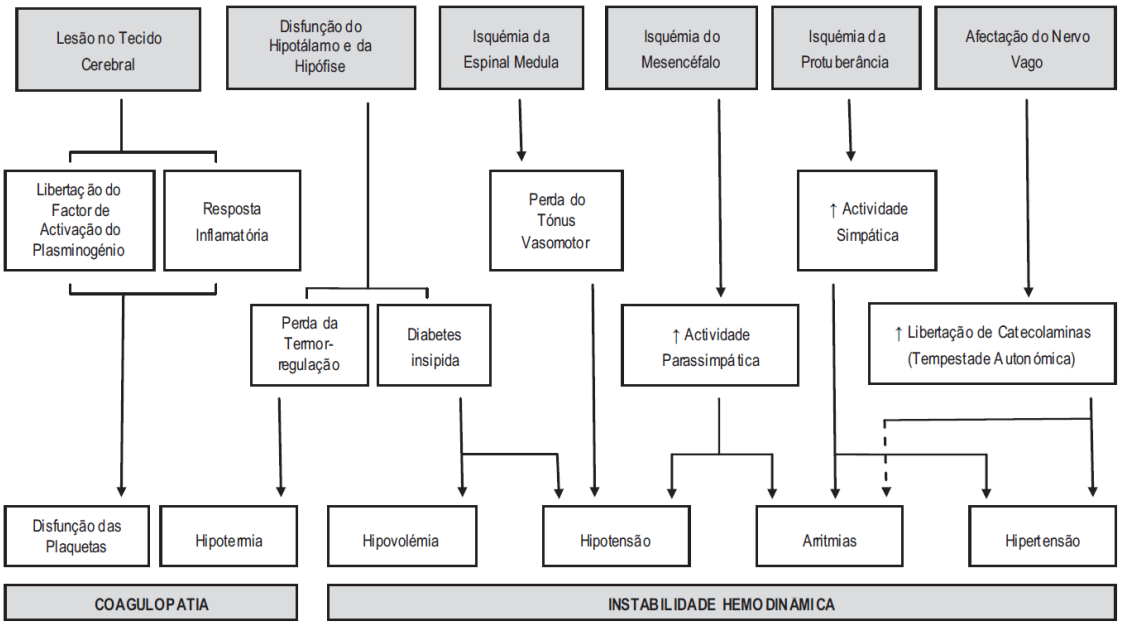
A consciencialização para o tratamento ativo da PSC (Pessoa em Situação Crítica) em MC aumentou nos últimos anos devido ao elevado progresso no campo da transplantação.

Quando é feito o diagnóstico de MC, a PSC é considerada legalmente morta (Gordon & McKinlay, 2012). A determinação de MC é um diagnóstico clínico que tem de obedecer a determinados critérios. Estabelecer a história clínica, a etiologia da lesão e a realização de um exame de imagem que demonstre que o doente sofreu uma lesão cerebral grave irreversível com perda de todas as funções cerebrais, são critérios para a determinação da MC. A avaliação clínica inclui uma avaliação da ausência da totalidade dos reflexos tronco cerebral e um teste de apneia, sendo que o número necessário de avaliações clínicas varia de acordo com a idade, hospital, estado ou país e geralmente varia de 1 a 3 (Greer et al., 2020).

Segundo Gordon & McKinlay (2012), o foco do tratamento passa neste momento da "cura" da PSC para o tratamento ativo do dador de modo a permitir a otimização da viabilidade dos órgãos (Gordon & McKinlay, 2012). Para tal é necessário um tratamento "agressivo" das alterações fisiológicas de forma a que hajam melhores resultados tanto no dador como posteriormente no recetor de orgãos, otimizando a função do órgão no recetor e proporcionalmente o seu tempo de sobrevivência (Arbour, 2005).

No processo de morte cerebral existem várias alterações fisiológicas: alterações cardiovasculares, alterações pulmonares, alterações endócrinas, alterações hepáticas, alterações de coagulação, alterações de temperatura (Guetti & Marques, 2008).

Figura 2: Alterações fisiopatológicas associadas à morte cerebral.



Fonte: Batista (2012)

1.5 Intervenções de Enfermagem ao Potencial Dador de Órgãos

O sucesso do processo de doação de órgãos baseia-se fundamentalmente na formação, organização, coordenação e motivação dos profissionais de saúde (Matesanz, 2010). Em Espanha, uma das razões para que não se consiga aumentar os já elevados números de doação é a baixa formação relativamente à doação de órgãos dos profissionais do SUG, o que leva à desmotivação e desinteresse. A Organização Nacional de Transplantes desenvolve um intenso programa de treino com os profissionais das UCI e é necessário que esse programa se estenda também para os profissionais dos SUG nos próximos anos (Matesanz, 2010).

Os enfermeiros de uma UCI de um hospital polivalente na cidade de Fortaleza (nordeste do Brasil), referem que cuidar do potencial dador de órgãos implica muitas intervenções e que por isso configura um “processo complexo, multidimensional e multidisciplinar, sendo complementares e interdependentes” (Cavalcante, et al., 2014, p. 569).

O contributo dos enfermeiros para o processo de doação é inegável tendo de realizar intervenções cada vez mais complexas, desta forma, necessitam de prestar

cuidados de alta qualidade, a dadores, recetores e familiares (Mendes et al., 2012). O enfermeiro que presta cuidados especializados na doação e transplantação de orgãos, tem de direcionar os seus cuidados para várias vertentes, como a promoção e reabilitação da saúde dos recetores, o tratamento ativo do potencial dador, bem como os familiares destes dois (Mendes et al., 2012). A prática baseada na evidência tem o objetivo de aprofundar e desenvolver conhecimentos nesta área contribuindo para a qualidade dos cuidados, sendo que os enfermeiros devem incidir também na educação dos doentes e familiares, intervenções que promovam a saúde (social, psicológica e fisiológica), promoção de mudança de comportamentos e implementar sistemas de suporte de forma a melhorar os resultados da transplantação (Mendes et al., 2012).

Um estudo realizado no Irão demonstrou que os enfermeiros estão envolvidos num ambiente de ambiguidade e dúvida quando cuidam de possíveis doadores de órgãos em MC, havendo confusão e hesitação sobre o diagnóstico de MC e isso leva muitas vezes à esperança de reverter a condição da PSC. (Magalhães et al., 2018).

A realização da RIL (Revisão Integrativa da Literatura) "Intervenções de Enfermagem ao Potencial Dador de Orgãos em Morte Cerebral ou Paragem Cardiocirculatória: Uma Revisão Integrativa da Literatura" (Apêndice 1) veio dar resposta a esta mesma questão. Foram incluídos 9 artigos (extraídos das bases de dados MEDLINE e CINAHL e através de pesquisa nas referências bibliográficas).

Os resultados obtidos evidenciam intervenções de enfermagem ao potencial dador, dos quais se destacam cuidados mais genéricos, cuidados mais específicos e ainda os cuidados à família.

- Cuidados de enfermagem constantes (Magalhães et al., 2018);
- Avaliação de parâmetros vitais, de modo a evitar complicações (Barros, Costa, & Amaral, 2012);
- Gestão das repercussões fisiopatológicas (Farias, Almeida, Pereira, & Vasconcelos, 2017);
- Cuidados inerentes à pessoa em situação crítica (PSC), como higiene, mobilização, conforto, administração de terapêutica e alimentação (Almeida, Carvalho, & Cordeiro, 2015);

- Avaliação do débito urinário (Barros et al., 2012);
- Manutenção da temperatura (Cavalcante et al., 2014);
- Utilização de terapêutica vasoativa e fluidos (segundo prescrição médica) (Cavalcante et al., 2014);
- Proteção das córneas (Cavalcante et al., 2014);
- Manutenção da função respiratória (Sesma & Ollo, 2001);
- Prevenção de infeção (Sesma & Ollo, 2001);
- Avaliação glicémia (Bianchi, Garcia, Antonio, & Marcos, 2015);
- Apoio à família (Barros et al., 2012).

Relativamente às intervenções de enfermagem ao potencial dador de órgãos em PCC, dado a sua especificidade devido ao ECMO o Programa de Colheita de Orgãos em Dadores em Paragem Cardiocirculatória do IPST (Instituto Português do Sangue e Transplantação) (2014) refere que deverá estar presente um enfermeiro com treino específico para a técnica e ainda outro também com treino para realização do *priming* da membrana (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

O objetivo de todas as intervenções realizadas será sempre a de otimizar a viabilidade de todos os órgãos transplantáveis.

1.6 Questões Éticas

"A obtenção de órgãos para transplante é um dever ético" (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014, p. 5). Muitas vezes o transplante é a única forma de permitir a melhoria da qualidade de vida de um doente ou mesmo que a sua vida seja salva, mas para isso é necessário que exista doação.

A Lei nº 12/93 (1993) apresenta um conjunto de disposições gerais de modo a proteger os princípios éticos, comuns aos tipos de doação, como são o princípio da confidencialidade (identidade do dador e recetor – artigo 4º) e o princípio universal da gratuidade imperativa da doação (artigo 5º) ("Decreto de lei nº 12/93 de 22 de Abril," 1993). Barcelos & Neves (2009) referem ainda a necessidade das preocupações éticas terem em conta as estratégias de promoção para a doação de orgãos bem a forma de salvaguardar a integridade física, psicológica e a dignidade pessoal do

potencial dador, estabelecendo assim pontos de convergência entre o princípio da autonomia e da solidariedade.

Em 1995 surge um parecer acerca do critério de morte pelo conselho nacional de ética para as ciências da vida que refere que: *"O critério de morte cerebral é a comprovação da cessação irreversível das funções do tronco cerebral, sendo exigível, no plano ético, que esse critério seja usado univocamente na legislação, e não apenas no respeitante a transplantações*" (CNECV, 1995, p. 3).

Ainda de acordo com o modelo jurídico português, que é o de consentimento presumido, todos os cidadãos são considerados potenciais dadores após a sua morte, numa lógica de altruísmo e solidariedade social, tendo a possibilidade de em vida se declararem não-dadores no RENNDA, cumprindo assim o princípio ético da autonomia (Barcelos & Neves, 2009).

A colheita de órgãos tem por base o princípio da autonomia, ou seja o consentimento do dador, sendo que existem duas perspetivas: o consentimento informado (opting in system) que implica a manifestação explícita da vontade da pessoa em dar órgãos após a sua morte e o consentimento presumido (opting out system) que exige a rejeição declarada da pessoa doar órgãos após a sua morte devendo estar inscrita num registo de não dadores (Barcelos & Neves, 2009).

O consentimento presumido trouxe novos desafios éticos, pois implica que a população necessita de estar informada que o Estado considera todos os cidadãos como potenciais dadores, para que a doação não seja considerada uma violação de integridade do corpo e violação de respeito pelo cadáver. Tal como o potencial dador também a família deverá ser conhecedora da lei para que não exista violência psicológica no momento da doação.

Para além de todos os conhecimentos inerentes ao processo de doação, nunca podem ficar esquecidos os aspetos éticos, legais, culturais, religiosos e familiares. É necessária sensibilidade, empatia e humanidade, da parte do enfermeiro, para delinear estratégias de modo a entender e lidar com os "conflitos" que a família enfrenta ao ser confrontada com uma situação de doação (Mendes et al., 2012).

Apesar da transplantação ser um dos maiores êxitos da área da saúde, a colheita de órgãos continua a ter um grande e complexo envolvimento e condicionamento ético, Sgreccia (2009, p. 9) refere mesmo que "temos que admitir

que o problema ético, que parecia estar a simplificar-se até há alguns anos, se tem vindo a tornar cada vez mais complexo*"*. Vários têm sido os motivos que têm contribuído para que algumas dificuldades surjam e impliquem problemas éticos cada vez maiores, tais como *"*o progresso das técnicas, o aumento dos pedidos, a escassez de dadores e a qualidade dos órgãos suscetíveis de transplante*"* (Sgreccia, 2009, p. 9). O mesmo autor defende três princípios gerais implícitos nos problemas éticos, nomeadamente: a defesa da vida do dador e do recetor, a tutela da identidade pessoal e o consentimento informado.

1.7 Família

Aos enfermeiros cabe o desempenho de extrema importância de ajudar a família durante este processo angustiante mantendo sempre os altos padrões do cuidado em enfermagem. A comunicação eficaz é uma das principais armas para cuidar da família que apresenta um conjunto de necessidades no momento de lidar com a perda. (Evans, 1995).

Os enfermeiros devem ser os maiores conhecedores da política e dos procedimentos para a doação de órgãos e além de desempenharem um papel fundamental na informação aos outros membros da equipa, é com a família do potencial dador que podem fazer a diferença, pois estão numa posição de maior proximidade que permite clarificar os critérios médicos em termos que os familiares possam entender (Dochterman & Bulechek, 2008).

No Irão foi realizado um estudo qualitativo onde participaram 10 famílias que deram consentimento para a doação de orgãos de um familiar em 2012. O objetivo do estudo foi a realização de uma investigação acerca da tomada de decisão das famílias com familiares em MC e quais os elementos facilitadores e dissuasores para essa tomada de decisão. Como elementos facilitadores foram apontadas questões humanísticas (espirituais, religiosas), imortalidade, cultura e confiança nos profissionais de saúde e como dissuasores o choque (enfrentar uma situação inesperada), esperança da recuperação, processo desconhecido e o conflito de opiniões (entre família e pessoas próximas). Como conclusão o estudo salienta que existem várias e ambíguas interpretações do que é a MC e que utilizar as experiências das famílias pode fornecer soluções para facilitar o processo de doação de órgãos e

resolver os problemas enfrentados pelo sistema de saúde. (Yousefi, Roshani, & Nazari, 2014).

Outro estudo de revisão bibliográfica de artigos científicos foi realizado com o objetivo de compreender as manifestações psicológicas das famílias com familiares em MC, identificando as possíveis intervenções psicológicas nas diferentes fases vivenciadas: informação do quadro clínico, verificação de MC, diagnóstico de MC e processo de doação de órgãos. Como resultado identifica-se que as famílias dos doentes em MC poderão apresentar algumas experiências que se podem repercutir no processo de luto (Torres, Maria, & Lage, 2014). Ainda no mesmo estudo, salienta-se que é muito importante falar sobre a morte e como a família a está a vivenciar, não só na fase em que se aborda a doação de orgãos mas desde a fase de suspeita e diagnóstico de MC, pois facilita o processo de perda e aceitação da situação.

As famílias sentem conforto ao saber que o seu familiar "viverá" em outra pessoa. A capacidade de melhorar a vida de outra pessoa representa um ponto de esperança num momento que é bastante doloroso e as famílias conseguem assim identificar um significado e propósito. É assim uma forma de lidarem com a tristeza (Taylor et al., 2018).

É necessário haver valorização das famílias, estas precisam de estar informadas acerca de todo o processo para conseguirem dar sentido a todo o processo de morte e consequente doação de orgãos. Para algumas famílias seria até importante conhecer os recetores dos orgãos para que pudessem testemunhar o resultado da doação e torná-la tangível (Dicks, Northam, van Haren, & Boer, 2018).

2. ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

O modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner enumera as características e comportamentos de cada etapa de desenvolvimento de competências bem como as necessidades em matéria de aprendizagem dos enfermeiros, em cada nível. É através da experiência que o enfermeiro aprende a priorizar o que é importante no momento e a retirar o seu significado. Para Benner, as competências inerentes à excelência da prática de cuidados, surgem quando se adquire perícia profissional, que é adquirida através de uma aprendizagem experiencial (Benner, 2005).

De forma a colocar em prática todo o conjunto de competências neste campo de intervenção para o EEEPSC (Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica), estabeleci o objetivo geral e os objetivos específicos:

Objetivo Geral:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem relativamente ao dador em PCC e MC.

Objetivos Específicos:

- Aprofundar conhecimentos na área do dador em PCC e MC;
- Conhecer o circuito do dador em PCC e MC;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao dador em PCC e MC;
- Contribuir para o desenvolvimento / melhoria de programas de dador em PCC e MC.

Neste capítulo é analisado o percurso formativo realizado ao longo dos estágios abordando as competências que foram adquiridas e aprofundadas. Os estágios decorreram em dois hospitais distintos (Lisboa e Porto) em dois SUG, uma UCI e um GCCT (Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação) (Apêndice 2 – Cronograma Estágios).

Como referenciais teóricos para os estágios foram utilizados os de Virginia Henderson (Teoria das 14 Necessidades Fundamentais) e Locsin (Technological Competency as Caring in Nursing).

O referencial teórico de Virginia Henderson centra-se mais no dador em MC. Das 14 necessidades identificadas por Henderson, cinco delas são necessidades vitais, tais como comer e beber, eliminar, respirar, dormir e manter a temperatura do corpo (Adam, 1994). Sierra, Ortiz, & Poza (1997, p. 115) afirmam que:

> de las catorce necesidades descritas por Virginia Henderson, basándonos en nuestra experiencia y valoración, seleccionaremos cinco en los donantes de órganos: respiración, eliminación, mantenimiento de la temperatura corporal, alimentación e hidratación y seguridad (infecciones). Una sexta necesidad, la de creencias, la enfocamos hacia la familia, ya que ésa se encuentra ante la pérdida de un ser querido, y cada persona y grupo familiar la afronta de manera diferente.

Acrescento ainda mais duas necessidades, a comunicação, de extrema importância para a inclusão da família e agir de acordo com crenças.

De seguida, enumerarei as sete necessidades selecionadas para o PD de orgãos e sua família, tendo em conta as intervenções de enfermagem prestadas.

Respirar normalmente, é a primeira necessidade enumerada por Henderson. Os PD sofrem uma devastadora lesão cerebral e com a falência automática dos órgãos é importante estabelecer e manter uma oxigenação adequada, pois irá contribuir posteriormente para a viabilidade os orgãos. A entubação e ventilação serão imperativos nestes doentes (Nicely & Delario, 2011).

A próxima necessidade de Henderson é comer e beber, pois devido à lesão cerebral sofrida o doente perde a total capacidade de se alimentar. A reposição com fluidos, eletrólitos, produtos sanguíneos de modo a manter a função dos órgãos é essencial (Nicely & Delario, 2011).

De seguida a eliminação de resíduos orgânicos e mais uma vez devido à lesão cerebral sofrida, a produção da hormona antidiurética diminui até deixar de ser totalmente produzida. Os rins são bastantes sensíveis a esta alteração e é necessário manter a função renal, fazendo o equilíbrio e monitorizando através de análises laboratoriais, que servirão como guias para intervenções de enfermagem (Nicely & Delario, 2011)

A quarta necessidade enumerada é manter temperatura corporal. Devido à perda de controlo voluntário do SNC e compromisso do hipotálamo o corpo deixa de conseguir fazer a regulação da temperatura corporal, sendo bastante normal os

doentes oscilarem da hipotermia até à hipertermia. É importante manter a temperatura corporal acima dos 35ºC (Nicely & Delario, 2011).

A proteção dos tegumentos é a necessidade de Henderson descrita de seguida. A higiene com consequente promoção de proteção da pele, é um momento em que os enfermeiros têm a oportunidade de interagir com o doente, respeitando a sua privacidade e dignidade. É muito importante para a família que o seu familiar esteja bem cuidado, pois todo o processo pode ser devastador e se este não estiver bem cuidado pode ainda tornar a experiência pior. É também essencial para diminuir o risco de infeção (Nicely & Delario, 2011).

Seguidamente a comunicação, que é um ponto fundamental e que facilita o processo de doação de orgãos. Comunicar, expressar emoções, necessidades, medos e opiniões, é um trabalho fundamental a realizar com a família e pessoas significativas. É importante ter tempo para a família permitindo que façam questões, praticando a escuta ativa e utilizando sempre uma linguagem simples e clara (Nicely & Delario, 2011).

Por último a necessidade agir de acordo com crenças. Quase todas as religiões aceitam a doação de órgãos, mas as crenças das famílias, ainda que possam ser diferentes das crenças do enfermeiro, devem ser respeitadas. O enfermeiro deve conseguir fazer a ponte com as entidades religiosas permitindo que os rituais de fim de vida sejam cumpridos (Nicely & Delario, 2011).

Relativamente ao referencial teórico de Locsin, sabemos que o uso de instrumentos tecnológicos trouxeram mudanças que vieram melhorar e desenvolver hipóteses diagnósticas e tratamentos promovendo assim a qualidade dos cuidados. Embora a prática de enfermagem baseada na teoria seja fundamental para a prática de enfermagem, esta pode ser melhorada com recurso a tecnologia com mecanismos muito específicos e que de outra forma não seria possível (Locsin, 2017).

A competência tecnológica deve estar integrada nos cuidados de enfermagem, permitindo ao enfermeiro prestar cuidados humanizados e competentes, de modo a conhecer a pessoa como um todo, promovendo assim a saúde e bem estar (Pereira, Pinto, Tourinho, & Santos, 2013).

É importante que os enfermeiros entendam e utilizem como benefício máximo a tecnologia com os seus doentes. Para a prática de enfermagem contemporânea é

crucial que o cuidar em enfermagem possa ser expresso através da competência tecnológica. O processo de conhecer uma pessoa é guiado pelo conhecimento tecnológico, entrando o enfermeiro no mundo do outro, desafiando-o a utilizar de maneira criativa e inovadora novas formas de crescer enquanto ser humano (Locsin, 2013).

2.1 Unidade Cuidados Intensivos

Como objetivos para este estágio foram delineados os seguintes (estes foram operacionalizados através das atividades que se apresentam no apêndice 3):

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC em processo complexo de doença crítica e/ou falência multiorgânica e família/pessoa significativa;
- Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC e/ou falência multiorgânica;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na valorização dos cuidados fundamentais à PSC
- Desenvolver competências de enfermagem no cuidado ao potencial dador de órgãos.

A minha experiência profissional sempre passou pelo serviço de urgência, sendo que a realidade de cuidados intensivos me era totalmente desconhecida, o que me trazia algumas dúvidas e até medos. Contrariamente ao SUG, na UCI a rotatividade dos doentes é bastante menor, com possibilidade de prestação de cuidados mais pormenorizada (e talvez até mais humanizada), mais organizada e com um ritmo de trabalho bastante diferente.

Este foi um estágio de extrema importância no qual tive diversas oportunidades de aprendizagem, desenvolvimento de competências, partilha de experiências e reflexão.

A UCI onde decorreu este estágio conta com um total de 80 enfermeiros, divididos em 5 equipas com horário rotativo (Manhã/Tarde/Noite), sendo 12 por turno. Existem ainda enfermeiros em horário fixo de manhã que desempenham diferentes funções, incluindo assegurar a sala de hemodiálise. Fazem parte da equipa médica 16 médicos (3 por turno) e 18 assistentes operacionais (M5, T2, N2)

Relativamente aos enfermeiros especialistas existem:

- Especialista em saúde mental: 1

- Especialista em reabilitação: 6

- Especialista em medico-cirurgica: 15

O método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, que se carateriza pela responsabilidade individual do enfermeiro pelas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados ao seu doente (Costa, 2004).

A casuística desta UCI reporta a uma unidade com 12 camas nível III e 8 camas nível I, uma sala de hemodiálise com 2 postos e duas salas de procedimentos (electrocatéter, fibroscopia, colocação de PEG, E-CPR - Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation). A atribuição dos doentes é feita do seguinte modo: um enfermeiro para dois doentes nível III, um enfermeiro para quatro doentes nível I e um enfermeiro para doente nível IV (quando existem no serviço doente em ECMO).

Um dos aspetos mais importantes para conseguir prestar cuidados à PSC na UCI foi conhecer a dinâmica organizacional do serviço, pois só assim foi possível começar a participar na prestação de cuidados, sendo que nos primeiros turnos tive então oportunidade de conhecer esta mesma dinâmica. Foi bastante importante nesta primeira fase acompanhar a minha enfermeira orientadora na gestão/liderança como chefe de equipa, pois tive oportunidade de ir conhecendo, interagindo e colaborando com todos os elementos permitindo assim sentir-me um elemento pertencente à equipa, o que facilitou bastante a minha integração. Fiquei a conhecer os recursos humanos e materiais existentes e tive também oportunidade de consultar todas as normas e protocolos do serviço. Enquanto no acompanhamento de chefia de equipa, tive oportunidade de observar e colaborar com as várias técnicas que se realizam na UCI, como por exemplo, broncofibroscopia, ecografia trans-esofágica e as várias técnicas dialíticas. Estas técnicas eram para mim conhecidas apenas em teoria, visto que no meu local de trabalho não são realizadas. De referir ainda o papel importante que o chefe de equipa desempenha na garantia de cuidados de qualidade, algo que senti como muito presente em todos os turnos, podendo assim desenvolver as competências de gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde e a adaptação da liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

Tive oportunidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade à PSC tanto em colaboração com outros elementos da equipa multidisciplinar bem como autonomamente, garantindo sempre um ambiente terapêutico e seguro. A longo do estágio foram várias as situações com as quais contactei, desde o doente politraumatizado, choque séptico, pós-cirúrgico, choque hipovolémico e o doente em ECMO-VV *(*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation-Venovenoso), aplicando as

respostas de enfermagem apropriadas às complicações. Todos foram para mim um desafio e uma aprendizagem de extrema importância de forma a compreender a continuidade de cuidados que é dada do SUG para a UCI, mas a grande novidade foram, para mim, os doentes em ECMO-VV. De modo a desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, realizei várias pesquisas bibliográficas (Apêndice 4) de modo a sustentar todas as minhas intervenções de enfermagem e desenvolver conhecimentos.

Em quase todos os turnos existiram doentes com ECMO-VV ficando em alguns deles como sua prestadora de cuidados. Foram turnos de intensa aprendizagem e gestão de cuidados, em que tive oportunidade de participar em diferentes procedimentos específicos, desde a canulação do doente, troca de sistema de ECMO, troca de oxigenador, controlo de aPPT (activated partial thromboplastin time) e parâmetros de ECMO. Pude ainda participar num "resgate", que consiste em ir a outra unidade hospitalar colocar um doente em ECMO e trazê-lo depois de canulado para a UCI. Foi bastante interessante poder participar nesta dinâmica.

Tive a oportunidade de prestar, durante vários turnos, cuidados a uma doente em ECMO-VV, que passou por vários estádios de consciência e consequente independência. Sobre esta doente realizei um estudo de caso (Apêndice 5) com o qual tive oportunidade de desenvolver competências ao nível de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, suportar a prática clínica em evidência científica, mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

Na UCI existe o protocolo de sedoanalgesia (Anexo 1) que é aplicado aos doentes permitindo ajustar terapêutica tendo em conta a dor avaliada pelo enfermeiro nos doentes sedados (através da Behavioural Pain Scale – BPS, que se encontra em anexo 2) bem como o nível de sedação através de um RASS alvo definido anteriormente. Colaborei nesta avaliação e no uso do protocolo de sedoanalgesia bem como utilizei medidas não farmacológicas como por exemplo o uso de almofadas de gel e massagem. Deste modo pude desenvolver a competência de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas.

Grande parte dos doentes numa unidade de cuidados intensivos experimenta dor, medo e ansiedade. A administração de analgésicos e sedativos é fundamental de

modo a proporcionar conforto ao doente, reduzir o stress e evitar atrasos na recuperação e no desmame da ventilação mecânica invasiva (Sakata, 2010).

A avaliação da dor e da sedação é particularmente complexa nas unidades porque, muitas vezes, os doentes estão incapazes ou impossibilitados de comunicar verbalmente com os profissionais. O doente não comunica por diversas razões: entubação orotraqueal, alteração do estado de consciência, sedação, efeito de terapêutica, entre outros (Sakata, 2010).

O doente conectado a ventilação mecânica deve ser avaliado quanto à dor e à sedação para otimizar a dose de terapêutica e desse modo puder reduzir o tempo com ventilação mecânica invasiva e o tempo de permanência nos cuidados intensivos (Sakata, 2010).

A necessidade de avaliação e quantificação da dor referida pelo doente é imprescindível, devendo ser realizada de forma sistemática, contínua, para que seja possível a administração de terapêutica e avaliação da eficácia da mesma. O mesmo para os doentes que se encontram sedados (Benseñor & Cicarelli, 2003).

O alívio da dor é essencial para a recuperação adequada dos doentes. O benefício é mais evidente no doente que apresenta alterações multiorgânicas, quando a dor causa alterações mais intensas. A recuperação do doente é influenciada de forma significativa pela escolha de agentes analgésicos e sedativos, a sedação deficiente ou excessiva e o controle insuficiente da dor (Sakata, 2010).

A aplicação de protocolos de forma rotineira pode trazer inúmeros benefícios, apesar de a analgesia e a sedação em cuidados intensivos serem processos complexos por inúmeras comorbilidades, interações medicamentosas e disfunção de órgãos (Benseñor & Cicarelli, 2003).

A família é um elemento muito importante na UCI, tendo sempre uma porta aberta a qualquer hora demonstrando a equipa disponibilidade e empatia. Tive oportunidade de interagir com as famílias na hora da visita, esclarecendo as suas dúvidas e inquietações sempre que possível e procurando outros elementos da equipa multidisciplinar quando necessário. Fora das horas convencionais tive ainda oportunidade de fazer acolhimento e proporcionar visita. Desenvolvi assim um jornal de aprendizagem (Apêndice 6) relativamente ao tema da família e a importância de esta estar presente e informada em momentos determinantes dos doentes na UCI e

de como esta presença pode influenciar positivamente todo o processo complexo. Este foi um momento muito importante durante o estágio em UCI, pois para além de ter desenvolvido competências relativamente à assistência da pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica, tive a oportunidade de passar algum tempo com as famílias, ao contrário do que é possível no meu dia-a-dia, em que a PSC está na sala de reanimação e o processo terapêutico com as famílias é muitas vezes breve.

Durante este estágio houve a oportunidade de participar em 2 momentos formativos, um congresso e umas jornadas que se revelaram de extrema importância para o desempenho das minhas intervenções à PSC. Nos dias 24 e 25 de outubro de 2019 no Instituto Politécnico de Setúbal, realizou-se o Congresso Internacional Doente Crítico 2019 (Anexo 3), da Associação Portuguesa de Enfermeiros. Neste congresso vários temas foram discutidos, sendo o doente crítico, em todas as situações o grande visado, tendo havido oportunidade para novas aprendizagens. De seguida irei descrever sucintamente algumas sessões que me proporcionaram aprendizagens importantes para o estágio.

A triagem no contexto de catástrofe foi um dos conteúdos apresentados. Esta tem de ser efetuada por elementos experientes e que sigam criteriosamente os fluxogramas designados. Existe mais do que um sistema de triagem de catástrofe, tendo sido tomado como exemplo o utilizado pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica). No meu Hospital existe um plano de catástrofe e com a abordagem feita foi possível perceber que os recursos para fazer a triagem provavelmente não estão organizados da forma mais correta a serem utilizados. O enfermeiro especialista em PSC tem de ser detentor de conhecimentos nesta área, planeando a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe e gerindo os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

A Via Verde PCR e Dador de Coração Parado foram para mim o mais interessante neste congresso, tendo em vista o meu projeto. O programa E-CPR existe desde 2014 na UCI onde efetuei estágio, tendo sido aceites 9 doentes para

doação com recolha de 10 rins e 1 fígado (números até agosto 2019). Foram no total recebidas 82 referenciações vindas do extra e intra-hospitalar. O protocolo de E- CPR está explanado na “European Ressuscitation Council Guidlines for Ressuscitation 2015 – Section 3, Adult Advanced Life Support.

A manutenção do dador foi abordada tendo em conta a experiência de um Centro Hospitalar Universitário no Porto. Ao contrário do que é realizado no Hospital São José, os potenciais dadores são canulados na sala de reanimação, havendo uma equipa com 3 enfermeiros e 2 médicos. Se todas as variáveis forem compatíveis com a doação, o doente é levado o mais rapidamente possível para o bloco operatório. Uma das indicações para o dador em ECMO-VA é os órgãos abdominais estarem em normotermia.

Por último foram apresentados os critérios para ser potencial dador, dador vivo e dador morto (em paragem cardiocirculatória ou morte cerebral), que já foram descritos, e que posteriormente com auxílio de pesquisa bibliográfica e discussão com enfermeira orientadora ficaram mais clarificados. Houve ainda oportunidade de esclarecimento acerca do RENNDA, de como o consentimento presumido é utilizado em Portugal e legislação acerca do mesmo.

A Criança em Situação Crítica, é para mim um tema onde detenho pouco conhecimento. Foram enumerados os princípios para o transporte da criança inter/intra-hospitalar, sendo que estes cumprem os mesmos designados para o adulto. O transporte de crianças pode ainda ser realizado pelo INEM, pelas TIP (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico), sendo a ambulância tripulada por um médico pediatra, um enfermeiro especialista em pediatria e um técnico de emergência. Este tema serviu na minha ótica para aumentar os meus conhecimentos numa área distante da minha realidade, sendo que é de extrema importância para o enfermeiro especialista desenvolver o autoconhecimento, procurando sempre mais para aumentar a qualidade dos cuidados.

Relativamente ao tema - Serviço de Urgência – O caos organizado? – foi abordada a triagem, sendo apresentada como de extrema importância pela capacidade de encaminhamento dos doentes para o setor correto, sendo possível ativar as várias Vias Verdes (Sépsis, Coronária, Trauma e AVC – Acidente Vascular Cerebral) e pedir alguns exames complementares de diagnóstico. É possível na urgência onde exerço, ativar as 4 Vias Verdes existentes, assim como estão

protocolados o pedido de ECG na Via Verde Coronária, o pedido de Rx no monotrauma e a administração de 1g paracetamol PO nas temperaturas acima de 38,5ºC. Esta é uma realidade que faz parte do meu dia-a-dia, que se desenrola num SUG e é muito importante compreender que a ativação das vias verdes no momento da triagem pode fazer uma grande diferença no rápido diagnóstico e consecutivo tratamento de cada doente. É para isso necessário desenvolver competências ao nível da mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

Outra competência a desenvolver tem em conta o controlo de infeção e relativamente ao choque séptico foram abordadas as novas *bundles* do choque sético com alteração dos tempos para as primeiras colheitas e início de antibioterapia precoce. A ativação da Via Verde Sépsis na triagem do serviço de urgência é um bom prognóstico para a resolução da mesma. Na minha prática diária, a Via Verde Sépsis é muitas vezes ativada na triagem com o contato imediato para o médico responsável de turno de balcão e todas as colheitas para hemoculturas são agilizadas.

Em relação à Via Verde Trauma, foi realizada uma apresentação por um enfermeiro do Hospital São João do Porto, em que foram apresentados números e estatísticas relativamente à Via Verde nesse mesmo hospital. No local onde exerço, a Via Verde Trauma não é algo ainda muito desenvolvido, devido a vários obstáculos. É possível fazer a sua ativação, mas muitas vezes ela não tem um encaminhamento tão célere quanto seria expectável. Foi para mim possível compreender como a ativação e articulação de toda a equipa envolvida pode fazer a diferença relativamente à rapidez com que é possível agilizar todos os exames necessários, permitindo um mais rápido diagnóstico e consequente tratamento.

Relativamente ao Pré-Hospitalar várias foram as experiências relatadas de como funcionam os diversos sistemas. Barcelona (Espanha) e Eslovénia têm sistemas de pré-hospitalar que incluem enfermeiros nas ambulâncias tal como em Portugal. Na Madeira, ao contrário do Continente, os enfermeiros fazem parte da central 112 e para além de encaminharem as pessoas para o Serviço de Urgência, podem encaminhá-las para Centros de Saúde e até fazer marcação de consultas no hospital ou com o médico assistente. Este sistema seria também uma mais valia no Continente, visto que às urgências recorrem muitas pessoas com um grau de urgência diminuto. É importante para o enfermeiro especialista compreender todo o processo do doente até chegar ao SUG, pois assim pode avaliar a qualidade das práticas clínicas.

As Equipas de Emergência Interna e Ecografia no pré-hospitalar foram temas bastante interessantes. Nas Equipas de Emergência foi apresentada a equipa do Hospital São Bernardo em Setúbal, fazendo referência a algumas estatísticas. O objetivo destas equipas, e algo que demonstra a sua qualidade, é que haja o menor número de PCR's, ou seja, estas equipas deverão ser alertadas através da escala NEWS (National Early Warning Score) cuja principal finalidade é a identificação precoce do risco de deterioração aguda do doente, para que a equipa possa proceder de modo a que o doente não agrave mais o seu estado. Apesar de já ser obrigatório, o meu Centro Hospitalar, apenas tem constituída equipa de emergência num dos hospitais. Penso que estas equipas são de extrema importância e que o uso da escala *NEWS* pode fazer a diferença na abordagem ao doente. O enfermeiro especialista deve planear e liderar programas de melhoria contínua e a utilização da escala NEWS é sem dúvida uma melhoria na qualidade de cuidados prestados aos doentes.

A ecografia no pré-hospitalar foi apresentada por um palestrante espanhol, tendo demonstrado a importância e como se pode fazer a diferença com intervenções simples. Existem cursos direcionais a ecografia *FAST* (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*) que nos podem dar informações importantes acerca do paciente. Foram dados exemplos que como esta pode ser utilizada por enfermeiros na prática diária, por exemplo para a colocação de acessos venosos periféricos difíceis ou localização correta de algália.

A Adrenalina na PCR e VA (Via Aérea) Definitiva na PCR são dois temas em discussão no momento. A adrenalina continuará a fazer parte do algoritmo de SAV, pois a sobrevida pós PCR continua a ter número expressivos. Já a VA definitiva está cada vez mais em "desuso", pois apenas se alguém experiente estiver presente deve ser tentada e para além disso se o doente estiver bem ventilado apenas com uma boa permeabilização da via aérea e insuflador durante as manobras poderá manter-se dessa forma. Segundo o ERC (2015) a adrenalina demonstrou aumentar o restabelecimento de circulação espontânea e a ventilação só deve ser tentada se o reanimador tiver experiência regular e continuada com a técnica.

Nos dias 04 e 05 de novembro de 2019 na Faculdade de Medicina Dentária em Lisboa, realizaram-se as V Jornadas de Medicina Intensiva (Anexo 4), do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Para mim estas jornadas foram de extrema importância pois trouxeram-me aprendizagens novas e algum refrescar de conhecimentos nas áreas apresentadas. Com o estágio na UCI complementado com estas Jornadas, foi possível entender as diferentes abordagens ao doente crítico numa unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência (minha prática diária) bem como a continuidade de cuidados quando o doente sai do serviço de urgência para a unidade. Para além disso permitiu-me melhorar algumas abordagens na minha prática diária e mobilizar mais uma competência, sendo facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho.

A Ressuscitação cardiorrespiratória foi para mim de especial interesse, visto que foi de encontro ao meu tema do projeto. No pré-hospitalar ainda é bastante discutido qual a melhor abordagem ao doente, se realizar várias intervenções no local ou apenas fazer o essencial e transportar rapidamente para o sítio mais adequado. Segundo o preletor desta mesa, o mais correto será estabilizar e transportar o mais rápido possível para o local indicado, visto que na rua as limitações são muito maiores, quer em termos materiais como humanos. Muitas vezes quando recebemos os doentes na sala de reanimação percebemos que existem procedimentos que foram realizados na rua, que poderiam ter sido já realizados no hospital, num ambiente mais seguro.

Relativamente à Reanimação cardiorrespiratória avançada para além do algoritmo foram abordados vários assuntos, como por exemplo o E-CPR. Existem diferenças se a canulação for para possível recuperação ou para doação (os tempos para doação são mais alargados que os tempos para possibilidade de recuperação). A identificação das variáveis para saber se existe compatibilidade com o E-CPR são sempre de considerar, sendo que se estas não se verificaram e o doente for considerado um possível dador, deve haver um período de “no touch” de 10 minutos, em que se não houver qualquer recuperação, passasse então à canulação do doente.

Foram abordadas outras temáticas que vieram promover o autoconhecimento e um suporte à minha prática clínica baseando-a em evidência científica. No SUG existem alguns doentes com choque hipovolémico e choque obstrutivo e as normas mais atualizadas são de extrema importância para a qualidade nos cuidados. Relativamente ao choque hipovolémico foi apresentada a norma da DGS (Direção Geral de Saúde) 011/2013 atualizada em 18/07/2017 sobre a “*Abordagem da Transfusão Maciça no Adulto*” e em termos de soroterapia que a primeira linha de

abordagem serão os cristaloides seguido dos colóides. A evitar sempre os colóides hiperoncóticos. No meu contexto o protocolo de transfusão maciça ainda não está claramente definido, sendo que apenas no BO ele é utilizado com alguma frequência. O choque obstrutivo que muitas vezes é devido a TEP (Tromboembolismo Pulmonar) em que existe 40% disfunção ventricular direita, sendo que o ventrículo direito é altamente dependente de volume. A contratilidade auricular contribui em 40% para o enchimento do ventrículo direito.

Relativamente à abordagem do doente crítico com insuficiência respiratória na abordagem da via aérea difícil é muito importante a chamada de ajuda diferenciada. Deve ser feita sempre uma pré-oxigenação com um máximo de três tentativas por executante, tendo sempre disponível oxigenação de resgate com máscara laríngea ou máscara alto débito. *Macocha Score* deve ser utilizada para a avaliação de via aérea difícil, sendo que valores a partir de +3 preveem que assim seja. Deve ser realizada por alguém experiente e a formação e treino é um dos passos mais importante na sua abordagem.

Na ventilação não invasiva, BIPAP (Bilevel Positive Pressure Airway) e CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), os resultados mostram que o uso precoce de CPAP no pré-hospitalar tem uma melhoria significativa nos doentes, enquanto o BIPAP melhora mais rapidamente as trocas gasosas. (A VMER do local onde trabalho, tem na sua carga o CPAP, sendo que é utilizado muitas vezes em doentes com edema agudo do pulmão. Estes doentes chegam à sala de reanimação já com ótimos resultados devido à sua utilização).

O alto fluxo, que pode ser quente ou frio, tem mais vantagens se for quente pois as curvas de aprendizagem para trabalhar com o mesmo são baixas devido à pouca complexidade da técnica e é mais segura para o doente. O alto fluxo frio tem mais desvantagens como a secura das mucosas, a viscosidade das secreções, as atelectasias associadas, a diminuição da função muscular e o aumento do broncospasmo. O alto fluxo deve ser utilizado por um máximo de 15 dias.

O estado de mal epilético deve ser em primeira linha tratado com benzodiazepinas, sendo o midazolam a escolha mais segura, seguido de antipiléticos. O midazolam deverá ser combinado com o propofol e os barbitúricos devem ser guardados para situações refratárias. O BIS deverá ser utilizado nestes doentes, mas não substitui o EEG (eletroencefalograma).

No trauma torácico devem ser utilizados drenos 28Fr ou 32Fr, pois não há benefício de serem utilizados calibres maiores. É importante ter em conta que o *Mallecot* não é um dreno torácico. Existe uma sobrevida de 8,8% no trauma penetrante *vs* 1,8% no trauma contuso.

O trauma da bacia e membros é uma grande causa de choque hipovolémico, sendo que a hemorragia é 85% das vezes de origem venosa/óssea e 15% de origem arterial. Em cada 3minutos de instabilidade hemodinâmica a mortalidade aumenta 1%. (Este é um trauma que existe em grande número no SUG, sendo que no meu local de trabalho utilizamos um estabilizador de bacia – Tpod® (Trauma Pelvic Orthotic Device) – em todas as suspeitas de fratura da bacia).

A área de transplantação cardíaca é bastante específica. A adrenalina, em contexto pós-transplante cardíaco, pode trazer complicações graves. No doente pós-transplante cardíaco em PCR, se em FV/TV (fibrilhação ventricular/taquicardia ventricular) no monitor, na primeira avaliação, podem ser administrados 3 choques consecutivos. Se não houver sucesso devem ser logo administrados 300mg de amiodarona e preparação para nova reesternotomia.

Na UCI a prevenção e controlo da infeção é um assunto de extrema importância. Existe um elemento de enfermagem responsável por esta área, que faz um levantamento de dados e que fica encarregue da identificação dos doentes, pois todos os dias na passagem de turno da noite para a manhã, entre chefes de equipa, são transmitidos estes dados e forma mais correta de isolamento e prevenção de transmissão. Foi-me assim possível identificar ao longo dos diversos turnos os procedimentos e circuitos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC/falência multiorgânica, desenvolvendo assim competências nesta área.

Para doentes infetados que justifiquem o isolamento, está disponível todo o material necessário à prática de cuidados na sala e antecâmera, evitando assim a infeção cruzada. Em cada sala existe um ponto para lavagem de mãos bem com desinfetante. Nas restantes salas (onde existem dois doentes), cada cama tem disponível um desinfetante.

Toda a abordagem ao doente por qualquer profissional é feita com luvas, máscara e avental, seja para colher sangue, mobilizar o doente ou trocar a fralda (entre outros). Quando existem procedimentos como a colocação de cateter venoso central, linha arterial, broncofibroscopia, canulação de doentes para ECMO, todos os elementos da sala (mesmo que não estejam na prestação direta e apenas a observar a técnica), para além do material já descrito, têm também de utilizar touca.

A minha preocupação foi sempre cumprir a utilização de todo o equipamento de proteção individual (pois no meu dia-a-dia não utilizamos todo o material descrito na abordagem ao doente). As visitas, antes de entrarem nas salas para estarem com os doentes, têm obrigatoriamente de passar pelo ponto de lavagem de desinfeção de mãos (informação transmitida logo no acolhimento e/ou na primeira visita ao doente).

Foi assim possível desenvolver e melhorar o meu o autoconhecimento e a assertividade, através da pesquisa bibliográfica, participação em congressos/jornadas e reflexão acerca da intervenção do enfermeiro, que foi uma constante ao longo do estágio pois em todos os turnos era feita uma análise de várias situações que iam acontecendo, sendo esta muitas vezes partilhada com a minha orientadora bem como com outros elementos da equipa.

Durante este estágio não tive oportunidade de prestar cuidados ao potencial dador de órgãos (dador em morte cerebral ou dador em paragem cardiocirculatória) visto não haver nenhum na UCI.

Gostaria de ter tido oportunidade de prestar cuidados ao doente PD em MC ou PCC, visto tratar-se do meu tema para projeto, mas como tal não foi possível tentei sempre procurar conhecimento na área com os peritos da UCI. Durante os turnos na UCI, com a ajuda da enfermeira orientadora e toda a equipa foi possível acompanhar diversos procedimentos à PSC e em muitos deles participar de modo ativo visto ser a enfermeira responsável pelo doentes. Tive ainda oportunidade de consultar os protocolos, normas e documentos existentes no serviço.

2.2 Serviço Urgência Geral Hospital Polivalente Lisboa

Como objetivos para este estágio foram delineados os seguintes (estes foram operacionalizados através das atividades que se apresentam no apêndice 7):

- Desenvolver competências na gestão de cuidados, promovendo a melhoria contínua da qualidade no SUG;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC em processo complexo de doença crítica e/ou falência multiorgânica e família/pessoa significativa suportados pelas teorias *Technological Competency as Caring in Nursing* (Locsin) e a *Teoria das Necessidades Humanas Básicas* (Virgina *Henderson);*
- Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC e/ou falência multiorgânica;
- Desenvolver competências de enfermagem no cuidado ao potencial dador de órgãos.

A minha experiência profissional sempre passou pelo SUG, sendo que tive oportunidade de conhecer um SUG diferente do qual eu trabalho, com uma dinâmica diferente, mas também bastante parecida em várias decisões e momentos.

Este foi um estágio de extrema importância no qual tive diversas oportunidades de aprendizagem, desenvolvimento de competências, partilha de experiências e reflexão.

Os SUG têm sido ao longos dos anos uma preocupação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes transformaram-se, ao longo do tempo, na porta de entrada do SNS, consumindo grandes recursos humanos e financeiros, colocando em causa o bom funcionamento de todos os outros Serviços de Ação Médica, do Ambulatório e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Direção-Geral de Saúde, 2001).

O SUG Polivalente onde estagiei está integrado na Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos (AUGPCI), tendo como “missão” garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, aos doentes urgentes e emergentes que a ela acorram, em particular aos da sua área de referência, mas dada a sua grande diferenciação técnica e polivalência, são admitidos todos os doentes, independentemente da sua proveniência, abrangendo uma área de referenciação alargada estimada em 2,3 milhões de habitantes. Para além de todas as valências, dá

suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC, Via Verde Sépsis e Via Verde de Trauma.

Para o desenvolvimento da competência de gestão de cuidados, promovendo a melhoria contínua da qualidade no SUG tive oportunidade de acompanhar a Enfermeira Chefe de Equipa durante o turno e debater/refletir acerca de questões tanto com a Enfermeira Chefe como com o Enfermeiro Orientador. Estas questões referem-se essencialmente à privacidade dos doentes no SUG, a dinâmica a que um SUG tem de obedecer, gestão de recursos humanos e recursos materiais e tendo em conta esta temática desenvolvi um jornal de aprendizagem (Apêndice 8).

A gestão de cuidados aliada aos cuidados de qualidade, fez-me refletir sobre várias problemáticas, como:

- Dinâmica da equipa, as diferentes competências, diferentes graus de desenvolvimento, o papel dos elementos de referência, ser uma equipa jovem;
- Gestão de espaço físico;
- Gestão de recursos materiais.

O SUG tem 5 equipas sendo que cada uma delas tem um chefe de equipa e 3/4 elementos de referência (que substituem o chefe de equipa quando este não está ou nas horas de refeição). A restante equipa está dividida em elementos X (elementos mais diferenciados e com competências acrescidas) e elementos Y (elementos mais novos, integrados em menos setores). Tudo isto é tido em conta para realização da escala e dinâmica do serviço em cada turno, pois têm de estar sempre em cada turno pelo menos 2 elementos de referência e 8 elementos X. Isto fez-me refletir sobre a importância dada à prestação de cuidados de qualidade, pois a presença obrigatória dos enfermeiros com mais competências e peritos na área faz diferença na tomada de decisão e na definição de estratégias perante determinadas situações. Uma equipa jovem (neste momento existem muitos elementos mais novos nas equipas) que sem o devido suporte e ajuda pode ser um potencial problema se não forem delineadas estratégias para fazer a equipa crescer.

Outra questão é a gestão de recursos materiais e de espaço físico. A decisão de passagem dos doentes dos balcões de ambulatório e de macas para o SO (serviço de observação) é da responsabilidade do Enfermeiro chefe de equipa, sendo que este baseia a sua decisão não só na condição/patologia do doente, mas em como está todo o serviço e todos os doentes que poderão também precisar de passar para SO.

Na minha perspetiva isto exige do enfermeiro um conhecimento geral do serviço e de toda a dinâmica durante aquele turno para que possa tomar a decisão mais adequada.

Para a prestação de cuidados de enfermagem no SUG uma das minhas preocupações nos primeiros turnos foi conhecer a dinâmica do serviço, o espaço físico, a constituição dos setores e a equipa em que me inseria. Trabalhar num SUG no meu dia-a-dia facilitou a forma como consegui executar as intervenções de enfermagem a que me propunha, bem como a forma como fui recebida na equipa por todos os seus elementos.

Ao longo do estágio prestei cuidados em vários setores do SUG, mas este foi maioritariamente passado nas salas de emergência e trauma. Aqui tive a oportunidade de ter contato com várias situações diferentes, prestando cuidados técnicos de alta complexidade à PSC tanto em colaboração com outros elementos da equipa multidisciplinar bem como autonomamente, garantindo sempre um ambiente terapêutico e seguro.

No SUG dão entrada doentes com patologias variadas e por essa razão tive oportunidade de prestar cuidados a doentes que apresentavam patologia cardíaca, doentes politraumatizados, ativação da Via Verde AVC, doentes com patologia respiratória, doentes com hemorragia digestiva, doentes com choque sético e choque hemorrágico, doentes em paragem cardiocirculatória e ainda doentes grandes queimados.

Destes doentes destaco aqueles que me deram oportunidade de novas experiências. Com um doente grande queimado helitransportado, tive oportunidade de lhe prestar cuidados na sala de emergência, procedendo depois à sua transferência para a Unidade de Queimados, a qual tive oportunidade de visitar. Aqui pude conhecer a realidade deste serviço e dos procedimentos relativamente à assepsia e cuidados na prevenção e controlo de infeção. Nesta situação procedimentos específicos foram utilizados, como por exemplo o uso de todo o material esterilizado (incluindo os equipamentos de proteção individual dos profissionais), bem como o aquecimento da sala. A rápida abordagem ao doente e principalmente a rápida transferência do doente realizada para o local onde pudessem ser prestados cuidados de qualidade adequados foi essencial. Muito importante também foi a privacidade e dignidade promovida para o doente (competência imprescindível do enfermeiro especialista que deve gerir, na equipa, as práticas de

cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente). O enfermeiro especialista deve ainda ter competências ao nível do controlo da infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Os doentes de Via Verde AVC identificados no pré-hospitalar, têm um circuito muito bem delineado, entrando diretamente para a sala de TAC (Tomografia Axial Computorizada) onde estão presentes o médico e enfermeiro da Unidade de AVC, sendo o doente acompanhado por um enfermeiro do SUG. Este procedimento permite que os tempos de porta-agulha (desde a entrada no SUG até ao tratamento) sejam bastante baixos (cerca de 10minutos) promovendo assim o sucesso da Via Verde AVC.

Nem em todos os setores do SUG é possível prestar cuidados de forma tão humanizada como gostaríamos e, tal como abordei no jornal de aprendizagem realizado, a privacidade é uma grande lacuna neste SUG, muitas vezes devido à sobrelotação existente no mesmo. Ainda assim os enfermeiros e todos os outros profissionais do SUG tentam ao máximo proporcionar aos doentes um ambiente terapêutico promovendo o cuidado individualizado. Outras das competências que pude desenvolver neste contexto foi a gestão da equipa, as práticas de cuidados promovendo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente e promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.

Outra preocupação são as famílias que nem sempre podem estar presentes em todos os momentos, mas sempre que possível são chamadas, proporcionada a presença juntos dos doentes, dadas informações e esclarecidas dúvidas. Durante os turnos tive oportunidade de contatar com as famílias por diversas vezes. As famílias dos doentes que dão entrada na sala de reanimação foram uma das minhas maiores preocupações, visto que é um local onde por norma não são permitidas visitas. Um dos doentes que entrou na sala de reanimação, já com 80 e muitos anos vinha acompanhado pela sua esposa, da mesma idade, que ficou da parte de fora da sala a chorar dizendo que não podia acontecer nada ao marido. Aproximei-me, explicando a situação do marido e o que estávamos a fazer dentro da sala de reanimação para que o pudéssemos estabilizar. Assim que possível, falando com a restante equipa, permiti que a esposa entrasse e falasse com o marido, promovendo assim relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família. Uma das minhas prioridades foi

tentar que a família pudesse estar presente sempre que possível sensibilizando os enfermeiros para esta situação, pois o SUG encontrava-se em obras e muitas vezes as famílias ficavam “esquecidas” na sala de espera. Outro dos setores que me preocupava bastante em termos de visitas era o Balcão de Medicina onde se encontravam os doentes em maca. Aqui não eram permitidas visitas visto ser um espaço bastante pequeno e sempre assoberbado de macas em que era muito difícil manter toda a dinâmica de trabalho. Por várias vezes dirigi-me ao exterior onde se encontravam os familiares para transmitir notícias dos doentes, “levando recados” e trazendo pequenos bens pessoais que faziam toda a diferença quer para os doentes quer para as suas famílias. Foi assim possível desenvolver e reforçar a competência de assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

A prevenção e controlo de infeção estão bastante presentes no SUG, havendo vários procedimentos e circuitos que estão estabelecidos pelo Pograma Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência e Antimicrobianos (PPCIRA). No SUG existem *kits* (feitos pelo elo de ligação do PPCIRA) com o material necessário para a realização das técnicas, como por exemplo *kit* para algaliação, *kit* para esvaziamento vesical e *kit* para colheita de hemoculturas. Estes *kits* estão arrumados em locais identificados e contêm todo o material não esterilizado e esterilizado necessário para cada técnica.

Ainda em relação à prevenção da infeção, um aspeto negativo são os insuficientes locais para lavagem das mãos em cada setor (como por exemplo na área de ambulatório que só existe um local para o efeito), mas por outro lado, em todas as macas/camas existem desinfetantes para as mãos. No SUG existe ainda uma sala de isolamento, bem identificada, que tem uma antecâmara com todo o material e ainda as instruções relativas à entrada e saída no isolamento.

Neste serviço de imensa “correria” e onde nem sempre as medidas para a prevenção de infeção são asseguradas (existem materiais abertos que não estão identificados quando foram utilizados pela primeira vez e até quando podem ser utilizados, a lavagem/desinfeção das mãos por vezes fica esquecida), a minha preocupação foi a de utilizar o EPI (equipamento de proteção individual) adequado a cada situação e para além disso potenciar a reflexão, principalmente relativamente à lavagem e desinfeção das mãos que reparei muitas vezes ser uma lacuna. Por várias vezes discuti com o meu enfermeiro orientador e chefe de equipa formas de motivar

os enfermeiros a lavarem/desinfetarem as mãos mais regularmente (por exemplo quando saem/entram na bolha do doente ou cada vez que vão realizar uma procedimento) e através de pequenas partilhas informais ao longo dos turnos foi possível difundir esta informação.

Ao longo deste estágio não tive oportunidade de prestar cuidados ao potencial dador de órgãos (dador em MC ou em PCC), situação para a qual fui logo alertada pelo Enfermeiro Orientador no início, visto que não é muito comum os potenciares dadores permaneceram no SUG. De modo a colmatar esta situação, para que o objetivo a que me propus não ficasse totalmente por cumprir, realizei pesquisas na área (tendo concluído uma RIL) e procurando conhecer normas e procedimentos do SUG.

2.3 Serviço de Urgência Geral Polivalente Porto

O estágio num SUG no Porto teve como objetivo a observação e reflexão acerca da dinâmica do serviço e o dador PCC, refletindo sobre o papel do enfermeiro especialista na valorização dos cuidados fundamentais à PSC.

Este estágio decorreu ao longo de 7 turnos entre os dias 12 e 18 de dezembro, nos turnos da manhã e tarde. Tive a oportunidade de fazer turnos em várias equipas, conhecer o serviço, o circuito de doente crítico e o procedimento para o dador em PCC.

O SUG conta com 5 equipas com horário rotativo (Manhã/Tarde/Noite), sendo 19 enfermeiros nas manhãs e tardes e 17 nas noites. Existem ainda os enfermeiros responsáveis pelo SUG (Enfermeiro Chefe e Enfermeira responsável) em horário fixo de manhã que desempenham funções de chefia do SUG.

O serviço está dividido por diversos setores, sendo encaminhados para os mesmos através da triagem (Triagem de Manchester), sendo que cada um deles conta com a sua própria sala de espera. Os enfermeiros de cada setor são distribuídos segundo uma escala realizada pelo chefe de equipa e que se encontra afixada na sala de enfermagem.

A sala de emergência (onde permaneci em todos os turnos) conta com 5 camas, estão escalados por turno 3 enfermeiros (um para os doentes de trauma, um

para os doentes médicos e outro para a equipa de emergência interna) e 3 médicos intensivistas.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de receber vários doentes com a equipa, diretamente da rua ou do "balcão dos laranjas", apresentando poucas diferenças entre a abordagem das várias equipas e sendo também pouco diferente relativamente à minha realidade diária. O doente é abordado pela equipa multidisciplinar, sendo as especialidades chamadas sempre que necessário. A Via Verde AVC é recebida de imediato pela Neurologia e o doente encaminhado para a TAC. Visto que é uma urgência metropolitana recebem também alguns doentes de outros hospitais. Após a estabilização os doentes são transferidos consoante o seu grau de estabilidade e gravidade. Todos os registos são feitos em sistema informático.

Relativamente aos doentes recebidos na sala de emergência, gostaria de destacar que, quer no momento em que chegam à sala, bem como cada vez que é necessário realizar qualquer intervenção nos mesmos é sempre utilizada uma bata/avental e luvas de modo a prevenir qualquer tipo de exposição e/ou contaminação tanto para o doente como para o profissional sendo possível consolidar competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC e/ou falência multiorgânica.

Tendo em conta o dador (foco do meu projeto) e neste caso o dador em PCC, tive a oportunidade de conhecer o procedimento para o mesmo. Na sala de emergência existe um ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*) e todo o material necessário para canular o doente. A verificação deste material é feita diariamente através de uma *check-list* pelo enfermeiro que está escalado de ECMO. O doente, vindo da rua após contato com a equipa de ECMO, é colocado na sala de emergência, sendo canulado preferencialmente na cama 5 (por uma questão de gestão de espaço) e posteriormente transferido diretamente dali para o BO. O enfermeiro perfusionista acompanha o dador em PCC para e no BO durante o tempo necessário.

Nos vários turnos "discuti" com diferentes enfermeiros a abordagem ao dador em PCC na sala de reanimação (ao contrário do estágio anterior que era recebido diretamente na Unidade de Cuidados Intensivos – UCI) e era para eles, opinião unânime, que ali era o local ideal para o fazer pois o doente crítico em fase aguda é abordado na sala de emergência, visto que na UCI é tudo mais controlado e com o

doente com uma estabilidade diferente. Serão, segundo eles, os enfermeiros do SUG mais habilitados a receber este doente.

A questão de se poder realizar canulação na rua e colocar o doente em ECMO, foi outro assunto que abordei. Esta possibilidade seria para eles uma mais valia. Os *timings* a cumprir na chegada ao hospital para puder canular um doente, são bastante curtos, tendo em conta vários aspetos:

- tempo de chegada da equipa ao local;
- tempo para conseguir retirar o doente do local (prédios de 4 andares sem elevador serão um desafio nestas situações);
- viabilidade do SBV/SAV ao descer com o mesmo em escadas ou elevador – tempo elevado de *no-flow*.
- transporte em SBV/SAV na ambulância.

Referem estes enfermeiros, que os *timings* poderiam ser mais facilmente cumpridos se a equipa de ECMO se deslocasse ao local, pois depois do doente canulado (quer para E-CPR ou para doação) o seu transporte já é feito de uma forma mais segura. No entanto, esta ainda não é uma realidade em Portugal.

No 3º turno que realizei, foi o SUG contatado para a colocação de um doente em ECMO para doação. Homem de 57 anos em PCR) com SBV iniciado por familiares e continuado por equipa de ambulância (tempo para início de SBV inferior a 15minutos e na primeira avaliação de DAE – Desfibrilhador Automático Externo - com indicação para desfibrilhação) e posterior SAV (início inferior a 30minutos) pela equipa de VMER, em fibrilhação ventricular. Foram realizados no total 35 minutos de SBV/SAV, com decisão de período de *no-flow* de 10minutos, sem qualquer recuperação. Desconhecia-se na altura qualquer antecedente pessoal que fosse critério de exclusão. O tempo total desde o início do SAV até à chegada ao SUG era inferior a 90 minutos e o tempo total desde a PCR até à chegada ao SUG era inferior a 120minutos, pelo que foi aceite para dador em PCC.

Foi preparado todo o material para receber o doente, toda a equipa estava pronta na sala de emergência, tendo o potencial dador chegado com a utilização do LUCAS (*Sistema de Compressão Torácica)*. Foi realizada a sua inscrição no SUG e a seguir feita a consulta do processo disponível do doente. Nesta altura foi possível verificar que o doente tinha como antecedente pessoal diabetes mellitus não controlada, o que é um critério de exclusão. Aqui para mim foi uma desilusão pois,

depois de toda a preparação, não foi possível canular o doente e fazer o acompanhamento para o BO, permitindo-me observar e até participar nas intervenções especializadas realizadas no dador em PCC.

No entanto esta situação foi de extrema importância para mim, pois assistir a toda a dinâmica da equipa e aferição de dados inerente ao processo foi muito útil. Ainda de referir que o GCCT foi de imediato contatado e o Coordenador estava a caminho do SUG de modo a tratar de todos os aspetos burocráticos.

Considero que este estágio foi bastante recompensador e também um desafio. Foi realizado num local distante, onde existem algumas diferenças, não a nível de abordagem à PSC, mas sim a nível organizacional. Fui muito bem recebida tanto pela coordenação como pelos enfermeiros com quem fui estando ao longo dos turnos, tendo oportunidade de discutir com estes vários temas (não só relativos ao tema do meu projeto). Esta experiência foi diferente de todas as anteriores o que me trouxe mais bases de sustentação tanto para o meu projeto bem como para a minha vida profissional.

2.4 Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

Neste estágio no GCCT o objetivo foi observar e compreender o papel do Coordenador relativamente aos potenciais dadores e famílias.

A Rede Nacional de coordenação de colheita e transplantação é constituída pelo IPST, pelo Coordenador Nacional de Transplantação, os 5 GCCT's e um Coordenador Hospitalar de Doação (seguindo a lógica do Nacional para o Regional e por fim Local).

O GCCT do hospital onde decorreu o estágio faz parte do grupo de cinco GCCT's (Hospital São João, Hospital Santo António, Hospital Universitário Coimbra e Hospital Santa Maria), sendo que tem como função a coordenação central de colheita e transplantação de cinco hospitais.

A Portaria 357/2008 (2008) veio atualizar a configuração dos gabinetes passando estes a designar-se por Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação, sendo funções do seu Coordenador Hospitalar de Doação *"a*

dinamização, regulação, normalização, controlo e fiscalização da atividade desenvolvida pela rede".

O GCCT deste hospital é constituído por dois enfermeiros (um deles o Coordenador), uma médica e uma auxiliar, que trabalham diariamente em exclusividade no gabinete, mas existem ainda as equipas de colheita pertencentes ao GCCT das quais fazem parte 16 enfermeiros de peri-operatório e médicos. Os enfermeiros e médica do GCCT podem também assumir funções no intra-operatório. O gabinete funciona em dias úteis das 9h às 16h, mas para além disso estão contatáveis através de telemóvel, sendo muitas vezes necessário ir ao hospital para avaliação de potenciais dadores, consulta do RENNDA disponibilizar informação a familiares, entre outros.

Durante os dias que permaneci no gabinete tive oportunidade de ter contacto com as atividades realizadas pelo gabinete e pelo Coordenador bem como ter contato com as plataformas utilizadas (RENNDA, RPT - Registo Português de Transplantação).

Uma das funções do Coordenador é articular com os outros Coordenadores Hospitalares de Doação. Os órgãos são alocados a nível regional, mas as equipas de colheita poderão ter de se deslocar a várias zonas do nosso país e o órgão recolhido pode ser oferecido a outro Gabinete, no caso de ter um recetor prioritário ou ser a única Unidade de Transplantação que faz o transplante de determinado órgão. O Coordenador tem ainda como função a "pesquisa ativa", ou seja, monitorizar o estado dos doentes neurocríticos no Serviço de Urgências e nas Unidades de Cuidados Intensivos.

De acordo com a Portaria 357/2008 (2008) deve-se "proceder à distribuição de órgãos pelas unidades de transplante em conformidade com as normas em vigor". Esta distribuição dos órgãos é, sem dúvida, um dos pontos de maior importância para que a credibilidade do processo nunca seja posta em causa, pois a maioria dos recetores aguarda longos períodos por um transplante, havendo mesmo aqueles que morrem antes deste acontecer. É por isso necessário que a distribuição seja feita com base nos princípios de igualdade, justiça e benefício para os recetores.

O processo de colheita de órgãos é algo complexo e que requer alta disponibilidade, dedicação, organização e treino das equipas bem como formação específica na área de forma a garantir a qualidade dos órgãos a transplantar.

No meu primeiro dia de permanência no gabinete, tive oportunidade de assistir à entrega de um rim que foi oferecido ao GCCT de outro hospital. No dia anterior tinha havia um dador em paragem cardiocirculatória, tendo sido canulado e colocado em ECMO na UCI. Posteriormente este doente seguiu para o BO, onde toda a equipa (incluindo a equipa do GCCT) o aguardava. Foram colhidos vários órgãos e tecidos e ao mesmo tempo realizado todo o trabalho burocrático para que os órgãos fossem atribuídos a um recetor e agilizado todo o processo de transporte (o rim tem um tempo máximo de isquémia fria de 24h e por isso, dado todas as condicionantes, foi entregue apenas no dia seguinte).

Numa colheita de órgãos como a relatada, em que é colhido mais do que um órgão, é de extrema importância um enorme profissionalismo e dedicação da equipa do GCCT, garantindo que não há falhas a nível organizacional condicionando a viabilidade de algum órgão e consequente transplante.

Para que todo este processo aconteça, o Coordenador Hospitalar de Doação tem de ser detentor de formação específica e especializada na área da doação, com perfil e responsabilidades claramente definidas, de modo a que o desempenho do seu trabalho seja marcado pela diferença garantindo todo o circuito de doação e transplantação. Este é também responsável por todo o apoio prestado às equipas de colheita e famílias.

Estes dias permitiram-me ter noção do quão exigente e profissional é o trabalho realizado pelo GCCT e seu Coordenador Hospitalar de Doação, tendo assim oportunidade de desenvolver várias competências, quer ao nível de práticas de qualidade, domínio da gestão dos cuidados, tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, bem como planear e liderar programas de melhoria contínua.

3. CONCLUSÃO

Em Portugal a doação de orgãos é um tema em constante e grande desenvolvimento nos dadores em MC e PCC, mas neste momento principalmente no dador em PCC com a criação de novos centros de referenciação de ECMO.

Para acompanhar o avanço nesta área é necessário que os enfermeiros desenvolvam competências técnico-científicas e humanas na prestação de cuidados. A possibilidade de prestação de alta qualidade com competências acrescidas foi uma das motivações para me inscrever no Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, de forma a desenvolver as competências específicas que até agora não possuía.

Este não foi um percurso fácil, com alguns momentos de desânimo e cansaço, mas agora vejo que os momentos de aprendizagem e partilha foram extremamente enriquecedores e reveladores da necessidade de constante reflexão e procura de evidência, com a consciencialização para a melhoria da prática de cuidados.

Estagiei em locais nos quais tive a possibilidade de partilhar experiências e "longas conversas" com os peritos, proporcionando-me aprendizagens que permitem neste momento a excelência de cuidados.

A minha experiência em cuidar da PSC, foi um elemento facilitador para a minha integração nos contextos clínicos e cuidados prestados, permitindo uma reflexão constante na abordagem utilizada num contexto diferente. Uma vez que a minha experiência é na área de urgência, o estágio de UCI revelou-se um verdadeiro desafio, com uma adaptação mais demorada mas desenvolver a capacidade de autoaprendizagem demonstrou ser uma mais valia trazendo resultados positivos.

Gostaria de salientar como ponto positivo a disponibilidade e as oportunidades que me foram proporcionadas pelos enfermeiros orientadores, bem como toda a ajuda e acompanhamento.

Como dificuldades, para além dos medos, incertezas e inseguranças associados a todo o percurso e de todas as condicionantes de foro pessoal e profissional em conjunto com a exigência do mestrado destaco, infelizmente, a falta de potenciais dadores nos serviços em que estagiei. Esta foi a grande condicionante de todo o meu percurso tendo de arranjar estratégias compensatórias de forma a atingir sempre os objetivos a que me propus.

Tive oportunidade de conhecer realidades bastante diferentes da minha nos estágios que efetuei, o que me deu oportunidade de desenvolver competência ao nível da prestação de cuidados à PSC, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, gestão de equipas e recursos, relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador da PSC, prevenção e controlo de infeção.

Outra aspeto que gostaria de realçar é o caminho que pretendo desenvolver daqui para a frente, partilhando todo o conhecimento que este percurso me deu, sensibilizando e formando os enfermeiros do SUG para a problemática do dador em MC e PCC, de modo a consciencializar acerca da importância da doação de orgãos/transplantação e de que modo esta pode promover a melhoria de qualidade de vida de vários doentes.

Tendo em conta o exposto e o plano de estudos do CMPSC (Curso Mestrado Pessoa em Situação Crítica) bem como as competências da OE considero que adquiri e desenvolvi as competências de especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica em articulação com as competências de grau de mestre, com conhecimento desenvolvido na prática baseada na evidência, na reflexão, na articulação com as diversas equipas multidisciplinares e raciocínio crítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira.* Lisboa: Instituto Piaget.

Almeida, A. M. de, Carvalho, E. S. de S., & Cordeiro, G. M. (2015). Cuidado Ao Potencial Doador: Percepções De Uma Equipe De Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem29*, (4), 328. https://doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13641

Arbour, R. (2005). Clinical management of the organ donor. *AACN Clinical Issues*, *16*(4), 551–580. https://doi.org/10.1097/00044067-200510000-00011

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*(May), 24–42. Retrieved from http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Dias_Barcelos_M._Patrão_Neves_Doação_de_tecidos_e_órgãos_humanos.pdf

Barros, F., Costa, I., & Amaral, T. (2012). Take care of the potential person donor of organs and tissues -- the purpose of a clinical case. *Nursing: Revista de Formacao Continua Em Enfermagem*, *24*(281), 12–17. Retrieved from https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108133140&site=ehost-live

Batista, M. P. J. (2012). CUIDAR NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS. (Relatório de Estágio).

Bartucci, M. R. (2003). Intervenção em Pessoas com Transplantes de Órgãos / Tecidos. In W.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Práctica Clínica de Enfermagem* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto

Benseñor, F. E. M., & Cicarelli, D. D. (2003). Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *53*(5), 680–693. https://doi.org/10.1590/S0034-70942003000500016

Bianchi, M., Garcia, L., Antonio, M., & Marcos, A. (2015). Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. *Uniciencias*, *12*(2), 174–180.

Canadian Nurses Association. (2008). Position Statement: Advanced Nursing Practice. *Canadian Nurses Association*, (2008), 7–9.

Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Marques Araújo, M. Â., Dos Santos Alves, M. D., & Batista Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *ACTA Paulista de Enfermagem*, *27*(6), 567–572. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092

CNECV. (1995). Parecer Sobre o Critério de Morte Retrieved from https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/parecer-sobre-o-criterio-da-morte-10-cnecv-95

Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, *0*(30), 234–251.

Decreto-Lei 553/76. (1976). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/430427

Decreto-Lei nº 244/94. (1994). Organização e Funcionamento Regista Nacional não Dadores Retrieved from http://www.dre.pt/pdf1s/1994/09/223A00/57805782.pdf

Decreto de lei nº 12/93. (1993). Retrieved from http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf

Despacho n.º 14341/2013. (2013). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/3313599

DGES. (2013). Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações, 1–115. Retrieved from https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Dicks, S. G., Northam, H., van Haren, F. M. P., & Boer, D. P. (2018). An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Psychology Open*, *5*(1). https://doi.org/10.1177/2055102918782172

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Retrieved from https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx

Diretiva 2004/23/EC. (2004). Estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana *Jornal Oficial Da União Europeia*, 48–58.

Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2008). *Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC)* (4.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

ERC. (2015). *Suporte Avançado de Vida*. Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. Retrieved from http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf

Evans, D. (1995). Brain death: the family in crisis. *Intensive and Critical Care Nursing*, *11*(6), 318–321. https://doi.org/10.1016/S0964-3397(95)80344-0

Farias, I. P., Almeida, T. G., Pereira, C. I. da C., & Vasconcelos, E. L. (2017). Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *11*(9), 3492–3496. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110249p3492-3496-2017

Gordon, J. K., & McKinlay, J. (2012). Physiological changes after brain stem death and management of the heart-beating donor. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, *12*(5), 225–229. https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mks026

Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F. D., … Sung, G. (2020). Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *324*(11), 1078–1097. https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586

Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de orgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*(1), 91–97. https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000100014

Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing, 53 (1)*, 21-31.

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

Hill, T. (2013). Caring and technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, *38*(2005), 217–226. https://doi.org/10.3233/978-1-60750-882-3-217

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2014). Operacialização do Programa de Colheita de Órgãos Dadores em Paragem CardioCirculatória.

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2020). Doação e Transplantação de Órgãos Atividade Nacional 2019

Lei n.º 141/99. (1999). Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/532449

Lei nº 22/2007. (2007). 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.2450–2465. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/635827

Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *7*, 1–6.

Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, *64*(1–2), 160–164. https://doi.org/10.2152/jmi.64.160

Magalhães, A. L. P., Lanzoni, G. M. de M., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M. de, Silva, E. L. da, & Mello, A. L. S. F. de. (2018). Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *39*, e20170274. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274

Manara, A. R., Murphy, P. G., & Ocallaghan, G. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, *108*(SUPPL. 1), i108–i121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Matesanz, R. (2010). Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos. *Emergencias (St. Vicenç Dels Horts)*, 68–71.

Mendes, K. D. S., Roza, B. de A., Barbosa, S., Schirmer, J. de F. F., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(4), 945–953. https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027

Mota, A. (2004). Transplantaçao renal: uma história de sucesso. *Rev Fac Med Lisboa*. Retrieved from http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/513

Nicely, B., & Delario, G. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, *21*(1), 72–77. https://doi.org/10.7182/prtr.21.1.c7617103jug3466m

OMS. (2002). *Saúde 21 - saúde para todos no século XXI.* Loures: Lusociência.

OMS. (2008). Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Retrieved from https://www.who.int/transplantation/TxGP 08-sp.pdf

OMS. (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. *World Health Organization*, (November), 1–15. Retrieved from http://www.who.int/transplantation/activities/en/

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição - Investigação em Enfermagem, 1–4.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Vol. 53). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República, 2.ª Série*, *N.º 135*, 19359–19370. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/115698617

Pereira, C., Pinto, D., Tourinho, F., & Santos, V. (2013). Tecnologias Em Enfermagem E O Impacto Na Prática Assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde - ISSN:2236-1103*, 29–37. https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331

Periz, L. A., & Sanmartín, E. F. (2004). Historia del Trasplante de Órganos. In L. A.Periz, & E. F. Sanmartín, *La enfermeria y el transplante de órganos* (pp. 3-12).Espanha: Editorial Médica Panamerica.

Pita, F., & Carmona, C. (2004). Morte cerebral: Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Medica Portuguesa*, *17*(1), 70–75.

Portaria 357/2008 de 9 de Maio do Ministério da Saúde. (2008), *2008*, 2513–2515. Retrieved from http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0251302515.pdf

Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (2013). Transplante e doação de órgãos e tecidos a partir de dadores vivos: uma reflexão bioética. *Percursos*.

Rech, T. H., & Rodrigues Filho, É. M. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *19*(2), 197–204. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000200010

Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *60*(6), 653–658. https://doi.org/10.1590/s0034-70942010000600012

Sesma, A. M., & Ollo, M. Z. (2001). Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enferm Intensiva*, 10–20.

Sgreccia, E. (2009). *Transplante de Orgãos* (1ª Edição ed.). (M. Matos, Trans.) Princípia Editora, Lda.

Sierra, E. C., Ortiz, I., & Poza, F. L. (1997). Cuidados de enfermería en el donante potencial de órganos. *Enfermería Clínica, 7 (3)*, 112-118.

Smith, M., Dominguez-Gil, B., Greer, D. M., Manara, A. R., & Souter, M. J. (2019). Organ donation after circulatory death: current status and future potential. *Intensive Care Medicine*, *45*(3), 310–321. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05533-0

Taylor, L. J., Buffington, A., Scalea, J. R., Fost, N., Croes, K. D., Mezrich, J. D., & Schwarze, M. L. (2018). Harms of unsuccessful donation after circulatory death: An exploratory study. *American Journal of Transplantation*, *18*(2), 402–409. https://doi.org/10.1111/ajt.14464

Thuong, M., Ruiz, A., Evrard, P., Kuiper, M., Boffa, C., Akhtar, M. Z., … Ploeg, R. (2016). New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology. *Transplant International*, *29*(7), 749–759. https://doi.org/10.1111/tri.12776

Torres, J. C., Maria, A., & Lage, V. (2014). Manifestações Psicológicas De Familiares Com Pacientes Em Morte Encefálica. *Revista de Psicologia*, *4*(1), 38–51.

Yousefi, H., Roshani, A., & Nazari, F. (2014). Experiences of the families concerning organ donation of a family member with brain death.

Wall, S. P., Kaufman, B. J., Gilbert, A. J., Yushkov, Y., Goldstein, M., Rivera, J. E., … Goldfrank, L. R. (2011). Derivation of the uncontrolled donation after circulatory determination of death protocol for New York City. *American Journal of Transplantation*, *11*(7), 1417–1426. https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03582.x

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – RIL

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Estágio com Relatório

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ORGÃOS EM MORTE CEREBRAL OU PARAGEM CARDIOCIRCULATÓRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Catarina da Costa Henriques nº 8871

Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Estágio com Relatório

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ORGÃOS EM MORTE CEREBRAL OU PARAGEM CARDIOCIRCULATÓRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Catarina da Costa Henriques nº 8871

Docente: Profª Eunice Henriques

Lisboa, janeiro 2019

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ORGÃOS EM MORTE CEREBRAL OU PARAGEM CARDIOCIRCULATÓRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Revisores:

Ana Catarina Henriques[1] | Eunice Henriques[2]

[1]Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na escola Superior de Enfermagem de Lisboa (acchenriques@campus.esel.pt)

[2]Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Orientadora do Projeto de Estágio (eunice.henriques@esel.pt)

Instituição onde é conduzida a revisão:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Questão da revisão

Quais as intervenções de enfermagem ao potencial dador de orgãos em morte cerebral ou paragem cardiocirculatória?

Formulação da questão:

P (População) – Potencial dador orgãos

I (Intervenção) - Intervenções enfermagem

C (Comparação) - Não aplicável

O (*Outcome*) – Morte Cerebral / Paragem Cardiocirculatória

Objetivo:

O objetivo desta revisão integrativa da literatura é mapear as intervenções de enfermagem realizadas ao potencial dador de orgãos em morte cerebral (MC) ou paragem cardiocirculatória (PCC).

Background

Atualmente “morrem 6 portugueses por mês à espera de um órgão. Em 2018 morreram 76 pessoas em Portugal à espera de um órgão para ser transplantado, mais 49% que em 2017 (…) é preciso melhorar o aproveitamento dos órgãos” (Martins, 2019). A obtenção de órgãos para transplantação é um dever ético (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

O transplante de órgãos melhora a qualidade de vida e aumenta a esperança média de vida de pacientes em estadio terminal de falência do órgão (A. R. Manara, 2012).

A transplantação de órgãos e tecidos é, por diversas vezes, a última possibilidade de melhoria de qualidade de vida ou mesmo de salvar a vida, mas para que o transplante se realize é, estritamente necessário que haja doação de órgãos e tecidos. Do processo de doação de órgãos e tecidos faz parte a identificação e avaliação do potencial dador, a obtenção do consentimento para a doação, a manutenção do dador e a recuperação de células, tecidos e órgãos (World Health Organization, 2007).

De acordo com a legislação portuguesa (Lei n.º 22/2007 de 29 de junho), em Portugal está em vigor o consentimento presumido, ou seja, todas as pessoas são potenciais dadores exceto se houver uma inscrição no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA).

Em Portugal existem dadores em MC e dadores em PCC. Segundo o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, o número de dadores falecidos em 2017 atingiu os 351 (330 em MC e 21 em PCC), mais 14 do que em 2016. Este aumento na doação de órgãos em 2017 fez com que os transplantes realizados aumentassem 3,5% em relação ao ano anterior (IPST, 2018).

A contínua escassez de órgãos, dado o número limitado de potenciais dadores de órgãos em MC, levou a um ressurgimento do interesse no dador em PCC, como meio de expandir o potencial número de dadores. É improvável que a expansão de programas de dador de coração parado seja isoladamente suficiente para resolver a escassez mundial de órgãos doados para transplante. Portanto é provável que os critérios para PCC sejam alargados, de forma a minimizar a lesão isquémica nos órgãos candidatos (Smith et al., 2019).

Evidência de estudos Europeus sugerem que a criação de hospitais com ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation), para dadores em PCC, têm potencial para aumentar substancialmente a disponibilidade de órgãos (Wall et al., 2011).*

A doação em dadores em PCC acarreta vários desafios, começando na identificação de potenciais dadores, na perfeição da utilização dos critérios de elegibilidade, no respeito dos princípios éticos e legais, no cumprimento dos tempos de intervenção e na resposta pré e intra-hospitalar (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

A sobrevivência após transplantação de PCC's é bastante idêntica à de dadores em morte cerebral, apesar de taxas mais elevadas de função retardada do enxerto e falha na função primária (Smith et al., 2019).

A publicação em Diário da República do Despacho nº 14341/2013 de 29 Outubro refere que: "Em Portugal à semelhança de outros países do sul da Europa em que não existe uma tradição de limitação de esforço terapêutico aceite socialmente, e em que a maioria das colheitas se faz por consentimento presumido, vai optar-se por colher órgãos de dadores e PCC para transplante só na Categoria II de *Maastricht*" (Ressuscitação infrutífera: falecido fora ou dentro do hospital, sujeito a manobras de reanimação adequadas às circunstâncias que determinaram a PCC – mínimo de 30 minutos de duração - mas sem êxito. Exige-se um período de 10 minutos sem manobras de compressão cardíaca e de ventilação mecânica que confirme a perda irreversível da função circulatória e respiratória) (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014).

A maioria dos órgãos transplantados provém de doentes críticos em MC, podendo esta ter origem em várias etiologias (Bugedo et al., 2014). A MC é definida como a perda irreversível de todas as funções cerebrais (incluindo as funções de

tronco encefálico), com manutenção dos batimentos cardíacos e das funções da medula espinhal.

Após o diagnóstico de morte existe um potencial elevado para que a pessoa se torne num dador de órgãos efetivo. A MC, conduz a alterações metabólicas, hormonais, circulatórias e respiratórias, conduzindo à perda de mecanismos reguladores do sistema cardiorespiratório, sendo assim essencial o tratamento ativo e adequado ao potencial dador de órgãos. (Bugedo, Bravo, Romero, & Castro, 2014).

"A doação de órgãos deve ser uma parte rotineira do planeamento do fim de vida", é um dos principais princípios no Reino Unido, nas orientações emitidas pelo Comité de ética de Doação. O Comité recomenda ainda que um enfermeiro especialista em doação de órgãos deve ser notificado e apoiar todo o processo de doação, sempre que a decisão de potencial dador for tomada (Syversen, Sørensen, Foss, & Andersen, 2018).

Apesar da transplantação ser um dos maiores êxitos da área da saúde, a colheita de órgãos continua a ter um grande e complexo envolvimentos e condicionamento ético, Sgreccia (2009) refere mesmo que *"temos que admitir que o problema ético, que parecia estar a simplificar-se até há alguns anos, se tem vindo a tornar cada vez mais complexo"*. Vários têm sido os motivos que têm contribuído para que algumas dificuldades surjam e impliquem problemas éticos cada vez maiores, tais como *"o progresso das técnicas, o aumento dos pedidos, a escassez de dadores e a qualidade dos órgãos suscetíveis de transplante"* (Sgreccia, 2009). Sgreccia (2009) defende três princípios gerais implícitos nos problemas éticos, nomeadamente: a defesa da vida do dador e do recetor, a tutela da identidade pessoal e o consentimento informado.

Aos enfermeiros cabe a responsabilidade natural de cuidar dos dadores, pelo que se torna fundamental que os enfermeiros detenham conhecimentos nesta área , tendo a conta a qualidade de cuidados irá traduzir-se na viabilidade dos órgãos colhidos: "*a manutenção do potencial doador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, deteção precoce e manuseio imediato das principais complicações para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis. O enfermeiro deve estar capacitado a*

identificar tais alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipe de saúde, possa instituir medidas terapêuticas adequadas." (Guetti & Marques, 2008).

Desenho do estudo

- Critérios de Inclusão

Tipo de participantes:

A RIL considera todos os estudos que incluam potenciais dadores em MC ou PCC.

Tipo de intervenção/ conceito:

A RIL considera todos os estudos onde é feita referência às intervenções de enfermagem em potenciais dadores.

Tipo de resultados:

A RIL inclui todos os estudos que fazem referência a intervenções de enfermagem a potenciais dadores em MC e PCC.

- Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os artigos sem texto integral e os que não estão publicados em português, espanhol ou inglês.

- Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa visa encontrar estudos publicados, tendo sido dividida em 3 etapas.

Na primeira etapa foi efetuada uma pesquisa limitada às bases CINAHL e MEDLINE, com o intuito de analisar os títulos e resumos de forma a identificar as palavras chaves dos vários artigos obtidos.

Na segunda etapa da pesquisa, foram utilizadas e cruzadas as palavras chave, em linguagem natural e termos indexados identificados, nas bases de dados consideradas. A pesquisa não foi restringida a um limite temporal, interessando para os resultados toda a informação relevante encontrada. Será colocado em apêndice o histórico das estratégias de pesquisa efetuadas (APÊNDICE I).

As palavras chave utilizadas foram:

Quadro 1 – Palavras-chave a integrar na pesquisa segundo a questão PICO

População	Potencial dador orgãos	Potential organ donor
Intervenções	Intervenções enfermagem	- Nursing care - Nursing interventions - Nursing practice - Nursing guidelines
Comparação	Não aplicável	Não aplicável
***O**utcome*	Morte Cerebral/Paragem Cardiocirculatória	- Brain Death - Circulatory death

Procedeu-se à introdução dos termos naturais de pesquisa na plataforma agregadora de bases de dados EBSCOhost (via MEDLINE with full text e CINAHL plus with full text). Após a análise foram identificados os termos de indexação para as respetivas bases de dados.

Quadro 2 – Palavras-chave a integrar na pesquisa em linguagem natural e respetivos termos indexados em cada base de dados a considerar

	Termos de pesquisa	**Linguagem natural**	**Termos indexados**	
			MEDLINE	CINAHL
População	Dador em PCC	Potential Organ Donor	"potential organ donor"	“potential organ donor”
Intervenção	Intervenções enfermagem	- Nursing care - Nursing interventions - Nursing practice - Nursing guidelines	- MM "Nursing Care" - MM "Critical Care Nursing" - "Nursing interventions" - MH "Nursing Faculty Practice" - MH "Advanced Practice Nursing" - "Nursing guidelines"	- MH "Nursing Care" - MH "Nursing Interventions" - MH "Nursing Practice" - MH "Advanced Nursing Practice" - "nursing guidelines"
Comparação	Não aplicável			
Outcome	- Morte cerebral - Paragem cardiociculatória	- Brain Death - Circulatory death	- MH "Brain Death" - "Circulatory death"	- MH "Brain Death" - "Circulatory death"

Na terceira etapa da estratégia de pesquisa, foi considerada e pesquisada a lista de referências bibliográficas de todos os artigos selecionados de modo a encontrar estudos adicionais importantes para a RIL.

A seleção dos artigos foi realizada tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Após uma primeira seleção através das informações constantes do título e resumo e depois da confirmação da exatidão da mesma, obtiveram-se os artigos para leitura integral.

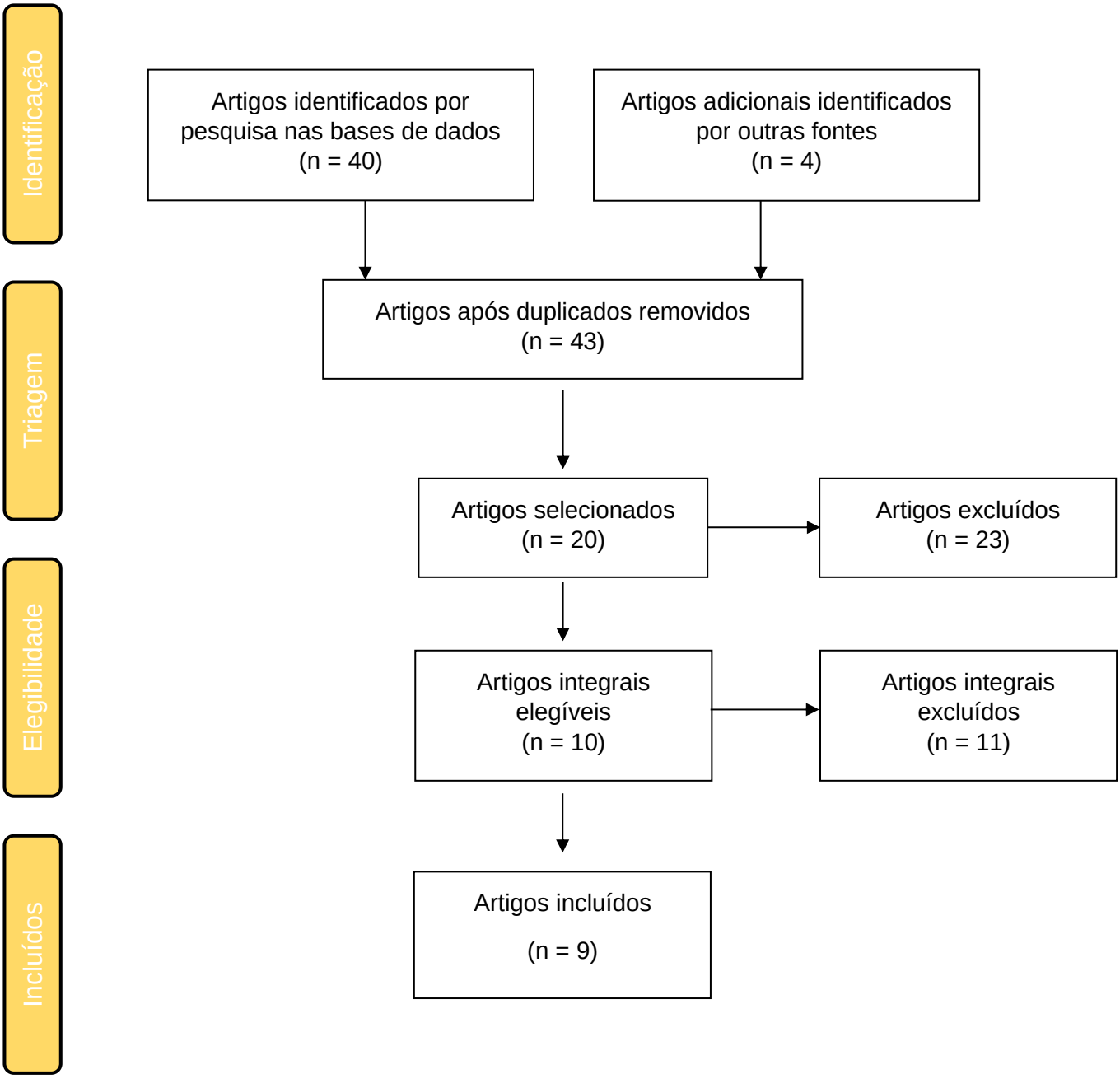
- Extração de resultados

Para a extração de resultados foi elaborado um diagrama (*Prisma Flow Diagram*) e uma tabela de caracterização dos artigos, onde constam os seguintes dados: título do artigo, autor(es), ano de publicação, características metodológicas e análise do artigo.

Procedeu-se à introdução das palavras-chave de forma indexada, tendo sido obtidos dez (10) artigos na MEDLINE de texto integral e seis (6) artigos na CINAHL de texto integral, sendo que após aplicação dos critérios de inclusão, apenas são elegíveis seis (6) artigos: dois (2) pela MEDLINE e quatro (4) pela CINAHL.

Perante a obtenção destes seis (6) artigos pelas bases de dados previamente referidas, foi tida em consideração a pesquisa nas referências bibliográficas, sendo selecionados mais três (3) artigos.

Diagrama 1 – *Prisma Flow Diagram*



Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *P*referred *R*eporting *I*tems for *S*ystematic Reviews and *M*eta-*A*nalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Quadro 3 – Tabela de caracterização artigos

Base de dados	Título	Autor	Ano	Metodologia	Análise artigo
CINAHL	*Take care of the potential person donor of organs and tissues - the purpose of a clinical case*	F. Barros; T. Amaral; I. Costa	2012	Revisão da literatura e estudo de caso	A estabilidade hemodinâmica é um dos principais focos no potencial dador orgãos, com vista à obtenção de órgãos viáveis. O enfermeiro tem a responsabilidade de monitorizar os parâmetros vitais, de modo a evitar complicações, entre as quais: - Hipotensão arterial; - Hipotermia; - Hiponatremia; -Alterações endócrino-metabólicas; - Coagulação vascular; - Diabetes insípida - Edema pulmonar. O enfermeiro é o um elo fulcral no apoio à família.

					Avaliação de parâmetros vitais: - Pressão arterial sistólica; - Débito urinário - PaO2 - Glicémia capilar - Hemoglobina
CINAHL	*Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death*	I. P. Farias; T. G. Almeida; C. I. C. Pereira; E. L. Vasconcelos	2017	Estudo exploratório, descritivo	O enfermeiro é o responsável por realizar intervenções ao potencial doador de órgãos, com importância fundamental na gestão das repercussões fisiopatológicas da morte cerebral através da monitorização hemodinâmica. O sucesso do transplante está intimamente relacionado com o tratamento ativo ideal do potencial dador orgãos.
CINAHL	*Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors*	A. L. P. Magalhães; A. L. Erdmann; F. G. M. de Sousa; G. M. M. Lanzoni;	2018	Estudo qualitativo	As intervenções de enfermagem aos potenciais dadores orgãos são essenciais, principalmente o

		E. L. Silva; A. L. S. F. Mello			tratamento ativo às alterações fisiopatológicas inerentes à morte cerebral e a monitorização hemodinâmica. Potencias dadores orgãos em morte cerebral requerem cuidados de enfermagem constantes.
CINAHL	*Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos*	L. P. Cavalcante; I. C. Ramos; M. A. M. Araújo; M. D. S. Alves; V. A. B. Braga	2014	Pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa	O enfermeiro é responsável por prestar o cuidado direto ao potencial dador de orgãos e aos seus familiares. As intervenções ao potencial dador de orgãos são variadas e pressupõem um processo complexo: - Manutenção pressão arterial; - Manutenção da temperatura - Utilização de terapêutica vasoativa e fluidos (segundo prescrição médica) - Proteção das córneas

MEDLINE	*Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica*	N. R. Guetti; I. R. Marques	2008	Revisão bibliográfica	O objetivo no tratamento ativo do potencial doador orgãos pode ser resumido na regra dos 10/100: - Hemoglobina >10g/dl - Pressão Venosa Central (PVC) > 10mmHg - Pressão arterial sistólica > 100mmHg - Dopamina < 10µg/Kg/min - Débito urinário >100ml/hora - PaO2 >100mmHg É da responsabilidade do enfermeiro realizar o controlo de todos os dados hemodinâmicos do potencial dador.
MEDLINE	*Cuidados de enfermeira en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte* encefálica	A. M. Sesma; M. Z. Ollo	2001	Revisão bibliográfica	As intervenções de enfermagem ao potencial dador de orgãos são primordiais para assegurar a viabilidade dos orgãos para transplante:

					- Manutenção da função cardiovascular; - Manutenção da função respiratória; - Manutenção da temperatura; - Manutenção do equilíbrio hidroeletrolítco e da função endocinometabólica; - Manutenção da coagulação; - Manutenção da função renal; - Manutenção de córneas; - Prevenção de infeção.
LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	*Cuidado ao potencial doador: perceções de uma equipe de enfermagem*	A. M. Almeida; E. S. S. Carval; G. M. Cordeiro	2015	Pesquisa qualitativa	O potencial dador de órgãos requer uma atenção extra de modo a não ser necessária a utilização de terapêutica que possa prejudicar os orgãos a transplantar: - Controlar rigorosamente os eletrólitos; - Manter temperatura corporal; - Proteger as córneas; - Controlar débito urinário

					- Alimentação; - Monitorização de sinais vitais - Controlo hemoglobina; - Oxigenação. Devem ser mantidos os cuidados inerentes a à pessoa em situação crítica (PSC), como higiene, mobilização, conforto, administração de terapêutica, monitorização dos sinais vitais e alimentação, sendo necessária uma vigilância rigorosa de forma a garantir a viabilidade dos órgãos.
LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	*Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte III. Recomendações órgãos específicas*	G. A. Westphal, *et al*	2011	Revisão Literatura	A MC induz várias alterações fisiopatológicas. As intervenções devem visar o tratamento ativo do potencial dador orgãos para que tenha viabilidade para transplante: - Preservação da função renal; - Manutenção pulmões; - Manutenção do coração;

					- Manutenção hepática.
LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	*Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos*	M. Bianchi; L. G. Accinelli; M. A. Silva; A. M. Menegócio	2015	Estudo descritivo, exploratório e quantitativo	O enfermeiro é fundamental no processo do cuidar ao PDO, pois é ele que está presente durante todo o processo, fazendo a ponte para a família. O PDO necessita de tratamento ativo rigoroso: - Manutenção de ventilação artificial; - Controlo da função renal; - Controlo da reposição de líquidos; - Manutenção temperatura; - Controlo hídrico rigoroso (as drogas vasoativas deverão ser severamente controladas); - Sinais vitais verificados e registados, regularmente; - Monitorização cardiovascular - Cuidado às córneas; - Avaliação glicémia;

Apresentação dos resultados

A presente Revisão Integrativa da Literatura procurou responder à questão levantada inicialmente: Quais as intervenções de enfermagem ao potencial dador de orgãos em morte cerebral ou paragem cardiocirculatória?

Após pesquisa com os termos indexados e, através da bibliografia encontrada nestes artigos, foram selecionados e incluídos, os 9 artigos apresentados que deram resposta à questão inicial.

O primeiro artigo, "*Take care of the potential person donor of organs and tissues - the purpose of a clinical case"*, que enfatiza a importância do cuidar no potencial dador de orgãos. É importante não esquecer que a doação de orgãos é um processo que se inicia na identificação do potencial dador (e com a comunicação ao respetivo Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação - GCCT) (Barros et al., 2012).

A estabilidade hemodinâmica é um dos principais focos no potencial dador, com vista à obtenção de órgãos viáveis. O tratamento ativo do potencial dador de orgãos (PDO) e a transplantação exigem critérios e cuidados rigorosos, respeitando sempre os critérios de exclusão. Para além disto deve ser verificado o Registo Nacional de não Dadores (RENNDA) e informada e esclarecida a família (apesar de legalmente a família não ter poder de decisão perante a doação) (Barros, Costa, & Amaral, 2012).

Para além da abordagem ABCDE (A – airway / via aérea, B – breathing / respiração, C – circulation / circulação, D – disability / disfunção neurológica, E - exposure / exposição) realizada à PSC (em que o PDO se inclui) deve-se fazer o tratamento ativo do PDO tendo em conta todas as alterações fisiopatológicas inerentes, monitorizando os parâmetros vitais, de modo a evitar complicações, entre as quais:

- Hipotensão arterial;
- Hipotermia;
- Hiponatremia;
- Alterações endócrino-metabólicas;
- Coagulação vascular;
- Diabetes insípida;
- Edema pulmonar;

- Pressão arterial sistólica;
- Débito urinário;
- PaO2;
- Glicémia capilar;
- Hemoglobina (Barros, Costa, & Amaral, 2012).

No segundo artigo, "*Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death"* é referido que a as intervenções ao PDO são uma atividade complexa que deve ser abordada por toda a equipa multidisciplinar, sendo o enfermeiro o responsável pela prestação e cuidados direta. Tem importância fundamental na gestão das repercussões fisiopatológicas da morte cerebral, monitorização hemodinâmica e prestação de cuidados individualizados, sendo que o sucesso do transplante está intimamente relacionado com o tratamento ativo rigoroso do PDO (Farias et al., 2017).

Relativamente ao terceiro artigo, "*Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors"* este aborda o quão essencial são as intervenções de enfermagem ao PDO principalmente o tratamento ativo às alterações fisiopatológicas inerentes à morte cerebral e a monitorização hemodinâmica. Refere que é muito importante a parceria com o GCCT pois esta monitoriza e sistematiza os cuidados com objetivo da viabilidade do maior número de orgãos (Magalhães et al., 2018).

O quarto artigo, "*Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos"* tem como conclusão a complexidade do cuidado ao PDO (Cavalcante, et al., 2014).

As intervenções ao PDO explanadas no artigo incluem:

- Manutenção pressão arterial;
- Manutenção da temperatura;
- Utilização de terapêutica vasoativa e fluidos (segundo prescrição médica);
- Proteção das córneas (Cavalcante et al., 2014).

Aborda ainda a importância no acolhimento dos familiares do PDO, prestando-lhes suporte e informações adequadas para que esta família possa compreender e colaborar e com todo o processo. O enfermeiro é assim responsável por prestar o cuidado direto ao potencial dador de orgãos e aos seus familiares (Cavalcante et al., 2014).

No quinto artigo, "*Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica"* são descritas as intervenções do enfermeiro ao PDO (Guetti & Marques, 2008).

O PDO pode experienciar várias alterações prejudiciais ao organismo, resultando em instabilidade cardiovascular, alterações metabólicas e hipoperfusão tecidular. É por isso importante que o enfermeiro possua conhecimentos para prevenir/tratar estas complicações para manter a viabilidade dos orgãos (Guetti & Marques, 2008).

O objetivo no tratamento ativo do PDO pode ser resumido na regra dos 10/100:

- Hemoglobina >10g/dl;
- Pressão Venosa Central (PVC) > 10mmHg;
- Pressão arterial sistólica > 100mmHg;
- Dopamina < 10µg/Kg/min;
- Débito urinário >100ml/hora;
- PaO2 >100mmHg (Guetti & Marques, 2008).

É da responsabilidade do enfermeiro realizar o controlo de todos os dados hemodinâmicos do PDO, sendo para isso necessário que este possua conhecimentos das repercussões fisiopatológicas do PDO e monitorização hemodinâmica. Para tal deve ser tido em conta:

- Reposição volémica e administração de drogas vasoativas (controlo hídrico rigoroso e as drogas

vasoativas deverão ser rigorosamente controladas, de acordo com a resposta hemodinâmica do PDO);

- Controlo pressão arterial, (preferencial de maneira invasiva);
- Controlo de hiperglicémia (deve ser controlada realizando-se avaliações seriadas da glucose);
- Controlo dos distúrbios hidroeletrolíticos;
- Distúrbios da coagulação (estas alterações podem manifestar-se através de sinais como mudança da coloração da diurese (hematúria), gengivorragias ou sangramento persistente em locais de punções vasculares);
- Prevenção infeção (precauções universais);
- Monitorização eletrocardiográfica (detetar presença de arritmias)

- Manutenção da temperatura;
- Manutenção ventilação e oxigenação (colheita de gasimetria e ajuste parâmetros do ventilador) (Guetti & Marques, 2008).

O sexto artigo, "*Cuidados de enfermeira en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte* encefálica" foca como as intervenções de enfermagem ao PDO são primordiais para assegurar a viabilidade dos orgãos para transplante (Sesma & Ollo, 2001).

Para que a viabilidade dos orgãos e o transplante seja garantida é necessária a realização do tratamento ativo do PDO:

- Manutenção da função cardiovascular (Frequência cardíaca =/> 100bpm; Pressão arterial sistólica =/> 100 mmHg de modo a permitir uma correta perfusão dos orgãos; Pressão venosa central entre 10-12 cmH2O; Diurese superior a 1 ml/kg/h);
- Manutenção da função respiratória (Monitorização continua de SatO2, controlo gasimétrico, manutenção do tubo orotraqueal, aspiração secreções, angulo cabeceira da cama a 30º);
- Manutenção da temperatura ;
- Manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítco e da função endócrino-metabólica (realização de ionogramas 4/4h; Em relação à diabetes insípida deve ser realizado controlo horário da glicémia e da diurese);
- Manutenção da coagulação (deteção e notificação de hemorragias e administração de plasma, unidades de concentrado eritrocitário, plaquetas, segundo prescrição;
- Manutenção da função renal (controlo horário da diurese, algaliação);
- Manutenção de córneas;
- Prevenção de infeção (equipamento proteção individual, higiene diária, mobilizações, locais de cateteres) (Sesma & Ollo, 2001).

Relativamente ao sétimo artigo, "*Cuidado ao potencial doador: perceções de uma equipe de enfermagem"* constata-se que o PDO requer uma atenção extra mas que devem ser mantidos os cuidados inerentes a à pessoa em situação crítica (PSC), como higiene, mobilização, conforto, administração de terapêutica, monitorização dos

sinais vitais e alimentação, sendo necessária uma vigilância rigorosa de forma a garantir a viabilidade dos órgãos (Almeida, et al., 2015).

Neste artigo (Almeida et al., 2015) um enfermeiro refere que o "*Potencial doador, para mim, é como um paciente grave, como todos os outros; então os cuidados são intensivos... penso e vivencio ele como um paciente grave. Os cuidados que prestaria a qualquer outro paciente, tomando todas as medidas de preservação dos órgãos vitais, para que possa se tornar um doador viável. A gente tem que estar o tempo todo alerta, requer mais tempo. Você tem que ficar mais atento ao cuidado [...] Quando ele é um PD, as coisas se voltam mais pra ele e, justamente, precisa de maior tempo*."

Ainda assim são apontadas algumas intervenções específicas:

- Controlar rigorosamente os eletrólitos;
- Manter temperatura corporal;
- Proteger as córneas;
- Controlar débito urinário
- Alimentação;
- Monitorização de sinais vitais
- Controlo hemoglobina;
- Oxigenação (Almeida et al., 2015).

No oitavo artigo, "*Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte III. Recomendações órgãos específicas"* são apresentadas algumas recomendações para o tratamento ativo do PDO. As intervenções devem visar a manutenção do PDO para que tenha viabilidade para transplante:

- Preservação da função renal (débito urinário de 1 a 3 ml/kg/h, recomenda-se manter PAM ≥ 65 mmHg, PVC entre 6 e 10 cmH2O e diurese > 1 ml/kg/h no doador cadáver;
- Manutenção pulmões (os objetivos gasimétricos que caracterizam pulmões adequados para o transplante são: SaO2 ≥ 95% e PaO2 ≥ 80 mm Hg ou PaO2> 300 mm Hg com FiO2 de 100% e PEEP de 5 cmH2O ou PaO2/FiO2 ≥ 300 mm Hg;

- Manutenção do coração (realizar a ecocardiografia em todos os potenciais doadores de coração, para avaliar as condições morfológicas e funcionais;
- Manutenção hepática (realizar a dosagem sérica de sódio, potássio e glicemia pelo menos a cada 6 horas, manter o sódio sérico inferior a 160 mEq/L (Westphal et al., 2011).

Por último, no nono artigo, "*Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos" o* objetivo é identificar as competências do enfermeiro em relação ao PDO em MC estabelecendo perspetivas em relação à sistematização, à família e à equipe de enfermagem (Bianchi et al., 2015).

O enfermeiro é fundamental no processo do cuidar ao PDO, pois é ele que está presente durante todo o processo, fazendo a ponte para a família. O tratamento ativo do PDO inclui o seu reconhecimento e posterior confirmação do mesmo e o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, bem como prevenção, deteção e intervenções precoces nas principais complicações para que os orgãos possam ser transplantados nas melhores condições (Bianchi et al., 2015).

O potencial dador de orgãos necessita de tratamento ativo rigoroso:

- Manutenção de ventilação artificial;
- Controlo da função renal;
- Controlo da reposição de líquidos;
- Manutenção temperatura;
- Controlo hídrico rigoroso (as drogas vasoativas deverão ser severamente controladas);
- Sinais vitais verificados e registados, regularmente;
- Monitorização cardiovascular
- Cuidado às córneas;
- Avaliação glicémia (Bianchi et al., 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. R. Manara, P. G. M. and G. O. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, 108–121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Almeida, A. M. de, Carvalho, E. S. de S., & Cordeiro, G. M. (2015). Cuidado Ao Potencial Doador: Percepções De Uma Equipe De Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem29*, (4), 328. https://doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13641

Arbour, R. (2005). Clinical management of the organ donor. *AACN Clinical Issues*, *16*(4), 551–580. https://doi.org/10.1097/00044067-200510000-00011

Assembleia da República. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, *1.ª série*(Lei n.º 15/2014), 2127–2131.

Azeredo, T. R. M. L. M. N. O. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*, *31*(3), 380. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v31i3p380-399

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*(May), 24–42. Retrieved from http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Dias_Barcelos_M._Patrão_Neves_Doação_de_tecidos_e_órgãos_humanos.pdf

Barros, F., Costa, I., & Amaral, T. (2012). Take care of the potential person donor of organs and tissues -- the purpose of a clinical case. *Nursing: Revista de Formacao Continua Em Enfermagem*, *24*(281), 12–17. Retrieved from https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108133140&site=ehost-live

Batista, M. P. J. (2012). CUIDAR NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS. (Relatório de Estágio).

Benseñor, F. E. M., & Cicarelli, D. D. (2003). Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *53*(5), 680–693. https://doi.org/10.1590/S0034-70942003000500016

Bessa Junior, R. C., & Leão, B. C. (2010). Monitorização do débito cardíaco: vantagens e desvantagens dos métodos disponíveis. *Rev Med Minas Gerais*, *20*(2 Supl 3), S29–S45.

Bianchi, M., Garcia, L., Antonio, M., & Marcos, A. (2015). Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. *Uniciencias*, *12*(2), 174–180.

Canadian Nurses Association. (2008). Position Statement: Advanced Nursing Practice. *Canadian Nurses Association*, (2008), 7–9.

Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Marques Araújo, M. Â., Dos Santos Alves, M. D., & Batista Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *ACTA Paulista de Enfermagem*, *27*(6), 567–572. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092

CNECV. (1995). Retrieved from https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/parecer-sobre-o-criterio-da-morte-10-cnecv-95

Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, *0*(30), 234–251.

De Pádua, A. I., Alvares, F., & Baddini Martinez, J. A. (2003). Insuficiência respiratória. *Medicina*, *36*(2–4), 205–213. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p205-213

Decreto-Lei 553/76 de 13 de Julho do Ministério dos Assuntos Sociais. (1976). Retrieved from http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19762522&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=%27Decreto-Lei%27&v12=553/76&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Diário da República Nº 205 - Série I, 2959–2962.

Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro do Ministério da Saúde. (1994). Retrieved from http://www.dre.pt/pdf1s/1994/09/223A00/57805782.pdf

Decreto de lei nº 12/93 de 22 de Abril. (1993). Retrieved from http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf

Despacho n.º 14341/2013 de 29 Outubro do Ministério da Saúde. (2013). *Diário Da República*, 1–2. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/3313599

DGES. (2013). Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações, 1–115. Retrieved from https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Dias, O. V., Luis, T., Barbosa, D. A., Rocha, F., & Costa, S. D. M. (2013). Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Revista Bioética*, *21*(3), 448–454.

Dicks, S. G., Northam, H., van Haren, F. M. P., & Boer, D. P. (2018). An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Psychology Open*, *5*(1). https://doi.org/10.1177/2055102918782172

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Retrieved from https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx

Diretiva 2004/23/EC de 31 de Março - Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia. (2004). *Jornal Oficial Da União Europeia*, 48–58.

ERC. (2015). *Suporte Avançado de Vida*.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. Retrieved from http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf

Evans, D. (1995). Brain death: the family in crisis. *Intensive and Critical Care Nursing*, *11*(6), 318–321. https://doi.org/10.1016/S0964-3397(95)80344-0

Farias, I. P., Almeida, T. G., Pereira, C. I. da C., & Vasconcelos, E. L. (2017). Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *11*(9), 3492–3496. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110249p3492-3496-2017

Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(7), 21–30.

Gordon, J. K., & McKinlay, J. (2012). Physiological changes after brain stem death and management of the heart-beating donor. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, *12*(5), 225–229. https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mks026

Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F. D., … Sung, G. (2020). Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *324*(11), 1078–1097. https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586

Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de orgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*(1), 91–97. https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000100014

Hasmucrai, D., Mendes, A. C., Correia, I., Evangelista, T., & de Almeida, A. B. (2010). Pulmonary disease in polymyositis. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, *16*(4), 671–677. https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30061-1

Hill, T. (2013). Caring and technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, *38*(2005), 217–226. https://doi.org/10.3233/978-1-60750-882-3-217

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2014). Operacialização do Programa de Colheita de Órgãos Dadores em Paragem CardioCirculatória.

Lei 12/93. (1994). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/618930

Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto do Ministério da Saúde. (1999). *Diário Da República - I Série-A N.º 201 (28-8-1999)*. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/532449

Lei nº 22/2007 de 29 Junho. (2007), 2450–2465. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/635827

Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *7*, 1–6.

Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, *64*(1–2), 160–164. https://doi.org/10.2152/jmi.64.160

Magalhães, A. L. P., Lanzoni, G. M. de M., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M. de, Silva, E. L. da, & Mello, A. L. S. F. de. (2018). Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *39*, e20170274. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274

Manara, A. R., Murphy, P. G., & Ocallaghan, G. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, *108*(SUPPL. 1), i108–i121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Martins, C. (2019). Transplantes: morrem 6 portugueses por mês à espera de um órgão. *Expresso*.

Matesanz, R. (2010). Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos. *Emergencias (St. Vicenç Dels Horts)*, 68–71.

Mendes, K. D. S., Roza, B. de A., Barbosa, S., Schirmer, J. de F. F., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(4), 945–953. https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027

Ministério da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. Retrieved from https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf

Mota, A. (2004). Transplantaçao renal: uma história de sucesso. *Rev Fac Med Lisboa*. Retrieved from http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/513

Nassar, A. P., Neto, R. C. P., de Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*, *126*(4), 215–219. https://doi.org/10.1590/s1516-31802008000400003

Nekcic, P. (2016). Pulse Contour Cardiac Output (PiCCO) Learning Package. Retrieved from https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/306590/Pulse_Contour_Cardiac_Output_Learning_Package.pdf

Nicely, B., & Delario, G. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, *21*(1), 72–77. https://doi.org/10.7182/prtr.21.1.c7617103jug3466m

OMS. (2008). Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Retrieved from https://www.who.int/transplantation/TxGP 08-sp.pdf

OMS. (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. *World Health Organization*, (November), 1–15. Retrieved from http://www.who.int/transplantation/activities/en/

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição - Investigação em Enfermagem, 1–4.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Vol. 53). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República, 2.ª Série*, *N.º 135*, 19359–19370. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/115698617

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(11), 121–132. https://doi.org/10.12707/riv16030

Pereira, C., Pinto, D., Tourinho, F., & Santos, V. (2013). Tecnologias Em Enfermagem E O Impacto Na Prática Assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde - ISSN:2236-1103*, 29–37. https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331

Pinto, A. S., Reis, M. dos, Teixeira, C. L. C., Cardoso Junior, R., & Lino, A. P. B. (2015). Alveolar recruitment: who needs? how? when? *Revista Médica de Minas Gerais*, *25*(Supl 4), 48–55. https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150061

Pires, M., Sousa, M., Julião, I., Montez, A., & Araújo, A. (2014). Doença pulmonar intersticial como primeira manifestação de síndrome anti-sintetase. *Galicia Clínica*, *75*(1), 28. https://doi.org/10.22546/26/501

Pita, F., & Carmona, C. (2004). Morte cerebral: Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Medica Portuguesa*, *17*(1), 70–75.

Portaria 357/2008 de 9 de Maio do Ministério da Saúde. (2008), *2008*, 2513–2515. Retrieved from http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0251302515.pdf

Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (2013). Transplante e doação de órgãos e tecidos a partir de dadores vivos: uma reflexão bioética. *Percursos*.

Pupulim, J. S., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *10*(3), 433–438. https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000300018

Queiroz, R. B., Holanda, M. M. de A., Maia, A. K. H. L., & de Morais, L. C. S. L. (2012). Análise do uso do eletroencefalograma e do índice bispectral na unidade de terapia intensiva. *Revista Neurociencias*, *20*(2), 302–310.

Rech, T. H., & Rodrigues Filho, É. M. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *19*(2), 197–204. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000200010

Sá, F. et al. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, *19*(1), 31–46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *60*(6), 653–658. https://doi.org/10.1590/s0034-70942010000600012

Sesma, A. M., & Ollo, M. Z. (2001). Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enferm Intensiva*, 10–20.

Simões Oliveira, D., de Arimatéia Araújo Filho, J., Fernando Lins Paiva, A., Seigo Ikari, E., Caruso Chate, R., & Higa Nomura, C. (2018). Pneumonias intersticiais idiopáticas: revisão da última classificação da American Thoracic Society/European Respiratory Society. *Radiologia Brasileira*, *51*(5), 321–327. https://doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0134

Smith, M., Dominguez-Gil, B., Greer, D. M., Manara, A. R., & Souter, M. J. (2019). Organ donation after circulatory death: current status and future potential. *Intensive Care Medicine*, *45*(3), 310–321. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05533-0

Syversen, T. B., Sørensen, D. W., Foss, S., & Andersen, M. H. (2018). Donation after circulatory death - an expanded opportunity for donation appreciated by families. *Journal of Critical Care*, *43*, 306–311. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.09.002

Tardelli, M. A. (2002). Monitorização do Bloqueio Neuromuscular, *c*, 1–9.

Taylor, L. J., Buffington, A., Scalea, J. R., Fost, N., Croes, K. D., Mezrich, J. D., & Schwarze, M. L. (2018). Harms of unsuccessful donation after circulatory death: An exploratory study. *American Journal of Transplantation*, *18*(2), 402–409. https://doi.org/10.1111/ajt.14464

Thuong, M., Ruiz, A., Evrard, P., Kuiper, M., Boffa, C., Akhtar, M. Z., … Ploeg, R. (2016). New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology. *Transplant International*, *29*(7), 749–759. https://doi.org/10.1111/tri.12776

Torres, J. C., Maria, A., & Lage, V. (2014). Manifestações Psicológicas De Familiares Com Pacientes Em Morte Encefálica. *Revista de Psicologia*, *4*(1), 38–51.

Wall, S. P., Kaufman, B. J., Gilbert, A. J., Yushkov, Y., Goldstein, M., Rivera, J. E., … Goldfrank, L. R. (2011). Derivation of the uncontrolled donation after circulatory determination of death protocol for New York City. *American Journal of Transplantation*, *11*(7), 1417–1426. https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03582.x

Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Vieira, K. D., Zaclikevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., … Garcia, V. D. (2011). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: Parte III. Recomendações órgãos específicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *23*(4), 410–425. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2011000400005

Yousefi, H., Roshani, A., & Nazari, F. (2014). Experiences of the families concerning organ donation of a family member with brain death.

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

APÊNDICE 2 – Cronograma Estágios

ANOS	2019															2020							
MESES	set	out					nov				dez					jan				fev			
DIAS	23	30	7	14	21	28	04	11	18	25	02	09	16	23		06	13	20	27	03	10	17	24
	27	04	11	18	25	01	08	15	22	29	06	13	20		03	10	17	24	31	07	14	21	28
UCI Lisboa														Natal									
SUG Porto																							
SUG Lisboa																							
GCCT Lisboa																							

Aulas ESEL

Elaboração e Apresentação do Relatório

APÊNDICE 3 – Objetivos UCI

Objetivos	Atividades	Metas
Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC em processo complexo de doença crítica e/ou falência multiorgânica e família/pessoa significativa	- Conhecer a dinâmica organizacional do serviço, respetivos recursos humanos e materiais, normas e protocolos do serviço para uma adequada prestação de cuidados; - Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica; - Garantir um ambiente terapêutico e seguro - Aplicar respostas de enfermagem apropriadas às complicações; - Demonstrar conhecimentos na gestão da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor; - Gerir a comunicação com a PSC e família/pessoa significativa, promovendo a relação terapêutica face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; - Acompanhar a gestão/liderança do enfermeiro chefe de equipa, otimizando a	- Integração na equipa de enfermagem e multiprofissional; - Conhecimento dos protocolos e normas do serviço, *guidelines* nacionais e internacionais mais atualizadas; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados que cumpram os protocolos e normas do serviço - Demonstra conhecimentos teóricos, científicos e técnicos baseados em evidência na prestação de cuidados; - Realização do acolhimento à PSC e família identificando as suas necessidades fundamentais atuando face às mesmas; - Prestação cuidados de enfermagem especializados à PSC em colaboração com a equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Justificação construtiva das tomadas de decisão; - Transmissão da informação clínica de forma coerente e lógica durante a transição de

	resposta da equipa, visando a garantia da qualidade dos cuidados; - Aprofundar conhecimentos participando em cursos/jornadas/congressos que promovam o conhecimento na área.	cuidados, garantido a continuidade dos cuidados.
Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC e/ou falência multiorgânica;	- Percecionar as necessidades relativas à prevenção e controlo de infeção; - Identificar os procedimentos e circuitos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em PSC/falência multiorgânica.	- Prestação de cuidados que sigam as normas de controlo da infeção; - Minimizar as complicações que advêm do processo de infeção, incluindo a transmissão da informação à equipa médica e de enfermagem.
Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na valorização dos cuidados fundamentais à PSC	- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; - Realizar pesquisas baseando a reflexão especializada em evidência científica; - Realizar um jornal de aprendizagem; - Realizar estudo de caso	- Partilha da reflexão das situações com o enfermeiro orientador e professor orientador.

Desenvolver competências de enfermagem no cuidado ao potencial dador de órgãos;	- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; - Realizar pesquisas baseando a reflexão especializada em evidência científica; - Aprofundar conhecimentos participando em cursos/jornadas/congressos que promovam o conhecimento na área; - Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao potencial dador de órgãos; - Aplicar respostas de enfermagem apropriadas à situação.	- Conhecimento dos protocolos e normas do serviço, *guidelines* nacionais e internacionais mais atualizadas - Prestação de cuidados de enfermagem especializados que cumpram os protocolos e normas do serviço - Demonstração de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos baseados em evidência na prestação de cuidados; - Prestação de cuidados que sigam as normas no potencial dador de órgãos; - Partilha da reflexão das situações com o enfermeiro orientador e professor orientador.

APÊNDICE 4 – Pesquisa Bibliográfica

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Ao longo do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, tenho realizado pesquisa bibliográfica acerca de técnicas, patologias, terapêutica que não são da minha prática diária.

Estas pesquisas têm-me permite uma melhor prestação de cuidados à PSC bem como um maior à vontade na sua utilização e manipulação.

Escala RASS

Na UCI é aplicada a escala de RASS a todos os doentes. Esta escala não era do meu conhecimento prático, tendo feito esta pesquisa para compreender a passagem de turno e posteriormente avaliar cada doente.

A escala RASS (escala de agitação e sedação de Richmond ou "RASS", do inglês "*Richmond Agitation-Sedation Scale*") é uma escala utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação da PSC. Consiste na utilização de três passos claramente definidos que determinam uma pontuação que vai de -5 a +4 (Nassar, Neto, de Figueiredo, & Park, 2008).

A pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Pontuação menor que zero significa que o doente possui algum grau de sedação e pontuação maior que zero significa que o doente apresenta algum grau de agitação (Nassar et al., 2008).

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

BIS

A monitorização BIS (Índice Bispectral) é utilizada em alguns doentes na UCI e é um parâmetro processado do Eletroencefalograma (EEG) especificamente desenvolvido para avaliar a resposta do paciente aos anestésicos e sedativos. Não estando familiarizada com este tipo de monotorização realizei esta pesquisa, de modo a aliar o procedimento prático de colocação do BIS com a análise efetuada (Queiroz et al, 2012).

Nos últimos anos, uma série de evoluções tecnológicas foram introduzidas nas Unidades de Cuidados Intensivos. A monitorização da função cerebral, que se tem tornado cada vez mais disponível, é de grande importância especialmente no contexto das doenças neurológicas agudas, principalmente nos pacientes comatosos, oferecendo significativas opções de tratamento (Queiroz et al., 2012).

O processo de identificação do EEG é realizado através da colocação de um elétrodo composto de quatro partes, colocado na região frontal do paciente. O elétrodo BIS possui uma numeração para auxiliar na colocação do elétrodo. Após a colocação

do BIS, é possível avaliar a onda do EEG, o valor numérico do BIS, e o índice de veracidade da informação (ISQ) (Queiroz et al., 2012).

Fonte da imagem: http://www.mahospitalar.com.br/

Recrutamento alveolar

O recrutamento alveolar é algo a que assisti num doente (a quem não estava a prestar cuidados), por apresentar atelectasia. O recrutamento foi realizado pela médica assistente tendo ficado com interesse na técnica utilizada.

A atelectasia é o principal evento a causar complicações pulmonares aos doentes submetidos a anestesia geral. As manobras de recrutamento alveolar são uma tentativa de aumentar as unidades alveolares abertas, evitando, assim, a atelectasia pulmonar. Esta técnica pode ser mais ou menos duradoura, dependendo da estratégia adotada para o recrutamento (Pinto, Reis, Teixeira, Cardoso Junior, & Lino, 2015).

Existem ainda alguns fatores que são facilitadores na formação de atelectasia.

- Obesidade: tem menos capacidade residual funcional (CRF) e mais pressão abdominal, favorecendo o colapso alveolar;

- Anestesia: a indução da anestesia é o ponto crítico para favorecer o surgimento da atelectasia, devido à perda da tonicidade muscular diafragmática e consequente compressão das estruturas intratorácicas;
- Cirurgia: a atelectasia atinge o ponto máximo nos primeiros minutos de anestesia, independentemente do tipo de cirurgia. Em cerca de 20% do casos existe ainda queda da CRF devido à dor e à hipoventilação;
- Idade: as crianças são um grupo de risco, pois apresentam atelectasia mais frequentemente devido à reduzida CRF;
- Elevado FiO_2: elevadas frações inspiradas de oxigénio, independentemente do momento anestésico-cirúrgico favorecem a atelectasia;
- Parâmetros ventilatórios: algumas modalidades de ventilação favorecem a formação de atelectasias pulmonares, como é o caso da ventilação com baixos volumes correntes e sem PEEP em pacientes não portadores de doença pulmonar (Pinto et al., 2015).

"Diferentes métodos são propostos para a realização do recrutamento alveolar: insuflação sustentada com alto nível de PEEP, aumento simultâneo da PEEP e volume corrente, aumento progressivo da PEEP com valor fixo de pressão inspiratória e elevação simultânea de pressão inspiratória e PEEP no modo pressão controlada. Entre os estudos desta revisão, foram encontrados diversos tipos de técnicas, entre elas: limitação de pressão de pico em 40 cmH_2O com PEEP de 20 cmH_2O por dois a três minutos; pressão inspiratória fixa em 15 a 20 cmH_2O com PEEP de 35 cmH_2O durante dois minutos; PEEP de 40 cmH_2O durante 15 segundos a cada 10 minutos, PEEP de 10 cmH_2O por 10 minutos seguida de elevação de PEEP de 40 cmH_2O por 40 segundos com retorno à PEEP de 10 cmH_2O" (Pinto et al., 2015).

Cisatracúrio

O cisatracúrio (também chamado de besilato de cisatracúrio, nome comercial Nimbex) é um fármaco bloqueador neuromuscular de administração endovenosa (ou relaxante muscular esquelético). Comparado com outros agentes bloqueadores neuromusculares tem um início e duração de acção intermédios. Os seus metabólitos ativos contêm menos laudanosina, o que se traduz numa incidência menor de hipotensão, excitabilidade do sistema nervoso central e crises epileptiformes que o atracúrio (*Esmaoglu et al, 2006)*.

É utilizado para obter um bloqueio neuromuscular de início intermédio/duração intermédia, para facilitar a entubação endotraqueal e para promover o relaxamento muscular durante uma cirurgia ou para ventilação mecânica (*Esmaoglu et al, 2006)*.

TOF (train-of-four)

A monotorização do grau de bloqueio neuromuscular que visualizei na UCI, encontrava-se num doente que estava a fazer perfusão de cisatracúrio. Esta monotorização é uma total novidade para mim e tive a oportunidade de observá-la fazendo depois pesquisa sobre a mesma (Tardelli, 2002).

Habitualmente, o grau de bloqueio neuromuscular é avaliado através de critérios clínicos, que incluem a capacidade de erguer a cabeça por cinco segundos, engolir efetivamente, sustentar a protusão da língua, possuir abertura ocular ao comando, ser capaz de tossir, possuir capacidade vital de no mínimo 15mL/kg entre outros. No entanto a maneira mais eficaz para determinar a função neuromuscular é através da avaliação da força de contração de um músculo periférico, em resposta a um estímulo elétrico (Tardelli, 2002).

A avaliação é realizada por um monitor que apresenta a leitura de diversos padrões de estimulação dos quais o train-of-four(TOF) constitui o padrão mais utilizado. A partir do momento em que estão presentes as 4 respostas, o monitor apresenta o valor de TOF ratio (TOFr) em tempo real. O valor de TOFr considerado adequado para uma recuperação aceitável da força muscular é de pelo menos 0,9 medido no adutor do polegar por aceleromiografia (Tardelli, 2002).

O local escolhido para a colocação do detetor de monotorização deve ser de fácil acesso, evitando a estimulação direta do músculo. O local mais utilizado é o nervo ulnar/músculo adutor do polegar (Tardelli, 2002).

Monotorização arterial invasiva (linha arterial)

A linha arterial está presente em quase todos os doentes da UCI, dando acesso a um controlo rigoroso de pressão arterial e maior facilidade na colheita de produtos sanguíneos para análises “básicas”, hemoculturas, glicémias, APTT, entre outros. Ainda que de fácil manuseamento, na minha experiência nunca tinha estado em

contato com a mesma, não tendo qualquer prática na sua utilização. Uma rápida pesquisa e explicação por colegas na UCI permitiu-me o manuseamento da mesma sem dificuldades (Azeredo, 2013).

As artérias geralmente escolhidas para a de monitorização são a radial ou a femoral, sendo sempre necessário uma bolsa de pressurização.

Indicações:

- hipotensão ou hipertensão grave;
- arritmias graves;
- grandes cirurgias;
- vasoconstrição periférica;
- oscilações súbitas da pressão arterial (Azeredo, 2013).

O nível do transdutor deve ser mantido no ponto de referência zero para que haja uma maior precisão nos dados obtidos (posiciona-se o transdutor ao nível da linha zero de referência - terceiro espaço intercostal da linha média axilar - fechando a torneira de três vias para o doente, abrindo para a atmosfera e carrega-se no botão indicado no monitor, para realizar o zero. Seguidamente, o sistema é fechado para a atmosfera e aberto para a linha arterial, iniciando-se os registos das pressões. Deve-se ainda limitar o uso de torneiras de três vias, retirar todas as bolhas de ar do sistema e calibrar o transdutor para uma pressão atmosférica anterior ao seu uso (Azeredo, 2013).

A utilização de técnica assética na manipulação do sistema é aconselhada devendo-se restringir o cateterismo arterial ao tempo máximo necessário para o controle hemodinâmico do doente (ideal 48h, limite de 4 a 5 dias) (Azeredo, 2013).

Monotorização PiCCO (Pulse Contour Cardiac Output)

A monotorização através do sistema PiCCO era totalmente desconhecida para mim. Utilizada na UCI nos doentes com indicação para a mesma, tive oportunidade de assistir à realização do ponto hemodinâmico pelos médicos assistentes, através da administração de bólus de 20cc de soro gelado e posterior análise dos resultados com ajustes na administração de fluidos (Bessa Junior & Leão, 2010).

O sistema PiCCO foi o primeiro a combinar a técnica de termodiluição transpulmonar com a análise da onda de pulso arterial, sendo assim capaz de analisar o débito cardíaco (para além dos dados já obtidos anteriormente pelo catéter de Swan-Ganz) (Bessa Junior & Leão, 2010).

Indicações:

- Instabilidade hemodinâmica com dificuldade no controlo hídrico (ex: choque séptico e cardiogênico)
- Edema agudo do pulmão
- Trauma
- Grandes queimados

Contraindicações:

- Arritmia atrial ou ventricular
- Shunt intra-cardíaco
- Pneumectomia ou tromboembolia pulmonar maciça
- Uso de ECMO ou balão intra-aórtico (Nekcic, 2016)

Apesar de o débito cardíaco ser continuamente calculado pela análise da curva de pressão arterial, a medida inicial deve ser calibrada a partir do termodiluição transpulmonar (um sensor de temperatura localizado na linha arterial femoral ou axilar calcula a variação de temperatura após um indicador frio – soro gelado (recomenda-se mínimo 15º abaixo da temperatura do doente) – ser administrado por cateter venoso central. Quando o soro gelado é injetado, percorre a circulação pulmonar obtêm-se duas variáveis: mean transit time e o downslope time (Nekcic, 2016).

- Mean Transit Time: tempo que decorre até metade do soro gelado estar em circulação;
- Downslope Time: tempo estimado até haver normalização da temperatura do soro (ponto zero) (Nekcic, 2016).

Após esta análise recolhida diretamente por termodiluição, o monitor realiza a calibração por contorno de pulso e mantém a monitorização de débito cardíaco e demais volumes de forma sequencial e contínua. A cada intervenção hemodinâmica, deve ser feito novo ponto hemodinâmico (Bessa Junior & Leão, 2010).

Com estes dados, os volumes sanguíneos das cavidades torácicas são monotorizados, indicando os seguintes parâmetros:

- água extravascular pulmonar (EVLW). Quando acima de 7 ml\kg, sugere extravasamento de líquido intersticial pulmonar;
- índice de permeabilidade vascular pulmonar, que acima de 3.0 sugere que a causa de líquido intersticial decorre de extravasamento inflamatório e abaixo de 3.0 atribui-se causa hidrostática, como no edema agudo cardiogénico (Bessa Junior & Leão, 2010).

Referências Bibliográficas

Azeredo, T. R. M. L. M. N. O. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*, *31*(3), 380. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v31i3p380-399

Bessa Junior, R. C., & Leão, B. C. (2010). Monitorização do débito cardíaco: vantagens e desvantagens dos métodos disponíveis. *Rev Med Minas Gerais*, *20*(2 Supl 3), S29–S45.

Esmaoglu A, *Akin* A, *Mizrak* A, *Turk Y*, *Boyaci* A. (2006) *Addition of cisatracurium to lidocaine for intravenous regional anesthesia*. *J Clin Anesth*;*18*:*194-7*.

A. R. Manara, P. G. M. and G. O. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, 108–121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Almeida, A. M. de, Carvalho, E. S. de S., & Cordeiro, G. M. (2015). Cuidado Ao Potencial Doador: Percepções De Uma Equipe De Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem29*, (4), 328. https://doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13641

Arbour, R. (2005). Clinical management of the organ donor. *AACN Clinical Issues*, *16*(4), 551–580. https://doi.org/10.1097/00044067-200510000-00011

Assembleia da República. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, *1.ª série*(Lei n.º 15/2014), 2127–2131.

Azeredo, T. R. M. L. M. N. O. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*, *31*(3), 380. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v31i3p380-399

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*(May), 24–42. Retrieved from http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Dias_Barcelos_M._Patrão_Neves_Doação_de_tecidos_e_órgãos_humanos.pdf

Barros, F., Costa, I., & Amaral, T. (2012). Take care of the potential person donor of organs and tissues -- the purpose of a clinical case. *Nursing: Revista de Formacao Continua Em Enfermagem*, *24*(281), 12–17. Retrieved from https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108133140&site=ehost-live

Batista, M. P. J. (2012). CUIDAR NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS. (Relatório de Estágio).

Benseñor, F. E. M., & Cicarelli, D. D. (2003). Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *53*(5), 680–693. https://doi.org/10.1590/S0034-70942003000500016

Bessa Junior, R. C., & Leão, B. C. (2010). Monitorização do débito cardíaco: vantagens e desvantagens dos métodos disponíveis. *Rev Med Minas Gerais*, *20*(2 Supl 3), S29–S45.

Bianchi, M., Garcia, L., Antonio, M., & Marcos, A. (2015). Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. *Uniciencias*, *12*(2), 174–180.

Canadian Nurses Association. (2008). Position Statement: Advanced Nursing Practice. *Canadian Nurses Association*, (2008), 7–9.

Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Marques Araújo, M. Â., Dos Santos Alves, M. D., & Batista Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *ACTA Paulista de Enfermagem*, *27*(6), 567–572. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092

CNECV. (1995). Retrieved from https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/parecer-sobre-o-criterio-da-morte-10-cnecv-95

Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, *0*(30), 234–251.

De Pádua, A. I., Alvares, F., & Baddini Martinez, J. A. (2003). Insuficiência respiratória. *Medicina*, *36*(2–4), 205–213. https://doi.org/10.11606/issn.2176-

7262.v36i2/4p205-213

Decreto-Lei 553/76 de 13 de Julho do Ministério dos Assuntos Sociais. (1976). Retrieved from http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19762522&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=%27Decreto-Lei%27&v12=553/76&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Diário da República Nº 205 - Série I, 2959–2962.

Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro do Ministério da Saúde. (1994). Retrieved from http://www.dre.pt/pdf1s/1994/09/223A00/57805782.pdf

Decreto de lei nº 12/93 de 22 de Abril. (1993). Retrieved from http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf

Despacho n.º 14341/2013 de 29 Outubro do Ministério da Saúde. (2013). *Diário Da República*, 1–2. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/3313599

DGES. (2013). Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações, 1–115. Retrieved from https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Dias, O. V., Luis, T., Barbosa, D. A., Rocha, F., & Costa, S. D. M. (2013). Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Revista Bioética*, *21*(3), 448–454.

Dicks, S. G., Northam, H., van Haren, F. M. P., & Boer, D. P. (2018). An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Psychology Open*, *5*(1). https://doi.org/10.1177/2055102918782172

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Retrieved from https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx

Diretiva 2004/23/EC de 31 de Março - Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia. (2004). *Jornal Oficial Da União Europeia*, 48–58.

ERC. (2015). *Suporte Avançado de Vida*.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. Retrieved from http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf

Evans, D. (1995). Brain death: the family in crisis. *Intensive and Critical Care Nursing*, *11*(6), 318–321. https://doi.org/10.1016/S0964-3397(95)80344-0

Farias, I. P., Almeida, T. G., Pereira, C. I. da C., & Vasconcelos, E. L. (2017). Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *11*(9), 3492–3496. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110249p3492-3496-2017

Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(7), 21–30.

Gordon, J. K., & McKinlay, J. (2012). Physiological changes after brain stem death and management of the heart-beating donor. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, *12*(5), 225–229. https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mks026

Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F. D., … Sung, G. (2020). Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *324*(11), 1078–1097. https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586

Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de orgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*(1), 91–97. https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000100014

Hasmucrai, D., Mendes, A. C., Correia, I., Evangelista, T., & de Almeida, A. B. (2010). Pulmonary disease in polymyositis. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, *16*(4), 671–677. https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30061-1

Hill, T. (2013). Caring and technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, *38*(2005), 217–226. https://doi.org/10.3233/978-1-60750-882-3-217

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2014). Operacialização do Programa de Colheita de Órgãos Dadores em Paragem CardioCirculatória.

Lei 12/93. (1994). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/618930

Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto do Ministério da Saúde. (1999). *Diário Da República - I Série-A N.º 201 (28-8-1999)*. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/532449

Lei nº 22/2007 de 29 Junho. (2007), 2450–2465. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/635827

Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *7*, 1–6.

Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, *64*(1–2), 160–164. https://doi.org/10.2152/jmi.64.160

Magalhães, A. L. P., Lanzoni, G. M. de M., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M. de, Silva, E. L. da, & Mello, A. L. S. F. de. (2018). Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *39*, e20170274. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274

Manara, A. R., Murphy, P. G., & Ocallaghan, G. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, *108*(SUPPL. 1), i108–i121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Martins, C. (2019). Transplantes: morrem 6 portugueses por mês à espera de um órgão. *Expresso*.

Matesanz, R. (2010). Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos. *Emergencias (St. Vicenç Dels Horts)*, 68–71.

Mendes, K. D. S., Roza, B. de A., Barbosa, S., Schirmer, J. de F. F., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(4), 945–953. https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027

Ministério da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. Retrieved from

https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf

Mota, A. (2004). Transplantaçao renal: uma história de sucesso. *Rev Fac Med Lisboa*. Retrieved from http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/513

Nassar, A. P., Neto, R. C. P., de Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*, *126*(4), 215–219. https://doi.org/10.1590/s1516-31802008000400003

Nekcic, P. (2016). Pulse Contour Cardiac Output (PiCCO) Learning Package. Retrieved from https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/306590/Pulse_Contour_Cardiac_Output_Learning_Package.pdf

Nicely, B., & Delario, G. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, *21*(1), 72–77. https://doi.org/10.7182/prtr.21.1.c7617103jug3466m

OMS. (2008). Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Retrieved from https://www.who.int/transplantation/TxGP 08-sp.pdf

OMS. (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. *World Health Organization*, (November), 1–15. Retrieved from http://www.who.int/transplantation/activities/en/

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição - Investigação em Enfermagem, 1–4.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Vol. 53). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República, 2.ª Série*, *N.º 135*, 19359–19370. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/115698617

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em

ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(11), 121–132. https://doi.org/10.12707/riv16030

Pereira, C., Pinto, D., Tourinho, F., & Santos, V. (2013). Tecnologias Em Enfermagem E O Impacto Na Prática Assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde - ISSN:2236-1103*, 29–37. https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331

Pinto, A. S., Reis, M. dos, Teixeira, C. L. C., Cardoso Junior, R., & Lino, A. P. B. (2015). Alveolar recruitment: who needs? how? when? *Revista Médica de Minas Gerais*, *25*(Supl 4), 48–55. https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150061

Pires, M., Sousa, M., Julião, I., Montez, A., & Araújo, A. (2014). Doença pulmonar intersticial como primeira manifestação de síndrome anti-sintetase. *Galicia Clínica*, *75*(1), 28. https://doi.org/10.22546/26/501

Pita, F., & Carmona, C. (2004). Morte cerebral: Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Medica Portuguesa*, *17*(1), 70–75.

Portaria 357/2008 de 9 de Maio do Ministério da Saúde. (2008), *2008*, 2513–2515. Retrieved from http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0251302515.pdf

Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (2013). Transplante e doação de órgãos e tecidos a partir de dadores vivos: uma reflexão bioética. *Percursos*.

Pupulim, J. S., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *10*(3), 433–438. https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000300018

Queiroz, R. B., Holanda, M. M. de A., Maia, A. K. H. L., & de Morais, L. C. S. L. (2012). Análise do uso do eletroencefalograma e do índice bispectral na unidade de terapia intensiva. *Revista Neurociencias*, *20*(2), 302–310.

Rech, T. H., & Rodrigues Filho, É. M. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *19*(2), 197–204. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000200010

Sá, F. et al. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of

Nurses. *Pensar Enfermagem*, *19*(1), 31–46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *60*(6), 653–658. https://doi.org/10.1590/s0034-70942010000600012

Sesma, A. M., & Ollo, M. Z. (2001). Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enferm Intensiva*, 10–20.

Simões Oliveira, D., de Arimatéia Araújo Filho, J., Fernando Lins Paiva, A., Seigo Ikari, E., Caruso Chate, R., & Higa Nomura, C. (2018). Pneumonias intersticiais idiopáticas: revisão da última classificação da American Thoracic Society/European Respiratory Society. *Radiologia Brasileira*, *51*(5), 321–327. https://doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0134

Smith, M., Dominguez-Gil, B., Greer, D. M., Manara, A. R., & Souter, M. J. (2019). Organ donation after circulatory death: current status and future potential. *Intensive Care Medicine*, *45*(3), 310–321. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05533-0

Syversen, T. B., Sørensen, D. W., Foss, S., & Andersen, M. H. (2018). Donation after circulatory death - an expanded opportunity for donation appreciated by families. *Journal of Critical Care*, *43*, 306–311. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.09.002

Tardelli, M. A. (2002). Monitorização do Bloqueio Neuromuscular, *c*, 1–9.

Taylor, L. J., Buffington, A., Scalea, J. R., Fost, N., Croes, K. D., Mezrich, J. D., & Schwarze, M. L. (2018). Harms of unsuccessful donation after circulatory death: An exploratory study. *American Journal of Transplantation*, *18*(2), 402–409. https://doi.org/10.1111/ajt.14464

Thuong, M., Ruiz, A., Evrard, P., Kuiper, M., Boffa, C., Akhtar, M. Z., … Ploeg, R. (2016). New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology. *Transplant International*, *29*(7), 749–759. https://doi.org/10.1111/tri.12776

Torres, J. C., Maria, A., & Lage, V. (2014). Manifestações Psicológicas De Familiares Com Pacientes Em Morte Encefálica. *Revista de Psicologia*, *4*(1), 38–51.

Wall, S. P., Kaufman, B. J., Gilbert, A. J., Yushkov, Y., Goldstein, M., Rivera, J. E., … Goldfrank, L. R. (2011). Derivation of the uncontrolled donation after circulatory determination of death protocol for New York City. *American Journal of Transplantation*, *11*(7), 1417–1426. https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03582.x

Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Vieira, K. D., Zaclikevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., … Garcia, V. D. (2011). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: Parte III. Recomendações órgãos específicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *23*(4), 410–425. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2011000400005

Yousefi, H., Roshani, A., & Nazari, F. (2014). Experiences of the families concerning organ donation of a family member with brain death.

APÊNDICE 5 – Estudo Caso

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Ana Catarina da Costa Henriques nº 8871

Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Ana Catarina da Costa Henriques nº 8871

Orientadora: Enfª Olga Rego

Docente: Profª Eunice Henriques

Lisboa, novembro 2019

Siglas e Abreviaturas

CMV - Citomegalovírus

CVC – Cateter Venoso Central

IR – Insuficiência respiratória

ECMO- VV - Extracorporeal membrane oxygenation – Veno-Venoso

EOT – Entubado Orotraquealmente

GSA - Gasimetria

PC – Pressão controlada

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

Rx – Raio X

SOG – Sonda Orogástrica

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TOT – Tubo Orotraqueal

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação mecânica invasiva

VNI – Ventilação não-invasiva

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na Unidade Curricular Estágio com Relatório. Tem como finalidade contribuir para aprendizagem e posteriormente contribuir para a avaliação desta Unidade Curricular.

Este estudo foi efetuado sobre uma pessoa em situação crítica na UCI de um Hospital de Lisboa, com o diagnóstico principal de pneumonia intersticial no provável contexto de síndrome anti-sintetase condicionando insuficiência respiratória grave com necessidade de ECMO VV, à qual tive oportunidade de prestar cuidados em parceria com peritos na área de cuidados intensivos, durante a realização do estágio para a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Este estudo de caso, promove a reflexão sobre a prática de cuidados, com recurso à evidência científica disponível, fomentando o desenvolvimento teórico e prático na aquisição de competências especificas no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica (PSC) em contexto de UCI, promovendo assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A elaboração deste documento inicia-se com a exposição teórica dos processos fisiopatológicos da doença que afeta a pessoa em situação crítica em estudo, seguido da Caracterização dos Cuidados de Enfermagem, segundo as orientações que constam do REPE (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, 1996). Posteriormente apresento o plano de cuidados de enfermagem elaborado seguindo a taxonomia da CIPE® e finalmente serão descritas eventuais conclusões decorrentes da análise do estudo, dificuldades sentidas durante a elaboração do mesmo e estratégias utilizadas para colmatar essas dificuldades.

As intervenções de enfermagem apresentadas pretendem responder às necessidades da pessoa em situação crítica decorrentes da dependência física ou psicológica que esta possa provocar, com especial atenção a possíveis fatores que acrescem para a vulnerabilidade do mesmo.

1. IDENTIFICAÇÃO DA FISIOPATOLOGIA

Neste capítulo serão descritos, sumariamente, ao aspetos fisiopatológicos das doenças que afetam a pessoa em situação crítica em estudo. O objetivo será posteriormente perceber a lógica da evolução clínica e as opções diagnósticas formuladas no que concerne os cuidados de enfermagem prestados.

1.1 Pneumonia intersticial

A pneumonia intersticial é uma doença pulmonar caracterizada por um declínio progressivo na função pulmonar, em que existe uma inflamação do espaço intersticial com expansão das paredes alveolares. Os danos causados nos alvéolos pulmonares resultam em fibrose, e o aumento desta fibrose dificulta as trocas gasosas causando dispneia. Apenas 30% dos doentes sobrevive mais de 5 anos após o diagnóstico (Hasmucrai et al., 2010).

Esta pode ser classificada em subtipos celulares: fibrótica (menos comum e com melhor prognóstico) ou mista (pior prognóstico). A pneumonia intersticial não específica pode ser idiopática, embora, na maioria das vezes, represente uma manifestação pulmonar associada às doenças do colagénio (sobretudo esclerodermia), à pneumonia por hipersensibilidade, às reações medicamentosas ou ao dano alveolar difuso (Hasmucrai et al., 2010).

É mais comum a sua ocorrência em mulheres entre 40 e 50 anos de idade, apresentando sintomas semelhantes à fibrose pulmonar sendo o tratamento direcionado para a doença de base, podendo incluir a associação de corticosteroides sistémicos e terapêutica citotóxica. Os achados imagiológicos da fibrose pulmonar e da pneumonia intersticial são muitas vezes similares (Simões Oliveira et al., 2018).

1.2 Síndrome anti-sintetase

O síndrome anti-sintetase caracteriza-se pela associação de duas das seguintes características, doença pulmonar intersticial (DPI), miopatia inflamatória e poliartrite inflamatória com a presença de anticorpos anti-sintetase. Laboratorialmente é marcada pela presença de anticorpos anti-aminoacil-RNAt sintetase (anti-sintetase), sendo mais frequente o anti-Jo-11 . Trata-se de uma doença pouco comum, com uma prevalência de 1,5 por 100.000 habitantes2 , tendo sido descrita em 1990 por Marguerie C, et al.3 Apesar de se tratar de uma doença sistémica, pode manifestar-se inicialmente apenas com envolvimento pulmonar e este pode dominar o quadro clinico4 . A principal causa de morbimortalidade é a evolução da doença pulmonar (Pires, Sousa, Julião, Montez, & Araújo, 2014)

1.3 Insuficiência respiratória

A insuficiência respiratória (IR) pode ser definida como a condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio (PaO2) e/ou da pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO2) dentro dos limites da normalidade. Foram estabelecidos, para sua caracterização, valores de referência na gasimetria arterial:

- PaO2 < 60 mmHg
- PaCO2 > 50 mmHg (De Pádua, Alvares, & Baddini Martinez, 2003)

A insuficiência respiratória pode ser classificada em aguda e crónica, sendo que na IR aguda, a rápida deterioração da função respiratória leva ao surgimento de manifestações clínicas mais intensas, e o aparecimento de alterações gasimétricas do equilíbrio ácido-base, alcalose ou acidose respiratória, são mais comuns. Quando as alterações das trocas gasosas se instalam de maneira progressiva ao longo de meses ou anos, estamos então a falar de IR crónica e aqui as manifestações clínicas podem ser mais subtis e as alterações gasimétricas do equilíbrio ácido-base, ausentes.

É importante ter em conta que os quadros de IR aguda podem acontecer em pessoas previamente saudáveis como, também, sobrepor-se à IR crónica.

2. CARATERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A caraterização dos cuidados de enfermagem foi efetuada tendo como base o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Foram identificados os problemas de saúde através da recolha e análise dos dados relativos à situação. Posteriormente foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e um plano de cuidados adequado às especificidades da pessoa em situação crítica em estudo.

2.1 Avaliação Inicial

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro apresenta indicações claras sobre os elementos que devem fazer parte da história de enfermagem, contudo a doente encontrava-se sedada no momento de admissão no serviço, não tendo sido feita a recolha de informações que deveriam constar na mesma (posteriormente com a doente consciente a mesma também não foi efetuada seguindo todos os elementos). Os elementos em falta são informações de caráter pessoal, hábitos, gostos pessoais, que permitem adequar as intervenções de enfermagem às especificidades daquela pessoa. Foi efetuada a consulta do processo clínico, tendo sido efetuada a avaliação inicial com a informação disponível.

A doente em estudo é do sexo feminino, 54 anos, autónoma nas atividades de vida diárias, residindo com o marido (2º casamento) e tem um filho do primeiro casamento. Tem como antecedentes pessoais:

- Doença reumática sistémica em estudo (Suspeita de Miosite/ Síndrome Anti-sintetase);
- Doença pulmonar difusa em estudo;
- Insuficiência respiratória parcial sob O2 repouso 2,5L/min;
- Neoplasia da mama esquerda, operada em 2003

Doente em aparente estado de saúde até junho, altura em que inicia quadro de febre, com vários picos diários que cediam aos antipiréticos, associada a dispneia de esforço de agravamento progressivo e tosse seca. Em consulta de Pneumologia em agosto realizou TAC que revelou múltiplos infiltrados parenquimatosos subpleurais, com posterior início de prednisolona com remissão das queixas.

Referiu desde o início do quadro mialgias das coxas (sem défices da força muscular) e em setembro início de poliartralgias das mãos, punhos, cotovelos, ombros e joelhos, associado a rigidez matinal com duração superior a 60 minutos. Referiu ainda episódios de disfagia ocasional para líquidos, alopecia e xerostomia.

Dia 05 de Outubro recorreu ao serviço de urgência de outra unidade hospitalar por agravamento dos sintomas, (há 5 dias), tendo ficado internada com diagnóstico de insuficiência respiratória tipo 1, com persistência de hipoxemia sob FiO2 60% pelo que foi conetada a VNI com boa adaptação. Realizou angio-TC torax sem evidencia de TEP que mostrou "opacidades mal definidas em vidro despolido, associando-se discreta reticulação subpleural na periferia dos campos pulmonares, com aspectos bronquiectásicos de tracção, nomeadamente evidentes na língula, aspectos que indiciam presença de patologia do interstício pulmonar subjacente."

Foi admitida eventual pneumonia intersticial no contexto de doença autoimune sistémica e infeção respiratória pelo que iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam, e pulsos de metilprednisolona, tendo sido admitida na unidade cuidados intermédios.

Por agravamento respiratório foi entubada orotraquealmente (EOT) no dia 16 outubro (foi sedada, curarizada e colocada em posição ventral com ligeira melhoria). Iniciou noradrenalina no contexto de sedação, sem outras disfunções de orgão. Por manter refratariedade terapêutica sem melhoria com corticoterapia e imunoglobulina foi contactada a UCI dia 17 outubro para referenciação para ECMO.

De modo a uma melhor compreensão dos diagnósticos de enfermagem elaborados, seguidamente faz-se um descrição sumária de 26 dias de internamento (doente ainda permaneceu na UCI após realização do estudo de caso) da evolução clínica da pessoa em situação crítica.

Dia 17/10 – Admissão na UCI

Realizado resgate no hospital de origem, tendo sido colocada em ECMO-VV com cânulas na veia jugular interna direita e na veia femoral direita, com transferência para UCI após o procedimento.

Dia 18/10 – Dia 2 de internamento na UCI

- GCS 11 (E4, V1, M6), desperta com a chamada, responde com movimento cefálico e cumpre ordens.
- RASS 0, sob morfina 3 mg/h
- Pupilas isocóricas/isorreativas, com movimento preferencial do olhar conjugado para cima
- ECMO-VV, sem intercorrências
- Desmame de sedação e ventilação para possível extubação

Dia 19/10 – Dia 3 de internamento na UCI

- Extubada para alto fluxo com boa tolerância, ficou apenas com dexmedetomidina e morfina em perfusão

- ECMO-VV, sem intercorrências

Dia 20/10 – Dia 4 de internamento na UCI

- GCS 15 RASS -1/0, sob dexmedetomidina + Morfina. Desperta com a chamada, discurso adequado e percetível. Pupilas isocóricas/isoreativas
- ECMO-VV, sem intercorrências

Dia 21/10 – Dia 5 de internamento na UCI

- GCS 15, RASS 0, consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo
- ECMO-VV, sem intercorrências
- Levante para cadeirão
- Queixas de odinofagia - Cavidade bucal com lesões aftosas ao nível da face dorsal e ventral da língua, cerca de 0.5-1cm de diâmetro, com fundo nacarado, em relação com doença autoimune de base
- Inicia rituximab

Dia 22/10 – Dia 6 de internamento na UCI

- GCS 15, RASS 0, consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo
- Levante do dia anterior com tolerância, alimenta-se autonomamente
- ECMO-VV, sem intercorrências
- Iniciou protocolo de infusão de rituximab

Dia 22-23-24-25-26-27-28/10 – Dia 6/7/8/9/10/11/12 de internamento na UCI

- GCS 15, RASS 0, consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo
- Levante diário para cadeirão e deambulação de 10/20 passos no quarto
- Alimenta-se autonomamente com tolerância
- ECMO-VV, sem intercorrências
- Recebe (desde primeiro dia) visita do filho e marido diariamente e outros familiares e amigos ocasionalmente

Dia 29/10 – Dia 13 de internamento na UCI

- GCS 15, RASS 0, consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo
- Pus à superfície cutânea do CVC femoral esquerda, tendo sido removido e colhida cultura da ponta do cateter
- Removida algália
- Colocado novo CVC jugular esquerda
- ECMO-VV, sem intercorrências

Dia 30-31/10 – Dia 14/15 de internamento na UCI

- GCS 15, RASS 0, consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo
- Desmame suporte ventilatório
- Desmame ECMO
- ECMO-VV, sem intercorrências

Dia 01/11 Dia 16 de internamento na UCI

- GCS 15, RASS 0, consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo
- Refere sensação subjetiva de agravamento clínico por dispneia e dor pleurítica agravada
- Incremento suporte ECMO para conforto

- Agravamento da dificuldade respiratória e hipoxemia. Rx tórax com pneumotórax. Colocado dreno torácico 20Fr, com expansão torácica
- Manteve agravamento clínico com agravamento da dificuldade respiratória com taquipneia marcada, dor pleurítica e hipoxemia apesar de incremento de alto fluxo, suporte de ECMO e terapêutica diurética. Foi entubada orotraquelmente, tubo 7.5 sob sedoanalgesia com morfina 2 e propofol 50mg. Sem intercorrências. Conectada a VMI em PC. Iniciou noradrenalina.

Dia 02/11 Dia 17 de internamento na UCI

- Choque sético de ponto de partida pulmonar vs outro foco
- RASS -4, sedoanalgesiada com propofol e morfina + metamizol, pupilas isocóricas/isoreativas
- Drenagem torácica muito borbulhante (compatível com fistula), pouco oscilante, drenagem inicial de cerca de 20 ml de conteúdo purulento amarelo claro e desde então 730 ml de líquido serohemático nas últimas 12h
- Dado apresentar volumes muito baixos, foi desconetada do ventilador para encerramento de fistula pleural - fica com tubo em T com O2 12L/min
- RASS ALVO: -1 (00:24 - Doente em RASS -1, consciente e colaborante).

Dia 03/11 Dia 18 de internamento na UCI

- RASS 0 sob propofol 1 e morfina a 2, referia dor e desconforto respiratório. Pupilas isocóricas e isoreativas
- Tubo em T com O2 12L/min, eupneica, oximetrias 80%. Drenagem torácica em aspiração de -20 oscilante, borbulhante com saída de 400cc líquido serohemático
- ECMO: GSA pós-oxigenador 283 - mudança de oxigenador que decorreu sem intercorrências (durante o procedimento sedoanalgesiada e curarizada)
- Para desmame de sedação e ventilatório.

Dia 04-05-06-07-08-09/11 Dia 19/20/21/22/23/24 de internamento na UCI

- RASS oscilante de -1 a -3 sob propofol + morfina. Pupilas isocóricas e isoreativas
- Períodos em que fica mais desconfortável acompanhada de polipneia e dessaturaçao (início de quetamina), tosse e bradicardia

- Tubo em T com O2 12L/min, eupneica, oximetrias 85-90%. Dreno torácico em aspiração
- Cancelado próximo ciclo de rituximab que seria a 11/11.

Dia 10/11 Dia 25 de internamento na UCI

- Sob sedoanalgesia RASS-5. Doente manteve RASS -5 Pupilas isocóricas isoreativas. Alguns períodos de tosse em que diminui saturação por compromisso de débitos de ECMO
- Sob noradrenalina, normocárdica. Períodos de bradicardia associados a tosse.

Doente manteve-se na UMM após colheita de história clínica. Diagnósticos a dia 10/11:

- Tuberculose pulmonar provável

- Pneumonia associada aos cuidados de saúde com empiema

- Pneumonite intersticial no provável contexto de síndrome anti-sintetase

- Insuficiência respiratória grave com necessidade de ECMO VV

- Possível infeção disseminada a citomegalovírus (CMV) com afeção pulmonar e gastrointestinal (pelo menos orofaringe) com possível infeção por cândida concomitante, em doente imunossuprimida

- Imunologia sugestiva para CMV + insuficiência respiratória grave (pneumonia) + lesões na mucosa oral (língua, palato duro) e orofaringe

- Lesões sugestivas de cândida (lesões orais que não cicatrizam)

- Pneumomediastino

2.2 Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados de acordo com a taxonomia CIPE®, sendo que optei pela utilização desta taxonomia pois é aquela que é utilizada neste serviço. Não é uma taxonomia com que esteja totalmente familiarizada, pois no meu serviço não é empregue, mas considerei pertinente a sua utilização pela sua abrangência (existe ainda assim a possibilidade de ocorrência de falhas decorrentes de uma eventual fraca destreza).

Optei por, anteriormente à descrição dos diagnósticos de enfermagem, salvaguardar algumas considerações inerentes à CIPE® que poderão ajudar na leitura e interpretação do plano de cuidados despois apresentado.

A CIPE® por ser considerada um instrumento complexo e abrangente que inclui milhares de termos e definições, foi simplificada através do desenvolvimento de catálogos (subconjuntos de CIPE®), onde constam enunciados de diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem para um grupo específico de doentes (neste caso os diagnósticos foram elaborados para o grupo onde se inserem pessoas em situação crítica internadas em unidades de cuidados intensivos). O objetivo é

desenvolver dados consistentes que descrevam o trabalho de enfermagem (International Council of Nurses, 2008).

Os quadros de referência dos catálogos CIPE® incluem os doentes e as suas prioridades de saúde. O doente, neste caso a pessoa em situação crítica, é o sujeito ao qual um diagnóstico se refere e que é recetor de uma intervenção (International Council of Nurses, 2008).

Um diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca de um doente após a sua avaliação. Para compor um diagnóstico de enfermagem são obrigatórios um foco (foco de atenção/problema) e um juízo (em que medida é que é um problema). Os resultados de enfermagem são a medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em partes temporais após uma intervenção de enfermagem. São o resultado presumido das intervenções de enfermagem medidas ao longo do tempo, enquanto mudanças efetuadas nos diagnósticos de enfermagem. As intervenções de enfermagem em si exigem sempre uma ação e um alvo (International Council of Nurses, 2008).

Dado que na situação apresentada a doente passa por diversos estados (desde consciente e orientada, GCS 15, RASS 0, sem estar entubada orotraquealmente, até GCS 3/4, RASS -3/-4), os diagnósticos de enfermagem irão ser direcionados para a fase em a doente se encontra entubada orotraquelmente, com sonda orogástrica e com um GCS mais diminuído (dado o elevado número de dias de internamento escolhi a fase em que esta se encontrava mais dependente apresentando um maior número de problemas associados).

No quadro a baixo, é identificado primeiro o problema (foco) e posteriormente o juízo que foi deduzido sobre o mesmo no que respeita à pessoa em situação crítica.

Juízo	**Foco**
Consciência Capacidade de pensamento e resposta a impressões que resulta de uma combinação dos sentidos (alerta, acordado e sensível ao ambiente exterior)	Alterada Alteração conferida pela sedação química
Aspiração	Alto risco de aspiração

Inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores	Alto risco conferido pela presença de tubo orotraqueal e SOG que prejudicam a proteção das vias aéreas e a oclusão esfincteriana completa do cardia
Limpeza das vias aéreas É o processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular que vem desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões	Ineficaz em grau elevado Apresenta reflexo de tosse ineficaz e necessita sempre de aspiração de secreções de modo a manter a permeabilidade das vias aéreas A limpeza das vias aéreas está também comprometida pelo nível de sedação química a que a pessoa está sujeita
Ventilação Deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência, profundidade inspiratória, volume expiratório e ritmo respiratórios determinados	Ineficaz em grau muito elevado Ineficácia conferida pelo quadro clínico (que levou compromisso das trocas gasosas e posterior exaustão respiratória), com necessidade de ECMO-VV
Alimentar-se Encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos, levar a comida à boca, mantê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito	Dependente em grau muito elevado A PSC não inicia nem completa nenhuma atividade inerente ao alimentar-se, necessitando de SOG para a alimentação
Auto-Cuidado Higiene Encarrega-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a pele hidratada de acordo com os princípios da preservação e manutenção da higiene	Dependente em grau elevado A PSC não completa nenhuma atividade inerente ao auto cuidado higiene
Auto Cuidado Uso do Sanitário Levar a cabo as atividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infeção.	Dependente em grau elevado A PSC não completa nenhuma atividade inerente ao auto cuidado uso do sanitário
Auto-Cuidado Vestuário	Dependente em grau elevado

Encarregar-se de vestir e despir as roupas e os sapatos consoante a situação ou o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir	A PSC não completa nenhuma atividade inerente ao auto cuidado vestuário
Posicionar-se Atividade física com as características específicas de mover o corpo, virando-o de um aldo para o outro	Dependente em grau elevado A PSC não completa nenhuma atividade inerente ao posicionar-se
Comunicação Ação interdependente de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas, usando comportamentos verbais e não-verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como correio, correio eletrónico ou telefone	Comprometida Compromisso conferido pela presença de tubo orotraqueal, sedação e alteração do estado de consciência
Sono Recurso à redução da atividade corporal, marcada por uma redução da consciência, em que a pessoa não sabe de si, o metabolismo está diminuído, a postura imóvel, a atividade corporal e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos	Alterado Alteração conferida pela sedação e consequente alteração dos estado de consciência
Infeção Invasão do corpo por microrganismos patogénicos, que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo	Risco de Infeção Imunodepressão causada por patologia PSC sujeita a procedimentos invasivos / risco de infeção nosocomial
Úlcera de Pressão Inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente. Os estádios são graduados segundo a profundidade dos tecidos lesados	Alto risco de úlcera de pressão (Avaliado pela Escala de Braden) Alto risco conferido pela total limitação da perceção sensorial, pelo baixo nível a que a pele é exposta à humidade, pelo facto de estar acamado (o que diminui a atividade), pela imobilidade total (que o impede de controlar a posição do corpo), pela nutrição provavelmente inadequada e pelo problema

	existente no que respeita a fricção e cisalhamento entre a pele e o lençol Risco de úlcera de pressão nas orelhas Conferido pelas fitas de nastro que fixam o tubo orotraqueal e SOG Risco de úlcera de pressão no lábio Conferido pela presença do tubo orotraqueal e SOG
Perda Sanguínea Perda de sangue a partir do sistema vascular associada a lesão de um ou mais vasos sanguíneos; fluxo de sangue através de um orifício, de uma solução de continuidade da pele ou de uma cavidade, órgão ou espaço entre os tecidos	Risco de Perda Sanguínea Risco conferido por estar em ECMO-VV, com mudanças de oxigenador
Edema Excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços tecidulares ou retenção de líquidos nas zonas de declive	Presente Apresenta edema generalizado, mais proeminente nos membros superiores/mãos
Processo Familiar	Comprometido Alteração motivada pelo longa permanência da doente na UCI e estado de consciência diminuído

3.PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos	Resultados esperados	Intervenções	Resultados obtidos	Especificações
Consciência Alterada	- Manutenção estado de consciência adequado à condição da doente	- Vigiar a consciência - Monitorizar a consciência através da escala de coma de Glasgow - Estimular a pessoa - Monitorizar sedação (escala de RASS)	- Estado de consciência flutuante durante internamento, mas controlado tendo em conta as prescrições e condição da doente	- Considerar melhor avaliação
Aspiração Alto risco de Aspiração	- Prevenção aspiração	- Vigiar reflexo da tosse - Vigiar reflexo de deglutição - Elevar cabeceira da cama - Otimizar o tubo traqueal (Otimizar, em linguagem CIPE®, remete-se para a obtenção do melhor resultado. Por exemplo no caso do tubo traqueal remete para a limpeza,	- A doente não apresentou nenhum episódio de aspiração	- Cabeceira a 30º

		desobstrução e correto posicionamento do mesmo) - Aspirar a cavidade oral - Vigiar o conteúdo gástrico		
Limpeza das vias aéreas Ineficaz em Grau Elevado	- Manutenção via aérea permeável	- Aspirar secreções pelo tubo traqueal - Aspirar secreções da cavidade oral - Vigiar as secreções do tubo traqueal - Vigiar secreções da cavidade oral - Vigiar reflexo de tosse - Otimizar o posicionamento	- A via aérea esteve sempre permeável, com necessidade de aspiração em alguns momentos	- Alternância de decúbitos/cabeceira elevada
Ventilação Ineficaz em Grau Muito Elevado	- Manutenção de padrão de ventilação eficaz	- Otimizar o ECMO-VV - Vigiar a respiração - Posicionar a pessoa em alternância de decúbitos	- Padrão de ventilação eficaz, com necessidade de mudança de	- Alternância de decúbitos/cabeceira elevada - Oxigenador

		- Vigiar resposta ao ECMO-VV Monitorizar condição da ventilação através do ECMO-VV - Trocar dispositivos	oxigenador por duas vezes	
Alimentar-se Dependente em Grau Muito Elevado	- Manutenção do aporte nutricional adequado às necessidades do doente	- Alimentar através de SOG - Gerir ingestão alimentar - Gerir ingestão de líquidos - Monitorizar conteúdo gástrico - Otimizar Sonda	- A doente apresentou durante alguns dias conteúdo gástrico, tendo sido necessário aumentar o período de pausa alimentar	- Alimentação Entérica - Cabeceira a 30º
Auto cuidado higiene Dependente em Grau Elevado	- Manutenção de um padrão de cuidados de higiene adequado	- Gerir ambiente físico - Dar banho na cama - Lavar a boca - Lavar a cabeça - Pentear a pessoa - Avaliar pele - Aplicar creme	- Prestados cuidados de higiene diariamente, consoante a estabilidade da doente	- Promover a privacidade - Creme hidratante

		- Manter a pele seca		
Auto cuidado uso do sanitário Dependente em Grau Elevado	- Manutenção de eliminação intestinal e vesical	- Gerir ambiente físico - Vigiar a eliminação intestinal - Vigiar a eliminação urinária - Trocar fralda - Manter a pele seca	- Doente manteve débitos urinários adequados (esteve um período sem drenagem vesical). Eliminação intestinal prejudica, com necessidade de administração terapêutica	- Promover a privacidade
Auto cuidado vestuário Dependente em grau elevado	- Manutenção imagem	- Vestir a pessoa	- Doente vestida com bata do serviço	
Posicionar-se Dependente em Grau Elevado	- Manutenção integridade cutânea	- Posicionar a pessoa - Massajar pele - Avaliar pele - Providenciar dispositivos de alívio de pressão	- A doente manteve integridade cutânea durante o internamento	- Corpo alinhado/alternância de decúbitos - Almofadas

		- Avaliar sinais de úlceras de pressão - Vigiar o posicionamento		
Comunicação Comprometida	- Recuperação da capacidade de comunicação verbal	- Identificar barreiras à comunicação - Otimizar a comunicação - Promover o envolvimento da família	- Capacidade recuperada após retirar tubo orotraqueal, quando entubada por vezes comunica não verbalmente	- Entubação orotraqueal/Sedação
Sono Alterado	- Manutenção horas adequadas de sono	- Vigiar o sono - Otimizar o ambiente	- Sono mantido	- Adequar intensidade da luz e volume dos alarmes dos monitores da sala
Infeção Risco de Infeção	- Prevenção / diminuição de infeção	- Manter medidas de prevenção da contaminação - Vigiar sinais de infeção no local de inserção do cateter arterial, CVC e cânulas ECMO	- Cumpridas as medidas de prevenção e controlo de infeção, não tendo o doente apresentado sinais inflamatórios no local de inserção dos	- Equipamentos de proteção individual - Portas de entrada/soluções de continuidade - Administração de antibioterapia

		- Gerir o regime medicamentoso - Ensinar a família sobre medidas de prevenção da contaminação	cateteres. Ensinados procedimentos	
Úlcera de pressão Alto Risco de Úlcera de Pressão Risco de Úlcera de Pressão nas Orelhas Risco de Úlcera de Pressão no Lábio	- Manutenção integridade cutânea	- Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden - Vigiar a pele - Massajar partes do corpo - Aplicar creme - Otimizar tubo traqueal - Otimizar sonda orogástrica - Vigiar sinais de úlcera de pressão - Posicionar a pessoa em alternância de decúbitos - Aliviar zonas de pressão através de almofada	- A doente manteve integridade cutânea durante o internamento	- Trolamina nas zonas de pressão - Almofadas

Perda sanguínea Risco de Perda Sanguínea	- Manutenção de valores de hemoglobina adequados	- Vigiar sinais de perda sanguínea - Vigiar perda sanguínea	- Necessidade de administração de unidade concentrado eritrocitário nos dois momentos de trocas de oxigenador. Valores de hemoglobina sempre mantidos	
Edema Presente	- Prevenção / diminuição do edema	- Vigiar edema - Elevar as pernas - Elevar os braços - Monitorizar o peso corporal	- A doente apresentou edema exacerbado nos membros superiores, tendo havido melhoria com intervenções adotadas	- Almofadas - Cama balança
Processo familiar Comprometido	- Manutenção relação familiar	- Avaliar processo familiar - Otimizar processo familiar - Otimizar comunicação	- A família visitava todos os dias, comunicando	

		- Incentivar o envolvimento da família	verbalmente e através do toque	

Atitudes Terapêuticas (As atitudes terapêuticas correspondem às prescrições médicas das quais decorrem intervenções de enfermagem, embora não constituam por si só um diagnóstico. Referem-se às ações interdependentes)	Intervenções de enfermagem	Especificações
Parâmetros vitais	- Monitorizar tensão arterial - Monitorizar frequência cardíaca - Monitorizar dor - Monitorizar Saturação de Oxigénio - Monitorizar temperatura corporal - Monitorizar a respiração	
ECMO	- Monitorizar sweep - Monitorizar rotações - Monitorizar débito - Monitorizar pressão venosa e arterial - Monitorizar temperatura - Monitorizar hemoglobina - Monitorizar pontos fibrina oxigenador	
Balanço hídrico	- Monitorizar entrada e saída de líquidos	

Algaliação	- Inserir cateter urinário - Otimizar cateter urinário - Trocar cateter urinário	- Cateter urinário
Cateter venoso central	- Otimizar cateter central - Vigiar o penso do cateter central - Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter central - Executar tratamento do local de inserção do cateter central - Trocar dispositivos	- CVC de 5 lumens - Sistemas de perfusão
Cateter arterial	- Otimizar cateter arterial - Vigiar o penso do cateter arterial - Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter arterial - Executar penso do local de inserção do cateter	- Sistemas perfusão
Intubação orogástrica	- Inserir SOG - Otimizar SOG - Trocar SOG - Trocar dispositivos	- SOG - Sistemas perfusão alimentação

Monitorização eletrocardiográfica	- Vigiar traçado cardíaco através de monitor cardíaco	
Pesquisa de glicémia capilar	- Monitorizar glicémia capilar	

4. CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso permitiu-me refletir de forma detalhada sobre vários aspetos das práticas por mim efetuadas e para além disso permitiu-me aprofundar conhecimentos relativamente às patologias descritas. Permitiu uma avaliação pormenorizada e detalhada acerca das minhas avaliações, interpretações e intervenções como enfermeira.

Ao longo da sua realização, foram surgindo várias dificuldades, como a seleção e sistematização de informação pertinente e fundamental, a difícil tradução das nossas ações para uma linguagem padronizada, que não traduz a real complexidade e sentimento que cada enfermeiro coloca na execução da sua prática diária e ainda a utilização da taxonomia CIPE® (para a qual, para além de pesquisa, tive de recorrer a peritos na área).

A doente cuja situação clínica descrevi, é alguém a quem tive oportunidade de prestar cuidados por diversas vezes. A mudança no seu estado clínico trouxe várias adaptações para a equipa multidisciplinar, bem como para a família desta doente. As visitas diárias ao hospital eram acompanhadas de expetativa, esperança, revolta, dúvidas, e os enfermeiros eram aqueles com quem estabeleciam relações de maior proximidade e nos quais buscavam respostas. Traduzir esta ação em linguagem padronizada não transparece a real dimensão da intervenção.

Como aspetos positivos destaco a colaboração da Enfermeira Orientadora de Estágio que foi um contributo imprescindível para a concretização deste trabalho, e consequentemente para o desenvolvimento das competências neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. R. Manara, P. G. M. and G. O. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, 108–121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Almeida, A. M. de, Carvalho, E. S. de S., & Cordeiro, G. M. (2015). Cuidado Ao Potencial Doador: Percepções De Uma Equipe De Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem29*, (4), 328. https://doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13641

Arbour, R. (2005). Clinical management of the organ donor. *AACN Clinical Issues*, *16*(4), 551–580. https://doi.org/10.1097/00044067-200510000-00011

Assembleia da República. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, *1.ª série*(Lei n.º 15/2014), 2127–2131.

Azeredo, T. R. M. L. M. N. O. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*, *31*(3), 380. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v31i3p380-399

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*(May), 24–42. Retrieved from http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Dias_Barcelos_M._Patrão_Neves_Doação_de_tecidos_e_órgãos_humanos.pdf

Barros, F., Costa, I., & Amaral, T. (2012). Take care of the potential person donor of organs and tissues -- the purpose of a clinical case. *Nursing: Revista de Formacao Continua Em Enfermagem*, *24*(281), 12–17. Retrieved from https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108133140&site=ehost-live

Batista, M. P. J. (2012). CUIDAR NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS. (Relatório de Estágio).

Benseñor, F. E. M., & Cicarelli, D. D. (2003). Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *53*(5), 680–693. https://doi.org/10.1590/S0034-70942003000500016

Bessa Junior, R. C., & Leão, B. C. (2010). Monitorização do débito cardíaco: vantagens e desvantagens dos métodos disponíveis. *Rev Med Minas Gerais*, *20*(2 Supl 3), S29–S45.

Bianchi, M., Garcia, L., Antonio, M., & Marcos, A. (2015). Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. *Uniciencias*, *12*(2), 174–180.

Canadian Nurses Association. (2008). Position Statement: Advanced Nursing Practice. *Canadian Nurses Association*, (2008), 7–9.

Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Marques Araújo, M. Â., Dos Santos Alves, M. D., & Batista Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *ACTA Paulista de Enfermagem*, *27*(6), 567–572. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092

CNECV. (1995). Retrieved from https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/parecer-sobre-o-criterio-da-morte-10-cnecv-95

Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, *0*(30), 234–251.

De Pádua, A. I., Alvares, F., & Baddini Martinez, J. A. (2003). Insuficiência respiratória. *Medicina*, *36*(2–4), 205–213. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p205-213

Decreto-Lei 553/76 de 13 de Julho do Ministério dos Assuntos Sociais. (1976). Retrieved from http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19762522&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=%27Decreto-Lei%27&v12=553/76&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Diário da República Nº 205 - Série I, 2959–2962.

Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro do Ministério da Saúde. (1994). Retrieved from http://www.dre.pt/pdf1s/1994/09/223A00/57805782.pdf

Decreto de lei nº 12/93 de 22 de Abril. (1993). Retrieved from http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf

Despacho n.º 14341/2013 de 29 Outubro do Ministério da Saúde. (2013). *Diário Da República*, 1–2. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/3313599

DGES. (2013). Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações, 1–115. Retrieved from https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Dias, O. V., Luis, T., Barbosa, D. A., Rocha, F., & Costa, S. D. M. (2013). Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Revista Bioética*, *21*(3), 448–454.

Dicks, S. G., Northam, H., van Haren, F. M. P., & Boer, D. P. (2018). An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Psychology Open*, *5*(1). https://doi.org/10.1177/2055102918782172

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Retrieved from https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx

Diretiva 2004/23/EC de 31 de Março - Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia. (2004). *Jornal Oficial Da União Europeia*, 48–58.

ERC. (2015). *Suporte Avançado de Vida*.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. Retrieved from http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf

Evans, D. (1995). Brain death: the family in crisis. *Intensive and Critical Care Nursing*, *11*(6), 318–321. https://doi.org/10.1016/S0964-3397(95)80344-0

Farias, I. P., Almeida, T. G., Pereira, C. I. da C., & Vasconcelos, E. L. (2017). Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *11*(9), 3492–3496. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110249p3492-3496-2017

Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(7), 21–30.

Gordon, J. K., & McKinlay, J. (2012). Physiological changes after brain stem death and management of the heart-beating donor. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, *12*(5), 225–229. https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mks026

Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F. D., … Sung, G. (2020). Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *324*(11), 1078–1097. https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586

Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de orgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*(1), 91–97. https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000100014

Hasmucrai, D., Mendes, A. C., Correia, I., Evangelista, T., & de Almeida, A. B. (2010). Pulmonary disease in polymyositis. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, *16*(4), 671–677. https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30061-1

Hill, T. (2013). Caring and technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, *38*(2005), 217–226. https://doi.org/10.3233/978-1-60750-882-3-217

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2014). Operacialização do Programa de Colheita de Órgãos Dadores em Paragem CardioCirculatória.

Lei 12/93. (1994). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/618930

Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto do Ministério da Saúde. (1999). *Diário Da República - I Série-A N.º 201 (28-8-1999)*. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/532449

Lei nº 22/2007 de 29 Junho. (2007), 2450–2465. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/635827

Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining

Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *7*, 1–6.

Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, *64*(1–2), 160–164. https://doi.org/10.2152/jmi.64.160

Magalhães, A. L. P., Lanzoni, G. M. de M., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M. de, Silva, E. L. da, & Mello, A. L. S. F. de. (2018). Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *39*, e20170274. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274

Manara, A. R., Murphy, P. G., & Ocallaghan, G. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, *108*(SUPPL. 1), i108–i121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Martins, C. (2019). Transplantes: morrem 6 portugueses por mês à espera de um órgão. *Expresso*.

Matesanz, R. (2010). Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos. *Emergencias (St. Vicenç Dels Horts)*, 68–71.

Mendes, K. D. S., Roza, B. de A., Barbosa, S., Schirmer, J. de F. F., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(4), 945–953. https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027

Ministério da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. Retrieved from https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf

Mota, A. (2004). Transplantaçao renal: uma história de sucesso. *Rev Fac Med Lisboa*. Retrieved from http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/513

Nassar, A. P., Neto, R. C. P., de Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*, *126*(4), 215–219. https://doi.org/10.1590/s1516-31802008000400003

Nekcic, P. (2016). Pulse Contour Cardiac Output (PiCCO) Learning Package. Retrieved from https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/306590/Pulse_Contour_Cardiac_Output_Learning_Package.pdf

Nicely, B., & Delario, G. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, *21*(1), 72–77. https://doi.org/10.7182/prtr.21.1.c7617103jug3466m

OMS. (2008). Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Retrieved from https://www.who.int/transplantation/TxGP 08-sp.pdf

OMS. (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. *World Health Organization*, (November), 1–15. Retrieved from http://www.who.int/transplantation/activities/en/

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição - Investigação em Enfermagem, 1–4.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Vol. 53). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República, 2.ª Série*, *N.º 135*, 19359–19370. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/115698617

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(11), 121–132. https://doi.org/10.12707/riv16030

Pereira, C., Pinto, D., Tourinho, F., & Santos, V. (2013). Tecnologias Em Enfermagem E O Impacto Na Prática Assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde - ISSN:2236-1103*, 29–37. https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331

Pinto, A. S., Reis, M. dos, Teixeira, C. L. C., Cardoso Junior, R., & Lino, A. P. B. (2015). Alveolar recruitment: who needs? how? when? *Revista Médica de Minas Gerais*, *25*(Supl 4), 48–55. https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150061

Pires, M., Sousa, M., Julião, I., Montez, A., & Araújo, A. (2014). Doença pulmonar intersticial como primeira manifestação de síndrome anti-sintetase. *Galicia Clínica*, *75*(1), 28. https://doi.org/10.22546/26/501

Pita, F., & Carmona, C. (2004). Morte cerebral: Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Medica Portuguesa*, *17*(1), 70–75.

Portaria 357/2008 de 9 de Maio do Ministério da Saúde. (2008), *2008*, 2513–2515. Retrieved from http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0251302515.pdf

Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (2013). Transplante e doação de órgãos e tecidos a partir de dadores vivos: uma reflexão bioética. *Percursos*.

Pupulim, J. S., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *10*(3), 433–438. https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000300018

Queiroz, R. B., Holanda, M. M. de A., Maia, A. K. H. L., & de Morais, L. C. S. L. (2012). Análise do uso do eletroencefalograma e do índice bispectral na unidade de terapia intensiva. *Revista Neurociencias*, *20*(2), 302–310.

Rech, T. H., & Rodrigues Filho, É. M. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *19*(2), 197–204. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000200010

Sá, F. et al. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, *19*(1), 31–46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *60*(6), 653–658. https://doi.org/10.1590/s0034-70942010000600012

Sesma, A. M., & Ollo, M. Z. (2001). Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enferm Intensiva*, 10–20.

Simões Oliveira, D., de Arimatéia Araújo Filho, J., Fernando Lins Paiva, A., Seigo Ikari, E., Caruso Chate, R., & Higa Nomura, C. (2018). Pneumonias intersticiais idiopáticas: revisão da última classificação da American Thoracic Society/European Respiratory Society. *Radiologia Brasileira*, *51*(5), 321–327. https://doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0134

Smith, M., Dominguez-Gil, B., Greer, D. M., Manara, A. R., & Souter, M. J. (2019). Organ donation after circulatory death: current status and future potential. *Intensive Care Medicine*, *45*(3), 310–321. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05533-0

Syversen, T. B., Sørensen, D. W., Foss, S., & Andersen, M. H. (2018). Donation after circulatory death - an expanded opportunity for donation appreciated by families. *Journal of Critical Care*, *43*, 306–311. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.09.002

Tardelli, M. A. (2002). Monitorização do Bloqueio Neuromuscular, *c*, 1–9.

Taylor, L. J., Buffington, A., Scalea, J. R., Fost, N., Croes, K. D., Mezrich, J. D., & Schwarze, M. L. (2018). Harms of unsuccessful donation after circulatory death: An exploratory study. *American Journal of Transplantation*, *18*(2), 402–409. https://doi.org/10.1111/ajt.14464

Thuong, M., Ruiz, A., Evrard, P., Kuiper, M., Boffa, C., Akhtar, M. Z., … Ploeg, R. (2016). New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology. *Transplant International*, *29*(7), 749–759. https://doi.org/10.1111/tri.12776

Torres, J. C., Maria, A., & Lage, V. (2014). Manifestações Psicológicas De Familiares Com Pacientes Em Morte Encefálica. *Revista de Psicologia*, *4*(1), 38–51.

Wall, S. P., Kaufman, B. J., Gilbert, A. J., Yushkov, Y., Goldstein, M., Rivera, J. E., … Goldfrank, L. R. (2011). Derivation of the uncontrolled donation after circulatory determination of death protocol for New York City. *American Journal of Transplantation*, *11*(7), 1417–1426. https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03582.x

Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Vieira, K. D., Zaclikevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., … Garcia, V. D. (2011). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: Parte III. Recomendações órgãos específicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *23*(4), 410–425. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2011000400005

Yousefi, H., Roshani, A., & Nazari, F. (2014). Experiences of the families concerning organ donation of a family member with brain death.

APÊNDICE 6 – Jornal de Aprendizagem UCI

De acordo com Peixoto & Peixoto (2016) *"O pensamento reflexivo inicia-se com um estado de dúvida, perplexidade e dificuldade, dando origem a um processo mental, seguido de um ato de pesquisa, inquirição, para encontrar matéria que resolva a dúvida e esclareça a perplexidade. Ou seja, é um processo de investigação que tem por objetivo criar uma situação nova, clara, coerente e harmoniosa, em que antes havia dificuldade, perturbação ou obscuridade, a partir de bases sólidas e de uma consideração séria e consecutiva*".

Este exercício tem acelerado o estudo de questões relacionadas com a prática profissional e aprendizagem dos estudantes/enfermeiros, correspondendo às atividades intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem e incentivando o desenvolvimento das teorias cognitivas e afetivas de comportamento moral e ético, desafiando os estudantes/enfermeiros a integrá-los nos seus sistemas de crenças pessoais, como resultado das suas experiências, em vez de absorverem passivamente as *regras* de conduta profissional da profissão (Peixoto & Peixoto, 2016).

Este estágio tem sido rico em situações de aprendizagem dado ser uma área com a qual nunca tinha contato, mas houve uma situação que me marcou, pelo que decidi refletir um pouco sobre ela, elaborando um Jornal de Aprendizagem. De modo a facilitar o processo de reflexão, e como sugerido, foi utilizado o Ciclo Reflexivo de Gibbs, constituído por seis etapas:

- Descrição: O que aconteceu?

- Sentimentos: Em que pensou e o que sentiu?

- Avaliação: O que foi bom e mau na experiência?

- Análise: Que sentido pode retirar da situação?

- Conclusão: O que mais poderia ter sido feito?

- Plano de ação: se acontecer de novo como irá proceder? (Jasper, 2003)

Etapa 1 – Descrição: O que aconteceu?

Durante a realização do Ensino Clínico na UCI de um Centro Hospitalar em Lisboa, tive a oportunidade de acompanhar alguns familiares durante o período de visitas. Na UCI, às famílias/pessoas significativas é realizado o acolhimento por parte da equipa multidisciplinar, sendo entregue um guia de acolhimento com algumas informações.

Existem dois períodos do dia em que é permitida a visita de familiares aos doentes (um no início da tarde e outro ao final da tarde) havendo disponibilidade para outros horários sempre que seja possível. O Enfermeiro tem um papel preponderante nesta relação e organização do serviço para que seja possível.

Num dos turnos realizados, cerca das 00h00, deu entrada na UCI vinda de outra unidade hospitalar, uma doente do sexo feminino de 19 anos, a RJ. Vinha acompanhada por equipa médica, com indicação urgente de ir ao Bloco Operatório por hérnia diafragmática, com intrusão do estômago na cavidade torácica (doente com diagnóstico oncológico recente, que até então tinha sido sempre saudável, com várias intercorrências durante o percurso).

Vinha inquieta, confusa, nervosa, com alguns receios, algo que ainda aumentou quando toda a equipa cirurgia, anestésica e equipa multidisciplinar da UCI se encontrava à sua volta – referia até que lhe íamos “fazer mal”.

Quando questionada acerca da família referiu que não tinham vindo, o que achei estranho no momento visto ser alguém tão novo. Decidiu-se telefonar à mãe, mas no processo vindo da outra unidade hospitalar não estava nenhum contato, tendo-se questionado a RJ se saberia o contato, respondendo que sim. Esta situação ainda a deixou mais nervosa por ter de ser ela a fornecer o contato.

A médica da UCI realizou o contato telefónico com a mãe da RJ explicando a situação e os médicos da cirurgia tiveram também oportunidade de explicar tudo à mesma, tendo de seguida sido permitido à RJ falar com a mãe. Aqui a RJ mostrou-se bastante receosa, dizendo à mãe que não queria ficar ali, que lhe íamos fazer mal e que não queria ser operada. A mãe acalmou-a. A RJ foi para o bloco operatório em poucos minutos, tendo-a eu, juntamente com a enfermeira e médica, acompanhado e mostrando-se nessa altura mais tranquila e confiante. De seguida a médica da UCI

disse-nos que tinha sido dito à mãe da RJ que não valia a pena acompanhar a filha, pois ninguém a iria receber ou falar com ela aquelas horas.

Algum tempo depois a mãe da RJ apareceu com o seu irmão (tio da RJ) na UCI, tendo sido realizado o acolhimento aos mesmos e tendo sido permitido que permanecessem na sala de acolhimento até ao regresso da RJ do bloco operatório.

A RJ regressou à UCI cerca das 5h45 da manhã, já extubada e consciente, encontrando-se calma. Assim que foi questionada se queria a presença dos familiares respondeu prontamente que sim e foi permitido que eles estivessem com ela durante algum tempo. Após isso a RJ conseguiu finalmente descansar.

Etapa 2 – Sentimentos: Em que pensou e o que sentiu?

Na minha realidade profissional (um serviço de urgência) existem alguns pontos em comum com a UCI relativamente à importância da família/pessoa significativa e o papel preponderante que o enfermeiro pode ter nessa situação. No serviço de urgência onde trabalho é permitida a permanência de acompanhante 24h/dia em alguns setores, no SO (serviço observação) durante 8h e sempre que possível em outro horário e na sala de reanimação é, sempre que possível, permitida também uma visita (por mais curta que por vezes possa ser). Os médicos são recetivos a que estas visitas aconteçam e mostram-se disponíveis para prestar informações.

Inicialmente, a situação que relato causou-se estranheza e até alguma indignação pelo fato da família da RJ não a ter acompanhado. Cheguei a questionar-me se não estariam muito interessados no estado de saúde de alguém tão jovem.

Após telefonema para a família e a informação da médica da razão por que não tinham ido, até revoltada me senti – como assim? Quem eram estas pessoas que tinham sido capazes de dizer a esta família para não acompanhar a RJ, tão jovem, confusa, revoltada e cheia de medos? Será que na outra unidade hospitalar não permitem que os familiares sejam informados e possam estar presentes (se possível) a qualquer hora? Foi difícil vê-la ali “desprotegida”, sem saber a quem recorrer ao ponto de achar que nós, nós que estávamos para a ajudar, lhe iriamos fazer mal.

Por fim um sentimento de alívio, “missão cumprida” e até de orgulho, pela forma célere e serena como a equipa multidisciplinar conseguiu contornar, gerir e resolver a situação.

Poder participar no momento em que a família esteve junto da RJ após esta vir do bloco, deixou-me feliz e com a sensação de que com pouco se pode fazer diferente. Como prestadora de cuidados de enfermagem a atravessar um processo de mudança, crescimento e aquisição de competências, considero essencial a inclusão da família em todo o processo terapêutico.

Etapa 3 – Avaliação: O que foi bom e mau na experiência?

Esta situação acabou por ter um desfecho favorável tanto para a família como para a RJ, devido à intervenção da equipa multidisciplinar e da disponibilidade em os acolher independentemente das horas. A mudança no comportamento da RJ foi notória após ter a família presente e isso trouxe bastante benefício na sua maneira de lidar com a situação naquele momento e até na maneira de lidar com os profissionais. Após a presença da família conseguiu descansar e assim melhorar o seu estado hemodinâmico, importante naquela situação.

De aspeto negativo nesta situação posso salientar o fato de terem dito à família para não acompanhar a RJ desenrolando todo um processo mais difícil e deixando-a menos colaborante, desconfiada e confusa, mas que nada teve a ver com qualquer intervenção realizada pela equipa multidisciplinar na UCI.

Etapa 4 – Análise: Que sentido pode retirar da situação?

A Lei n.º 15/2014 de 21 de março, Artigo 20º - Acompanhamento familiar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência refere que: *“As pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada”* (Assembleia da República, 2014).

Ainda na Lei n.º 15/2014 de 21 de março, Artigo 21.º - Condições do acompanhamento é descrito que: *"O acompanhamento familiar permanente é exercido no período do dia ou da noite, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar"* (Assembleia da República, 2014).

Quando se observam as intervenções de enfermagem às famílias em ambientes hospitalares, estas ainda são em número reduzido, principalmente em unidades de cuidados complexos a doentes em estado crítico (Fernandes et al, 2015).

A evidência teórica e prática da participação da família para a saúde e o bem-estar, assim como a influência sobre a doença, estimula e obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como essencial para a prática de cuidados de enfermagem, sendo fundamental a compreensão do impacto da saúde e da doença na família (Fernandes et al., 2015).

A experiência de uma situação limite, associada ao risco de vida, quer pelo doente, quer pela família, é vivida de forma única, pois o doente muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação. A família, por outro lado, na maioria das vezes perceciona de forma muito intensa e emocional todas os momentos e pequenas alterações no estado clínico do seu familiar (Sá et al, 2015).

De forma a poderem ajudar os familiares, é indispensável que os enfermeiros tenham conhecimento das verdadeiras necessidades sentidas pela família. Encontram-se numa posição privilegiada para conhecer profundamente os familiares e para identificar as suas necessidades. É da sua competência minimizar o impacto da rutura desencadeada pela doença e pelo internamento, quer no doente quer na família (Sá et al, 2015).

A UCI tem estabelecido um manual de acolhimento para que sejam asseguradas as informações necessárias e para que sejam respeitados os direitos do doente e família.

O que posso retirar desta situação é que a família/pessoa significativa tem um papel preponderante no percurso do doente, neste caso na Unidade Cuidados Intensivos, sendo que por vezes é mesmo o único elemento que pode fazer a diferença em determinadas situações. A atitude e postura da RJ com os enfermeiros

alterou-se a partir do momento em que a mãe e tio estiveram presentes, facilitando assim todo processo terapêutico, assim como promover o bem-estar da mesma.

Esta intervenção tomada por parte da equipa da UCI, por parte dos enfermeiros chefes e enfermeiro da sala, da qual pude ser parte integrante revelou a humanização de cuidados daquela unidade ao contrário do que tinha sido feito no hospital de origem.

Etapa 5 – Conclusão: O que mais poderia ter sido feito?

Penso que relativamente à equipa multidisciplinar mais nada poderia ter sido feito, pois foram bastantes rápidos a contatar a família e a pô-la em contato com a RJ, bem como a permitir que ela estivesse presente no momento de chegada do bloco operatório.

Talvez da minha parte pudesse ter havido um papel mais ativo, mas na posição estudante da especialidade, num ambiente que não é o meu, achei pertinente não intervir mais numa primeira fase, momento em que estavam várias equipas no serviço a tomar decisões de "*life saving*". De qualquer forma estive sempre presente no papel de observadora (relativamente ao contato com a família) e a tentar estabelecer relação com a RJ, tentando acalmá-la e explicando o que se ia passando.

Após a vinda da RJ do bloco operatório tive oportunidade de receber juntamento com a enfermeira da sala a família e responder a todos as questões, proporcionando (dentro do possível) um ambiente em que pudessem estar mais próximos da RJ, baixando as grades da cama (por exemplo) e acendendo as luzes de presença.

Tanto a RJ como a família ficaram bastante satisfeitos por ter sido possível estarem juntos, tendo ficado mais serenos e menos preocupados, o que acabou por tornar a situação menos desagradável.

Etapa 6 – Plano de ação: se acontecer de novo como irá proceder?

Penso que numa situação futura semelhante me irei sempre lembrar da angústia e desorientação da RJ por não ter a família perto de si.

Tentarei proceder como esta equipa multidisciplinar fez, volto a referir, de forma muito célere e sem complicações, não olhando a horas e local onde nos encontrávamos, mesmo havendo um doente na cama ao lado da RJ (foram fechadas as cortinas existentes entre as duas camas).

A preocupação com o bem-estar da doente e família foi o mais importante naquela situação e tudo foi agilizado para que se assim que a família chegou pudesse ter algum conforto enquanto esperava.

Por vezes, no meu serviço de urgência existem barreiras à entrada dos familiares/pessoa significativa na sala de reanimação. Falta de vontade da equipa, justificações relativamente a estarem outros doentes na sala, por ser de madrugada ou até a resposta "…aqui não são permitidas visitas...". Daqui para a frente sempre que assistir a esta situação tentarei agir de modo a tentar explicar o benefício que a presença da família pode ter para o doente, quer na sua parte emocional bem como de situação de saúde.

Referências Bibliográficas

A. R. Manara, P. G. M. and G. O. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, 108–121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Almeida, A. M. de, Carvalho, E. S. de S., & Cordeiro, G. M. (2015). Cuidado Ao Potencial Doador: Percepções De Uma Equipe De Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem29*, (4), 328. https://doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13641

Arbour, R. (2005). Clinical management of the organ donor. *AACN Clinical Issues*, *16*(4), 551–580. https://doi.org/10.1097/00044067-200510000-00011

Assembleia da República. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, *1.ª série*(Lei n.º 15/2014), 2127–2131.

Azeredo, T. R. M. L. M. N. O. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais*

Vitais, *31*(3), 380. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v31i3p380-399

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*(May), 24–42. Retrieved from http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Dias_Barcelos_M._Patrão_Neves_Doação_de_tecidos_e_órgãos_humanos.pdf

Barros, F., Costa, I., & Amaral, T. (2012). Take care of the potential person donor of organs and tissues -- the purpose of a clinical case. *Nursing: Revista de Formacao Continua Em Enfermagem*, *24*(281), 12–17. Retrieved from https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108133140&site=ehost-live

Batista, M. P. J. (2012). CUIDAR NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS. (Relatório de Estágio).

Benseñor, F. E. M., & Cicarelli, D. D. (2003). Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *53*(5), 680–693. https://doi.org/10.1590/S0034-70942003000500016

Bessa Junior, R. C., & Leão, B. C. (2010). Monitorização do débito cardíaco: vantagens e desvantagens dos métodos disponíveis. *Rev Med Minas Gerais*, *20*(2 Supl 3), S29–S45.

Bianchi, M., Garcia, L., Antonio, M., & Marcos, A. (2015). Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. *Uniciencias*, *12*(2), 174–180.

Canadian Nurses Association. (2008). Position Statement: Advanced Nursing Practice. *Canadian Nurses Association*, (2008), 7–9.

Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Marques Araújo, M. Â., Dos Santos Alves, M. D., & Batista Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *ACTA Paulista de Enfermagem*, *27*(6), 567–572. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092

CNECV. (1995). Retrieved from https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/parecer-sobre-o-criterio-da-morte-10-cnecv-95

Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, *0*(30), 234–251.

De Pádua, A. I., Alvares, F., & Baddini Martinez, J. A. (2003). Insuficiência respiratória. *Medicina*, *36*(2–4), 205–213. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p205-213

Decreto-Lei 553/76 de 13 de Julho do Ministério dos Assuntos Sociais. (1976). Retrieved from http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19762522&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=%27Decreto-Lei%27&v12=553/76&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Diário da República Nº 205 - Série I, 2959–2962.

Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro do Ministério da Saúde. (1994). Retrieved from http://www.dre.pt/pdf1s/1994/09/223A00/57805782.pdf

Decreto de lei nº 12/93 de 22 de Abril. (1993). Retrieved from http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf

Despacho n.º 14341/2013 de 29 Outubro do Ministério da Saúde. (2013). *Diário Da República*, 1–2. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/3313599

DGES. (2013). Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações, 1–115. Retrieved from https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Dias, O. V., Luis, T., Barbosa, D. A., Rocha, F., & Costa, S. D. M. (2013). Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Revista Bioética*, *21*(3), 448–454.

Dicks, S. G., Northam, H., van Haren, F. M. P., & Boer, D. P. (2018). An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Psychology Open*, *5*(1). https://doi.org/10.1177/2055102918782172

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Retrieved from https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx

Diretiva 2004/23/EC de 31 de Março - Parlamento Europeu e o Conselho da União

Europeia. (2004). *Jornal Oficial Da União Europeia*, 48–58.

ERC. (2015). *Suporte Avançado de Vida*.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. Retrieved from http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf

Evans, D. (1995). Brain death: the family in crisis. *Intensive and Critical Care Nursing*, *11*(6), 318–321. https://doi.org/10.1016/S0964-3397(95)80344-0

Farias, I. P., Almeida, T. G., Pereira, C. I. da C., & Vasconcelos, E. L. (2017). Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *11*(9), 3492–3496. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110249p3492-3496-2017

Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(7), 21–30.

Gordon, J. K., & McKinlay, J. (2012). Physiological changes after brain stem death and management of the heart-beating donor. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, *12*(5), 225–229. https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mks026

Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F. D., … Sung, G. (2020). Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *324*(11), 1078–1097. https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586

Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de orgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*(1), 91–97. https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000100014

Hasmucrai, D., Mendes, A. C., Correia, I., Evangelista, T., & de Almeida, A. B. (2010). Pulmonary disease in polymyositis. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, *16*(4), 671–677. https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30061-1

Hill, T. (2013). Caring and technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, *38*(2005), 217–226. https://doi.org/10.3233/978-1-60750-882-3-217

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2014). Operacialização do Programa de Colheita de Órgãos Dadores em Paragem CardioCirculatória.

Lei 12/93. (1994). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/618930

Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto do Ministério da Saúde. (1999). *Diário Da República - I Série-A N.º 201 (28-8-1999)*. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/532449

Lei nº 22/2007 de 29 Junho. (2007), 2450–2465. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/635827

Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *7*, 1–6.

Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, *64*(1–2), 160–164. https://doi.org/10.2152/jmi.64.160

Magalhães, A. L. P., Lanzoni, G. M. de M., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M. de, Silva, E. L. da, & Mello, A. L. S. F. de. (2018). Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *39*, e20170274. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274

Manara, A. R., Murphy, P. G., & Ocallaghan, G. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, *108*(SUPPL. 1), i108–i121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Martins, C. (2019). Transplantes: morrem 6 portugueses por mês à espera de um órgão. *Expresso*.

Matesanz, R. (2010). Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos. *Emergencias (St. Vicenç Dels Horts)*, 68–71.

Mendes, K. D. S., Roza, B. de A., Barbosa, S., Schirmer, J. de F. F., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(4), 945–953. https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027

Ministério da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. Retrieved from https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf

Mota, A. (2004). Transplantaçao renal: uma história de sucesso. *Rev Fac Med Lisboa*. Retrieved from http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/513

Nassar, A. P., Neto, R. C. P., de Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*, *126*(4), 215–219. https://doi.org/10.1590/s1516-31802008000400003

Nekcic, P. (2016). Pulse Contour Cardiac Output (PiCCO) Learning Package. Retrieved from https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/306590/Pulse_Contour_Cardiac_Output_Learning_Package.pdf

Nicely, B., & Delario, G. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, *21*(1), 72–77. https://doi.org/10.7182/prtr.21.1.c7617103jug3466m

OMS. (2008). Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Retrieved from https://www.who.int/transplantation/TxGP 08-sp.pdf

OMS. (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. *World Health Organization*, (November), 1–15. Retrieved from http://www.who.int/transplantation/activities/en/

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição - Investigação em Enfermagem, 1–4.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Vol. 53). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República, 2.ª Série*, *N.º 135*, 19359–19370. Retrieved from

https://dre.pt/application/conteudo/115698617

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(11), 121–132. https://doi.org/10.12707/riv16030

Pereira, C., Pinto, D., Tourinho, F., & Santos, V. (2013). Tecnologias Em Enfermagem E O Impacto Na Prática Assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde - ISSN:2236-1103*, 29–37. https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331

Pinto, A. S., Reis, M. dos, Teixeira, C. L. C., Cardoso Junior, R., & Lino, A. P. B. (2015). Alveolar recruitment: who needs? how? when? *Revista Médica de Minas Gerais*, *25*(Supl 4), 48–55. https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150061

Pires, M., Sousa, M., Julião, I., Montez, A., & Araújo, A. (2014). Doença pulmonar intersticial como primeira manifestação de síndrome anti-sintetase. *Galicia Clínica*, *75*(1), 28. https://doi.org/10.22546/26/501

Pita, F., & Carmona, C. (2004). Morte cerebral: Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Medica Portuguesa*, *17*(1), 70–75.

Portaria 357/2008 de 9 de Maio do Ministério da Saúde. (2008), *2008*, 2513–2515. Retrieved from http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0251302515.pdf

Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (2013). Transplante e doação de órgãos e tecidos a partir de dadores vivos: uma reflexão bioética. *Percursos*.

Pupulim, J. S., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *10*(3), 433–438. https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000300018

Queiroz, R. B., Holanda, M. M. de A., Maia, A. K. H. L., & de Morais, L. C. S. L. (2012). Análise do uso do eletroencefalograma e do índice bispectral na unidade de terapia intensiva. *Revista Neurociencias*, *20*(2), 302–310.

Rech, T. H., & Rodrigues Filho, É. M. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *19*(2), 197–204. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000200010

Sá, F. et al. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, *19*(1), 31–46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *60*(6), 653–658. https://doi.org/10.1590/s0034-70942010000600012

Sesma, A. M., & Ollo, M. Z. (2001). Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enferm Intensiva*, 10–20.

Simões Oliveira, D., de Arimatéia Araújo Filho, J., Fernando Lins Paiva, A., Seigo Ikari, E., Caruso Chate, R., & Higa Nomura, C. (2018). Pneumonias intersticiais idiopáticas: revisão da última classificação da American Thoracic Society/European Respiratory Society. *Radiologia Brasileira*, *51*(5), 321–327. https://doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0134

Smith, M., Dominguez-Gil, B., Greer, D. M., Manara, A. R., & Souter, M. J. (2019). Organ donation after circulatory death: current status and future potential. *Intensive Care Medicine*, *45*(3), 310–321. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05533-0

Syversen, T. B., Sørensen, D. W., Foss, S., & Andersen, M. H. (2018). Donation after circulatory death - an expanded opportunity for donation appreciated by families. *Journal of Critical Care*, *43*, 306–311. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.09.002

Tardelli, M. A. (2002). Monitorização do Bloqueio Neuromuscular, *c*, 1–9.

Taylor, L. J., Buffington, A., Scalea, J. R., Fost, N., Croes, K. D., Mezrich, J. D., & Schwarze, M. L. (2018). Harms of unsuccessful donation after circulatory death: An exploratory study. *American Journal of Transplantation*, *18*(2), 402–409. https://doi.org/10.1111/ajt.14464

Thuong, M., Ruiz, A., Evrard, P., Kuiper, M., Boffa, C., Akhtar, M. Z., … Ploeg, R. (2016). New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology. *Transplant International*, *29*(7), 749–759. https://doi.org/10.1111/tri.12776

Torres, J. C., Maria, A., & Lage, V. (2014). Manifestações Psicológicas De Familiares

Com Pacientes Em Morte Encefálica. *Revista de Psicologia*, *4*(1), 38–51.

Wall, S. P., Kaufman, B. J., Gilbert, A. J., Yushkov, Y., Goldstein, M., Rivera, J. E., … Goldfrank, L. R. (2011). Derivation of the uncontrolled donation after circulatory determination of death protocol for New York City. *American Journal of Transplantation*, *11*(7), 1417–1426. https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03582.x

Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Vieira, K. D., Zaclikevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., … Garcia, V. D. (2011). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: Parte III. Recomendações órgãos específicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *23*(4), 410–425. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2011000400005

Yousefi, H., Roshani, A., & Nazari, F. (2014). Experiences of the families concerning organ donation of a family member with brain death.

APÊNDICE 7 – Objetivos SUG

Objetivos	Atividades	Metas
Desenvolver competências na gestão de cuidados, promovendo a melhoria contínua da qualidade no SUG.	- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; - Refletir acerca das dinâmicas do SUG - Realizar pesquisas baseando a reflexão especializada em evidência científica; - Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na valorização dos cuidados fundamentais à PSC no SUG; - Conhecer a dinâmica organizacional do serviço, respetivos recursos humanos e materiais, normas e protocolos do serviço para uma adequada prestação de cuidados; - Realizar um jornal de aprendizagem;	- Partilha da reflexão das situações com o enfermeiro orientador e professor orientador.
Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC em processo complexo de doença crítica e/ou falência multiorgânica e família/pessoa significativa suportados pelas teorias *Technological Competency as Caring in Nursing* (Locsin) e a *Teoria das*	- Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica; - Garantir um ambiente terapêutico e seguro - Aplicar respostas de enfermagem apropriadas às complicações;	- Integração na equipa de enfermagem e multiprofissional; - Conhecimento dos protocolos e normas do serviço, *guidelines* nacionais e internacionais mais atualizadas;

Necessidades Humanas Básicas (Virgina Henderson)	- Demonstrar conhecimentos na gestão da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor; - Gerir a comunicação com a PSC e família/pessoa significativa, promovendo a relação terapêutica face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; - Acompanhar a gestão/liderança do enfermeiro chefe de equipa, otimizando a resposta da equipa, visando a garantia da qualidade dos cuidados; - Aprofundar conhecimentos participando em cursos/jornadas/congressos que promovam o conhecimento na área.	- Prestação de cuidados de enfermagem especializados que cumpram os protocolos e normas do serviço - Demonstra conhecimentos teóricos, científicos e técnicos baseados em evidência na prestação de cuidados; - Realização do acolhimento à PSC e família identificando as suas necessidades fundamentais atuando face às mesmas; - Prestação cuidados de enfermagem especializados à PSC em colaboração com a equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Justificação construtiva das tomadas de decisão; - Transmissão da informação clínica de forma coerente e lógica durante a transição de cuidados, garantido a continuidade dos cuidados.
Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo da infeção na PSC e/ou falência multiorgânica;	- Percecionar as necessidades relativas à prevenção e controlo de infeção;	- Prestação de cuidados que sigam as normas de controlo da infeção;

	- Identificar os procedimentos e circuitos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em PSC/falência multiorgânica.	- Minimizar as complicações que advêm do processo de infeção, incluindo a transmissão da informação à equipa médica e de enfermagem.
Desenvolver competências de enfermagem no cuidado ao potencial dador de órgãos;	- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; - Realizar pesquisas baseando a reflexão especializada em evidência científica; - Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao potencial dador de órgãos; - Aplicar respostas de enfermagem apropriadas à situação.	- Conhecimento dos protocolos e normas do serviço, *guidelines* nacionais e internacionais mais atualizadas - Prestação de cuidados de enfermagem especializados que cumpram os protocolos e normas do serviço - Demonstração de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos baseados em evidência na prestação de cuidados; - Prestação de cuidados que sigam as normas no potencial dador de órgãos; - Partilha da reflexão das situações com o enfermeiro orientador e professor orientador.

APÊNDICE 8 – Jornal de Aprendizagem SUG

De acordo com Peixoto & Peixoto (2016) *"O pensamento reflexivo inicia-se com um estado de dúvida, perplexidade e dificuldade, dando origem a um processo mental, seguido de um ato de pesquisa, inquirição, para encontrar matéria que resolva a dúvida e esclareça a perplexidade. Ou seja, é um processo de investigação que tem por objetivo criar uma situação nova, clara, coerente e harmoniosa, em que antes havia dificuldade, perturbação ou obscuridade, a partir de bases sólidas e de uma consideração séria e consecutiva*".

Este exercício tem acelerado o estudo de questões relacionadas com a prática profissional e aprendizagem dos estudantes/enfermeiros, correspondendo às atividades intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem e incentivando o desenvolvimento das teorias cognitivas e afetivas de comportamento moral e ético, desafiando os estudantes/enfermeiros a integrá-los nos seus sistemas de crenças pessoais, como resultado das suas experiências, em vez de absorverem passivamente as *regras* de conduta profissional da profissão (Peixoto & Peixoto, 2016).

Neste estágio as situações de reflexão têm sido várias dado ser a área com a qual contato diariamente (trabalho num Serviço de Urgência – SU), pelo que elaborei o Jornal de Aprendizagem tendo em conta uma questão de dinâmica do serviço. De modo a facilitar o processo de reflexão, e como sugerido, foi utilizado o Ciclo Reflexivo de Gibbs, constituído por seis etapas:

- Descrição: O que aconteceu?

- Sentimentos: Em que pensou e o que sentiu?

- Avaliação: O que foi bom e mau na experiência?

- Análise: Que sentido pode retirar da situação?

- Conclusão: O que mais poderia ter sido feito?

- Plano de ação: se acontecer de novo como irá proceder? (Jasper, 2003)

Etapa 1 – Descrição: O que aconteceu?

Por diversas vezes nos media e redes sociais somos invadidos por textos, discussões e imagens relativas à extrema afluência (e por vezes até sobrelotação) dos SU's do nosso país. A escassez a nível de recursos humanos, materiais e espaço físico é posta à prova diariamente de modo a dar resposta a uma enorme variedade de situações clínicas desde a mais "básica" à mais complexa. Acresce ainda a agitação inerente a este espaço, onde se encontram simultaneamente profissionais de saúde (e todos os outros profissionais indispensáveis ao funcionamento do serviço), doentes e famílias, não esquecendo que estes doentes se encontram vulneráveis (muitas vezes em maca durante um longo período de tempo).

O SU do hospital onde decorre este estágio tem esta mesma realidade tentando-se, nestas condições, prestar cuidados de qualidade dando a melhor resposta possível a todas as situações, mas muitas vezes estando longe do que por nós é projetado e desejado.

Um dos maiores problemas é, aliado à falta de recursos humanos, a escassez de espaço físico e todos os constrangimentos a isso associados tendo em conta o volume de procura do SU. É assim inevitável a problemática da humanização dos cuidados e privacidade dos doentes, pois muitas vezes a proximidade física entre eles é grande.

Existe neste SU um balcão de macas claramente insuficiente para a afluência de doentes que necessitam de estar deitados, ficando muitas vezes as macas encostadas entre elas. Quando internados (com as salas de observação já cheias) os doentes são transferidos para o corredor ficando também aqui as macas bastantes próximas.

Durante os turnos na a prestação de cuidados, a privacidade fica algumas vezes comprometida, realizada como se de "um jogo de tetris" se trata-se, recorrendo a cortinas (mas para isso tem de se empurrar uma e outra maca) ou biombos, ou não havendo nenhum dos dois, recorrendo à criatividade do enfermeiro.

Outro aspeto da privacidade será a passagem de turnos dos enfermeiros, que é realizada perante todos os doentes que ouvem informações de todos, bem como quando são dadas informações à família no balcão de macas ou corredor.

Etapa 2 – Sentimentos: Em que pensou e o que sentiu?

Na minha realidade profissional (um serviço de urgência) existem muitos pontos em comum com o SU em que me encontro a estagiar. A falta de espaço físico é uma problemática com a qual nos deparamos diariamente, tal como a falta de recursos para podermos proporcionar a privacidade dos doentes em todos os momentos.

A primeira impressão que tive foi a semelhança das situações com as quais temos de lidar. Será possível que seja assim em todos os locais?

Após vários turnos, uns com maior afluência que outros, vários sentimentos foram surgindo…Revolta! Frustração! Incapacidade! Porque estes sentimentos? Porque na maioria das situações esta falta de humanização dos cuidados deve-se às circunstâncias que temos para trabalhar e não com o que queremos fazer. Por muito que queiramos que a prestação de cuidados seja diferente, em muitas situações não depende apenas de nós enfermeiros.

De qualquer forma, no final de cada turno, surge o sentimento de "missão cumprida", pois apesar das condicionantes, são prestados cuidados de qualidade (poderiam ser ainda melhores se com as condições certas? sim!), em que se tenta preservar a intimidade, privacidade e individualidade do doente.

Etapa 3 – Avaliação: O que foi bom e mau na experiência?

O que saliento de bom nesta situação é toda a entreajuda e espírito de equipa que existe no SU para que as condicionantes existentes não prejudiquem a prestação de cuidados aos doentes. É a cultura do serviço, como os próprios enfermeiros do mesmo refere. De salientar ainda como aspeto positivo todos os esforços e "rasgos de criatividade" utilizados pelos enfermeiros.

Infelizmente de negativo haveria muitos pontos a salientar tendo em conta a privacidade dos doentes, mas realço o facto de as macas ficarem muitas vezes encostadas umas às outras, não havendo oportunidade para que o doente tenha o seu espaço sentindo a sua privacidade invadida, apesar de se encontrar vestido e tapado, mas vulnerável dada a situação. O SU pode tornar-se um serviço despersonalizado, caótico em que os doentes se sentem desprotegidos.

Etapa 4 – Análise: Que sentido pode retirar da situação?

Os enfermeiros invadem constantemente a intimidade e a privacidade dos doentes na prestação de cuidados, mas muitas vezes estes aspetos não são discutidos. Os aspetos éticos e morais são aqui postos em causa apontando a responsabilidade aos enfermeiros (Pupulim & Sawada, 2002).

A Carta dos Direitos do Doente Internado (Ministério da Saúde, 2005) é bastante objetiva na questão da privacidade dos doentes, inclusive dos que se encontram no SU:

"Embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer".

É referido também que não é admissível, que os doentes permanecem em macas durante o internamento, a menos que num período inferior a 24h (Ministério da Saúde, 2005). Esta situação verifica-se muitas vezes no SU, onde os doentes internados ficam em maca mais que 24h, a aguardar uma vaga num serviço.

A privacidade e a intimidade do doente deverão ser sempre asseguradas e todas as informações relativas ao doente são confidenciais. É importante não esquecer que a intimidade do doente deve ser preservada durante todos os momentos da prestação de cuidados, que inclui "*os cuidados de higiene, as consultas, as visitas médicas, o ensino, os tratamentos pré e pós operatórios, radiografias, o transporte em maca"* (Ministério da Saúde, 2005).

Relativamente às passagens de turno e outros momentos em que se possa "discutir" o caso de determinado doente, é de elevada importância manter sigilo relativamente às informações do doente, preservando a sua privacidade, tendo em conta questões de ética e moral, com como todos os aspetos relativos à humanização de cuidados (Dias, Luis, Barbosa, Rocha, & Costa, 2013 p.449).

O que posso retirar desta situação é a complexidade da situação e de toda a reflexão que ela exige. É necessário proporcionar ao doente os melhores cuidados, utilizando e partilhando informação acerca do mesmo, num curto espaço de tempo, mas salvaguardando sempre a privacidade e intimidade do mesmo. É necessário

promover a consciencialização para a grande necessidade da humanização de cuidados.

A equipa de enfermagem deste SU onde me encontro a estagiar, apesar da elevada afluência de doentes em maca, tenta sempre que possível promover a privacidade dos doentes prestando cuidados de qualidade. Existindo uma parte da equipa bastante jovem é também da responsabilidade dos mais antigos do serviço, passar-lhes esta preocupação.

Etapa 5 – Conclusão: O que mais poderia ter sido feito?

Relativamente à prestação de cuidados dos doentes em macas, todos os cuidados possíveis estão a ser tomados pela equipa de enfermagem, para que a sua privacidade e intimidade seja preservada. Enquanto estudante de especialidade tentei sempre incidir na humanização dos cuidados, promovendo o fecho das cortinas e utilização dos biombos. Nas salas de emergência, tentei também que as portas estivessem fechadas na altura de vestir/despir, cuidados de higiene, transmissão de informação (entre outros). Sempre que possível tentei também alertar e promover a consciencialização para esta problemática.

Penso que relativamente à transmissão de informação podem haver algumas melhorias. A passagem de turno deveria ser realizada em espaço próprio em que as informações de cada doente não fossem ouvidas por todos os outros doentes, tal como as informações transmitidas às famílias, que também são muitas vezes “no meio do corredor” ou em qualquer espaço disponível no momento (mesmo que seja ao pé da maca de outros doente). Confesso que relativamente a este problema, enquanto estudante não pude ter muita intervenção, pois este deve-se maioritariamente à organização do espaço físico e que poderá ter solução em breve, pois estão a haver obras no SU e os espaço serão aumentados e alterados.

Etapa 6 – Plano de ação: se acontecer de novo como irá proceder?

Penso que em situações futuras semelhantes (e que infelizmente continuarão a acontecer) me irei sempre apoiar na reflexão que me foi possível fazer ao longo deste ensino clínico.

Consciencializar para a humanização de cuidados principalmente junto dos elementos da equipa mais recentes e promover o trabalho em equipa para em conjunto delinear estratégias. Incluir outros grupos profissionais nesta “missão” é também uma intervenção muito importante a desempenhar pelo enfermeiro.

A preocupação com o bem-estar, privacidade e intimidade do doente é o mais importante e tudo deverá ser agilizado para que o doente não seja exposto de qualquer forma.

Referências Bibliográficas

A. R. Manara, P. G. M. and G. O. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, 108–121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Almeida, A. M. de, Carvalho, E. S. de S., & Cordeiro, G. M. (2015). Cuidado Ao Potencial Doador: Percepções De Uma Equipe De Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem29*, (4), 328. https://doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13641

Arbour, R. (2005). Clinical management of the organ donor. *AACN Clinical Issues*, *16*(4), 551–580. https://doi.org/10.1097/00044067-200510000-00011

Assembleia da República. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, *1.ª série*(Lei n.º 15/2014), 2127–2131.

Azeredo, T. R. M. L. M. N. O. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*, *31*(3), 380. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v31i3p380-399

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*(May), 24–42. Retrieved from http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Dias_Barcelos_M._Patrão_Neves_Doação_de_tecidos_e_órgãos_humanos.pdf

Barros, F., Costa, I., & Amaral, T. (2012). Take care of the potential person donor of organs and tissues -- the purpose of a clinical case. *Nursing: Revista de Formacao Continua Em Enfermagem*, *24*(281), 12–17. Retrieved from https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108133140

&site=ehost-live

Batista, M. P. J. (2012). CUIDAR NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS. (Relatório de Estágio).

Benseñor, F. E. M., & Cicarelli, D. D. (2003). Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *53*(5), 680–693. https://doi.org/10.1590/S0034-70942003000500016

Bessa Junior, R. C., & Leão, B. C. (2010). Monitorização do débito cardíaco: vantagens e desvantagens dos métodos disponíveis. *Rev Med Minas Gerais*, *20*(2 Supl 3), S29–S45.

Bianchi, M., Garcia, L., Antonio, M., & Marcos, A. (2015). Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. *Uniciencias*, *12*(2), 174–180.

Canadian Nurses Association. (2008). Position Statement: Advanced Nursing Practice. *Canadian Nurses Association*, (2008), 7–9.

Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Marques Araújo, M. Â., Dos Santos Alves, M. D., & Batista Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *ACTA Paulista de Enfermagem*, *27*(6), 567–572. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092

CNECV. (1995). Retrieved from https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/parecer-sobre-o-criterio-da-morte-10-cnecv-95

Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, *0*(30), 234–251.

De Pádua, A. I., Alvares, F., & Baddini Martinez, J. A. (2003). Insuficiência respiratória. *Medicina*, *36*(2–4), 205–213. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p205-213

Decreto-Lei 553/76 de 13 de Julho do Ministério dos Assuntos Sociais. (1976). Retrieved from http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19762522&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=%27Decreto-Lei%27&v12=553/76&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Diário da República Nº 205 - Série I, 2959–2962.

Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro do Ministério da Saúde. (1994). Retrieved from http://www.dre.pt/pdf1s/1994/09/223A00/57805782.pdf

Decreto de lei nº 12/93 de 22 de Abril. (1993). Retrieved from http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf

Despacho n.º 14341/2013 de 29 Outubro do Ministério da Saúde. (2013). *Diário Da República*, 1–2. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/3313599

DGES. (2013). Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações, 1–115. Retrieved from https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Dias, O. V., Luis, T., Barbosa, D. A., Rocha, F., & Costa, S. D. M. (2013). Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Revista Bioética*, *21*(3), 448–454.

Dicks, S. G., Northam, H., van Haren, F. M. P., & Boer, D. P. (2018). An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Psychology Open*, *5*(1). https://doi.org/10.1177/2055102918782172

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Retrieved from https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx

Diretiva 2004/23/EC de 31 de Março - Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia. (2004). *Jornal Oficial Da União Europeia*, 48–58.

ERC. (2015). *Suporte Avançado de Vida*.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. Retrieved from http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf

Evans, D. (1995). Brain death: the family in crisis. *Intensive and Critical Care Nursing*, *11*(6), 318–321. https://doi.org/10.1016/S0964-3397(95)80344-0

Farias, I. P., Almeida, T. G., Pereira, C. I. da C., & Vasconcelos, E. L. (2017). Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *11*(9), 3492–3496. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110249p3492-3496-2017

Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(7), 21–30.

Gordon, J. K., & McKinlay, J. (2012). Physiological changes after brain stem death and management of the heart-beating donor. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, *12*(5), 225–229. https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mks026

Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F. D., … Sung, G. (2020). Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *324*(11), 1078–1097. https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586

Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de orgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*(1), 91–97. https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000100014

Hasmucrai, D., Mendes, A. C., Correia, I., Evangelista, T., & de Almeida, A. B. (2010). Pulmonary disease in polymyositis. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, *16*(4), 671–677. https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30061-1

Hill, T. (2013). Caring and technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, *38*(2005), 217–226. https://doi.org/10.3233/978-1-60750-882-3-217

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2014). Operacialização do Programa de Colheita de Órgãos Dadores em Paragem CardioCirculatória.

Lei 12/93. (1994). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/618930

Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto do Ministério da Saúde. (1999). *Diário Da República - I Série-A N.º 201 (28-8-1999)*. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/532449

Lei nº 22/2007 de 29 Junho. (2007), 2450–2465. Retrieved from

https://dre.pt/application/conteudo/635827

Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *7*, 1–6.

Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, *64*(1–2), 160–164. https://doi.org/10.2152/jmi.64.160

Magalhães, A. L. P., Lanzoni, G. M. de M., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M. de, Silva, E. L. da, & Mello, A. L. S. F. de. (2018). Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *39*, e20170274. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274

Manara, A. R., Murphy, P. G., & Ocallaghan, G. (2012). Donation after circulatory death. *British Journal of Anaesthesia*, *108*(SUPPL. 1), i108–i121. https://doi.org/10.1093/bja/aer357

Martins, C. (2019). Transplantes: morrem 6 portugueses por mês à espera de um órgão. *Expresso*.

Matesanz, R. (2010). Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos. *Emergencias (St. Vicenç Dels Horts)*, 68–71.

Mendes, K. D. S., Roza, B. de A., Barbosa, S., Schirmer, J. de F. F., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(4), 945–953. https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027

Ministério da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. Retrieved from https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf

Mota, A. (2004). Transplantaçao renal: uma história de sucesso. *Rev Fac Med Lisboa*. Retrieved from http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/513

Nassar, A. P., Neto, R. C. P., de Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*, *126*(4), 215–219. https://doi.org/10.1590/s1516-31802008000400003

Nekcic, P. (2016). Pulse Contour Cardiac Output (PiCCO) Learning Package. Retrieved from https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/306590/Pulse_Contour_Cardiac_Output_Learning_Package.pdf

Nicely, B., & Delario, G. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, *21*(1), 72–77. https://doi.org/10.7182/prtr.21.1.c7617103jug3466m

OMS. (2008). Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Retrieved from https://www.who.int/transplantation/TxGP 08-sp.pdf

OMS. (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. *World Health Organization*, (November), 1–15. Retrieved from http://www.who.int/transplantation/activities/en/

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição - Investigação em Enfermagem, 1–4.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Vol. 53). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República, 2.ª Série*, *N.º 135*, 19359–19370. Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/115698617

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(11), 121–132. https://doi.org/10.12707/riv16030

Pereira, C., Pinto, D., Tourinho, F., & Santos, V. (2013). Tecnologias Em Enfermagem E O Impacto Na Prática Assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde - ISSN:2236-1103*, 29–37. https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331

Pinto, A. S., Reis, M. dos, Teixeira, C. L. C., Cardoso Junior, R., & Lino, A. P. B.

(2015). Alveolar recruitment: who needs? how? when? *Revista Médica de Minas Gerais*, *25*(Supl 4), 48–55. https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150061

Pires, M., Sousa, M., Julião, I., Montez, A., & Araújo, A. (2014). Doença pulmonar intersticial como primeira manifestação de síndrome anti-sintetase. *Galicia Clínica*, *75*(1), 28. https://doi.org/10.22546/26/501

Pita, F., & Carmona, C. (2004). Morte cerebral: Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Medica Portuguesa*, *17*(1), 70–75.

Portaria 357/2008 de 9 de Maio do Ministério da Saúde. (2008), *2008*, 2513–2515. Retrieved from http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0251302515.pdf

Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (2013). Transplante e doação de órgãos e tecidos a partir de dadores vivos: uma reflexão bioética. *Percursos*.

Pupulim, J. S., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *10*(3), 433–438. https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000300018

Queiroz, R. B., Holanda, M. M. de A., Maia, A. K. H. L., & de Morais, L. C. S. L. (2012). Análise do uso do eletroencefalograma e do índice bispectral na unidade de terapia intensiva. *Revista Neurociencias*, *20*(2), 302–310.

Rech, T. H., & Rodrigues Filho, É. M. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *19*(2), 197–204. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000200010

Sá, F. et al. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, *19*(1), 31–46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *60*(6), 653–658. https://doi.org/10.1590/s0034-70942010000600012

Sesma, A. M., & Ollo, M. Z. (2001). Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enferm Intensiva*, 10–20.

Simões Oliveira, D., de Arimatéia Araújo Filho, J., Fernando Lins Paiva, A., Seigo Ikari, E., Caruso Chate, R., & Higa Nomura, C. (2018). Pneumonias intersticiais idiopáticas: revisão da última classificação da American Thoracic Society/European Respiratory Society. *Radiologia Brasileira*, *51*(5), 321–327. https://doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0134

Smith, M., Dominguez-Gil, B., Greer, D. M., Manara, A. R., & Souter, M. J. (2019). Organ donation after circulatory death: current status and future potential. *Intensive Care Medicine*, *45*(3), 310–321. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05533-0

Syversen, T. B., Sørensen, D. W., Foss, S., & Andersen, M. H. (2018). Donation after circulatory death - an expanded opportunity for donation appreciated by families. *Journal of Critical Care*, *43*, 306–311. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.09.002

Tardelli, M. A. (2002). Monitorização do Bloqueio Neuromuscular, *c*, 1–9.

Taylor, L. J., Buffington, A., Scalea, J. R., Fost, N., Croes, K. D., Mezrich, J. D., & Schwarze, M. L. (2018). Harms of unsuccessful donation after circulatory death: An exploratory study. *American Journal of Transplantation*, *18*(2), 402–409. https://doi.org/10.1111/ajt.14464

Thuong, M., Ruiz, A., Evrard, P., Kuiper, M., Boffa, C., Akhtar, M. Z., … Ploeg, R. (2016). New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology. *Transplant International*, *29*(7), 749–759. https://doi.org/10.1111/tri.12776

Torres, J. C., Maria, A., & Lage, V. (2014). Manifestações Psicológicas De Familiares Com Pacientes Em Morte Encefálica. *Revista de Psicologia*, *4*(1), 38–51.

Wall, S. P., Kaufman, B. J., Gilbert, A. J., Yushkov, Y., Goldstein, M., Rivera, J. E., … Goldfrank, L. R. (2011). Derivation of the uncontrolled donation after circulatory determination of death protocol for New York City. *American Journal of Transplantation*, *11*(7), 1417–1426. https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03582.x

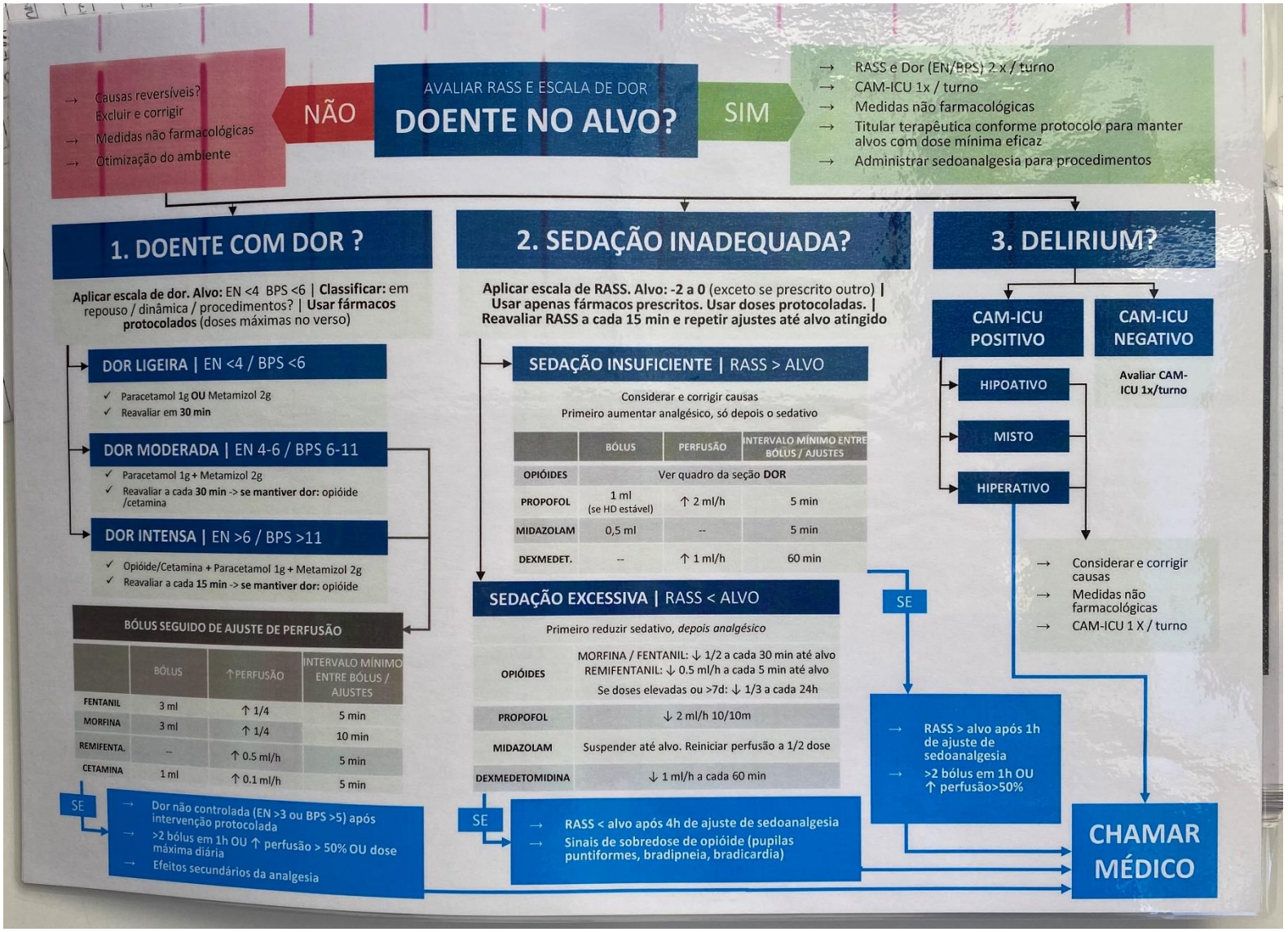
Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Vieira, K. D., Zaclikevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., … Garcia, V. D. (2011). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: Parte III. Recomendações órgãos

específicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *23*(4), 410–425. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2011000400005

Yousefi, H., Roshani, A., & Nazari, F. (2014). Experiences of the families concerning organ donation of a family member with brain death.

ANEXOS

ANEXO 1 - Protocolo Sedoanalgesia UCI


AVALIAR RASS E ESCALA DE DOR
DOENTE NO ALVO?
NÃO
→ Causas reversíveis? Excluir e corrigir
→ Medidas não farmacológicas
→ Otimização do ambiente
SIM
→ RASS e Dor (EN/BPS) 2 x / turno
→ CAM-ICU 1x / turno
→ Medidas não farmacológicas
→ Titular terapêutica conforme protocolo para manter alvos com dose mínima eficaz
→ Administrar sedoanalgesia para procedimentos
1. DOENTE COM DOR ?
Aplicar escala de dor. Alvo: EN <4 BPS <6 | Classificar: em repouso / dinâmica / procedimentos? | Usar fármacos protocolados (doses máximas no verso)
DOR LIGEIRA | EN <4 / BPS <6
✓ Paracetamol 1g OU Metamizol 2g
✓ Reavaliar em 30 min
DOR MODERADA | EN 4-6 / BPS 6-11
✓ Paracetamol 1g + Metamizol 2g
✓ Reavaliar a cada 30 min -> se mantiver dor: opióide /cetamina
DOR INTENSA | EN >6 / BPS >11
✓ Opióide/Cetamina + Paracetamol 1g + Metamizol 2g
✓ Reavaliar a cada 15 min -> se mantiver dor: opióide
BÓLUS SEGUIDO DE AJUSTE DE PERFUSÃO
BÓLUS | ↑PERFUSÃO | INTERVALO MÍNIMO ENTRE BÓLUS / AJUSTES
FENTANIL | 3 ml | ↑ 1/4 | 5 min
MORFINA | 3 ml | ↑ 1/4 | 10 min
REMIFENTA. | -- | ↑ 0.5 ml/h | 5 min
CETAMINA | 1 ml | ↑ 0.1 ml/h | 5 min
SE
→ Dor não controlada (EN >3 ou BPS >5) após intervenção protocolada
→ >2 bólus em 1h OU ↑ perfusão > 50% OU dose máxima diária
→ Efeitos secundários da analgesia
2. SEDAÇÃO INADEQUADA?
Aplicar escala de RASS. Alvo: -2 a 0 (exceto se prescrito outro) | Usar apenas fármacos prescritos. Usar doses protocoladas. | Reavaliar RASS a cada 15 min e repetir ajustes até alvo atingido
SEDAÇÃO INSUFICIENTE | RASS > ALVO
Considerar e corrigir causas
Primeiro aumentar analgésico, só depois o sedativo
BÓLUS | PERFUSÃO | INTERVALO MÍNIMO ENTRE BÓLUS / AJUSTES
OPIÓIDES | Ver quadro da seção DOR
PROPOFOL | 1 ml (se HD estável) | ↑ 2 ml/h | 5 min
MIDAZOLAM | 0,5 ml | -- | 5 min
DEXMEDET. | -- | ↑ 1 ml/h | 60 min
SEDAÇÃO EXCESSIVA | RASS < ALVO
Primeiro reduzir sedativo, depois analgésico
OPIÓIDES | MORFINA / FENTANIL: ↓ 1/2 a cada 30 min até alvo
REMIFENTANIL: ↓ 0.5 ml/h a cada 5 min até alvo
Se doses elevadas ou >7d: ↓ 1/3 a cada 24h
PROPOFOL | ↓ 2 ml/h 10/10m
MIDAZOLAM | Suspender até alvo. Reiniciar perfusão a 1/2 dose
DEXMEDETOMIDINA | ↓ 1 ml/h a cada 60 min
SE
→ RASS < alvo após 4h de ajuste de sedoanalgesia
→ Sinais de sobredose de opióide (pupilas puntiformes, bradipneia, bradicardia)
SE
→ RASS > alvo após 1h de ajuste de sedoanalgesia
→ >2 bólus em 1h OU ↑ perfusão>50%
3. DELIRIUM?
CAM-ICU POSITIVO
CAM-ICU NEGATIVO
Avaliar CAM-ICU 1x/turno
HIPOATIVO
MISTO
HIPERATIVO
→ Considerar e corrigir causas
→ Medidas não farmacológicas
→ CAM-ICU 1 X / turno
CHAMAR MÉDICO

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO E REGISTOS

O protocolo assenta em escalas de avaliação da dor, sedação e delirium e apenas é aplicável quando prescrito. O protocolo inicia-se sempre pela analgesia.

Controlo da dor é feito com os analgésicos protocolados mesmo que não estejam prescritos, exceto se explicitado o contrário na folha terapêutica.

A **sedação** é titulada usando os fármacos prescritos na folha terapêutica. Os bólus ou ajustes da perfusão desses fármacos é feito segundo protocolo, exceto se explicitado o contrário na folha terapêutica.

FOLHA TERAPÊUTICA-> prescrição não medicamentosa

- protocolo aplicável / não aplicável
- alvo de RASS / BIS
- alterações à doses protocoladas
- peso estimado
- alergias.

REGISTOS DE ENFERMAGEM:

- 2x/turno: Avaliação da dor (EN / BPS) e escala de RASS
- 1x/turno: Avaliação de delirium (CAM-ICU)
- registo das intervenções farmacológicas (bólus, alteração perfusão) e das intervenções não farmacológicas

Medidas não farmacológicas

- Aplicação frio/calor; distração; posicionamento / alinhamento / imobilização
- Mobilização/levante precoce
- Presença da família / pessoas significativas; suporte emocional/ espiritual
- Gestão do ambiente: ruído, luminosidade, temperatura
- Orientação espaço-temporal e estimulação cognitiva
- Evitar contenção física
- Providenciar próteses visuais e auditivas
- Explicação de procedimentos a realizar; manter contacto visual
- Otimização do sono: redução do ruído e luz, evitar procedimentos noturnos, posição de conforto, desencorajar o sono diurno.

Causas reversíveis de agitação

- dessincronia ventilatória
- hipoxémia / hipercápnia
- febre
- dor
- encefalopatia hepática
- urémia
- desequilíbrios iónicos
- globo vesical
- síndrome de privação de álcool ou de benzodiazepinas
- delirium hiperativo

DILUIÇÕES

Fentanil	0.5 mg / 50 ml = 10 mcg/ml
Morfina	50 mg / 50 ml = 1 mg/ml 10 mg / 10 ml = 1 mg/ml
Remifentanil	2 mg / 40 ml = 50 mcg/ml
Cetamina	500 mg / 50 ml = 10 mg/ml 200 mg / 20 ml = 10 mg/ml
Propofol	1000 mg/ 50 ml = 20 mg/ml
Midazolam	150 mg / 50 ml = 3 mg/ml
Dexmedetomidina	400 mcg / 50 ml = 8 mcg/ml

DOSES MÁXIMAS

Cetamina	Bólus 0.5 mg/ kg Perfusão 0.3 mg/kg/h
Propofol	3 mg/kg/h (~ 10 ml/h se 70 kg)
Dexmedetom	1.5 mcg/kg/h (~ 13 ml/h se 70 kg)
Paracetamol	4000 mg/d Mínimo 6h entre tomas ev/po
Metamizol magnésico	4000 mg/d Mínimo 12h entre tomas ev

ANEXO 2 - Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Payen et al., 2001

Appendix A. Behavioural Pain Scale Tool

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g. brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g. eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing with movement	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

Reproduced from Payen et al. (2001) with kind permission from Lippincott, Williams and Wilkins.

ANEXO 3 – Programa Congresso Internacional Doente Crítico 2019

Workshops

Ecografia em Urgência e Emergência:
23/10 - das 9h às 17h – IPS/ESS - Sala B1.07

Ventilação Não Invasiva:
23/10 - das 9h às 13h - IPS/ESS - Sala B1.04

Ventilação Mecânica Invasiva:
23/10 - das 9h às 13h - IPS/ESS - Sala B1.05

Via Aérea para Enfermeiros:
23/10 - das 13h às 15h - IPS/ESS - Sala B1.04

Técnicas de Trauma:
23/10 das 14h às 16h - IPS/ESS - Sala B1.05

Alto Fluxo:
23/10 das 15h às 17h - IPS/ESS - Sala B1.04

Apoios

INTERSURGICAL

maisquecuidar.com · SETÚBAL · clinifar · Lusodidacta · Dräger · VYGON Value Life · DELTA CAFÉS · ATSDC · Linde · IEM · IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde · ocean medical

Comissão Científica

Cláudia Alfarrobinha, Carlos Ferreira, Catarina Branco, Katherine Santos, Paulo Monteiro, Pedro Caldeira, Pedro Vasconcelos, Sónia Sousa

Comissão Organizadora

André Pais-Martins, Casimiro Correia, Diana Curto, Dulce Gonçalves, Ilda Lourenço, Isabel Pão-Alvo João Raimundo, Mónica Trindade, Rita Mateus, Rui Félix

SEJA SÓCIO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

www.apenfermeiros.pt

Organização

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS
Contribuinte : 501313818
Estrada do Paço do Lumiar,
lote R1, lojas A e B - Bairro da Horta Nova
1600-543 Lisboa, Portugal
www.apenfermeiros.pt

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019

Instituto Politécnico de Setúbal

24 -25 Outubro

Partilhe o seu trabalho em poster ou comunicação livre regulamento em www.apenfermeiros.pt

- Mesa Abertura | 24'out | 09:00 – 09:30

Representante da OE - Presidente do Conselho Directivo da Secção Regional do Sul | Enfº Sérgio Branco

Representante da CM Setúbal - Vereador do Departamento de Educação e Saúde (DES) | Dr. Ricardo Oliveira

Representante do IPS - Vice-Presidente do Conselho Científico e Coordenadora da Licenciatura em Enfermagem | Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

Representante da Comissão Cientifica DC'19 | Enfº Especialista Pedro Vasconcelos

Representante da APE - Vice-Presidente | Enfª Dulce Gonçalves

- Mesa 1 | 24'out | 09:30 – 10:30
- Catástrofe e Intervenção Humanitária

Moderador | Enf. Luís Gonçalves, Força Aérea Portuguesa

Triagem em Mass Casualty Incidents | Enf. João Lourenço (Instrutor do International Trauma Life Support) | Dr. André Simões (Capitão-Médico GNR; VMER Médio Tejo e Heli 3)

O Papel do Enfermeiro na Intervenção Humanitária | Enfª Cátia Paiva (Médicos do Mundo)

- 10:30 – 11:00 | Coffee-Break

- Mesa 2 | 24'out | 11:00 – 12:30
- Via Verde PCR e Dador de Coração Parado

Moderador | Enf. Fernando Rodrigues, Director do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

E-CPR | Enf.ª Cristina José (Unidade Urgência Médica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central)

Manutenção do Dador | Enf. Hugo Marques (Serviço Urgência, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto)

Identificação do Dador | Enf.ª Vanda Palmeiro (Instituto Português do Sangue e Transplantação)

- 12:30 – 13:00 | Apresentação de Comunicações Livres

- Mesa 3 | 24'out | 14:00 – 15:30
- Criança em Situação Crítica

Moderador | Enf. Cláudia Alfarrobinha, Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal

O Transporte da Criança em Situação Crítica
- O transporte Inter-Hospitalar Pediátrico
- O Transporte Intra-Hospitalar | Drª. Cristina Camilo (UCIPED, CHLN) | Enf. Rui Pereira (Enfermeiro, Hospital Espírito Santo de Évora, VMER e Serviço de Urgência pediátrica)

Cetoacidose Diabética | Drª Susana Parente (Pediatria, Hospital São Bernardo, Setúbal)

- 15:30 – 16:00 | Coffee-Break | Apresentação de Pósteres

- Mesa 4 | 24'out | 16:00– 17:30
- Serviço de Urgência: O Caos Organizado ?

Moderador | Enf.ª Sónia Sousa, Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Setúbal

O Papel da Triagem de Manchester | Dr. Luís Cuña (Coordenador Médico do Atendimento Permanente, Hospital CUF Descobertas)

A visão do Enfermeiro da prática | Enf. Miguel Pinto Pedrosa (Serviço de Urgência, Hospital Espírito Santo de Évora)

Telessaúde | Enf. João Oliveira (TELESSAÚDE)

Unidade de Hospitalização Domiciliária | Enf. Filipe Dias (Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta)

- Mesa 5 | 25'out | 09:00 – 10:30
- Update em Cuidados Críticos

Moderador | Enf.ª Ilda Lourenço, Grupo de Coordenação Local PPCIRA, HSJ, Centro Hospitalar Lisboa Central

Sépsis – Novas Bundles | Dr.ª Ana Sofia Coelho (Directora do Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo, Loures)

Via Verde de Trauma num Hospital Central | Enf. José António Silva (Serviço de Urgência, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto)

Cuidados Pós-Reanimação | Dr.ª Mónica Anselmo (Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Fernando Fonseca, Amadora)

- 10:30 – 11:00 | Coffee-Break

- Mesa 6 | 25'out | 11:00 – 12:30
- O Enfermeiro no Pré-Hospitalar

Moderador | Enf. Pedro Caldeira, VMER Cascais

Barcelona: Código Trauma | Dr. Agustí Ruiz (Director Gerente do IEM, Coordenador do Grupo do SVA em Trauma do CCR e Director do Mestrado em Assistência Integral em Urgências e Emergências)

Açores: E quando não é para reanimar? | Enf. Luís Viegas (Serviço de Urgência, Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Unidade de Evacuações Aéreas e SIV Terceira)

Eslovénia: O Enfermeiro no Sistema de Emergência Esloveno | Enf. Anton Posavec (Enfermeiro, Slovenian Emergency Service)

O Enfermeiro na Triagem e Aconselhamento na Linha 112 | Enf. Ismael Abreu (Serviço Regional de Protecção Civil, IP - Região Autónoma da Madeira)

- Mesa 7 | 25'out | 14:00 – 15:30
- Desafios para a Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Moderador | Enf. Paulo Monteiro, Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Equipas de Emergência Interna | Enf. Miguel Oliveira (Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital São Bernardo, Setúbal)

Ecografia no PH | Dr. Salvador Sarrá (Coordenador da área formativa de ECO FAST do IEM e Director do Serviço de Urgências do HUSant Joan de Reus)

Registos na Emergência Pré-Hospitalar: I-TEAMS | Dr.ª Filipa Barros (INEM)

- 15:30 – 16:00 | Coffee-Break | Apresentação de Pósteres

- Mesa 8 | 25'out | 16:00 – 17:00
- Controvérsias no Cuidado ao Doente Crítico

Moderador | Enf. Pedro Vasconcelos (ACLS - Advanced Cardiac Life Support)

Adrenalina na PCR | Dr. Francisco Abecassis (Intensivista Pediátrico, UCIPED do HSM) | Enf. Pedro Caldeira (Enfermeiro na VMER Cascais)

VA Definitiva na PCR | Dr.ª Mónica Anselmo (Medicina Interna, Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Fernando da Fonseca

- Conferência de Encerramento | 25'out | 17:00 – 17:30

Intervenção Humanitária Internacional | Dr Nelson Olim (Who Trauma Coordinator-Gaza)

- Mesa de Encerramento | 25'out | 17:30 – 18:00

Coordenadora do Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do IPS/ESS | Prof. Doutora Alice Ruivo

Representante da Comissão Cientifica do DC'19 | Enfº Pedro Vasconcelos

Representante da APE | Enfº João Raimundo

ANEXO 4 – V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva

Cursos Pré Jornadas (ver página 09)

Segunda-feira | 04 de Novembro 2019

08:00h	Abertura do Secretariado
09:00-10:20h	**CONFERÊNCIA MAGISTRAL** **O início da atividade das UCI em Portugal** *Moderadores:* Luís Bento e Maria Ana Trocado *Palestrantes:* Resina Rodrigues, Jorge Pimentel e Fernando Rua
10:20-10:40h	**SESSÃO DE ABERTURA**
10:40-11:00h	Pausa para café
11:00-12:30h	**SESSÕES CIENTÍFICAS** **Ressuscitação cardiorrespiratória** *Moderadores:* Luís Reis e Iolanda Bernardo **Ressuscitação pré-hospitalar: *Stay and play or scoop and go*** *(20')* Jorge Nunes **Reanimação cardiorrespiratória avançada: Para além do algoritmo** *(20')* Sérgio Gaião **Cuidados pós-reanimação e prognóstico** *(20')* Filipe Ramos **Discussão** *(30')*
12:30-13:30h	Pausa para almoço
13:30-15:00h	**SESSÕES CIENTÍFICAS** **Ressuscitação do doente em choque** *Moderadores:* Hugo Corte-Real e Clara Vital **Choque sético: *Beyond Rivers*** *(15')* Pedro Póvoa **Choque hipovolémico: 4444?** *(15')* André Caiado **Choque cardiogénico: Opções extracorporais** *(15')* Pedro Coelho **Choque obstrutivo: Como poupar o VD?** *(15')* Luís Morais **Discussão** *(30')*

15:00-15:30h	Pausa para café
15:30-17:00h	**SESSÕES CIENTÍFICAS** **Ressuscitação do doente com insuficiência respiratória** *Moderadores:* Antero Fernandes e Mafalda Silva **Abordagem da via aérea: Da difícil!** *(15')* Francisco Valente **Ventilação não invasiva: VNI contemporânea** *(15')* Marco Fernandes **Alto fluxo: Quente ou frio?** *(15')* Paulo Baltazar **Ventilação mecânica invasiva VT 4-8 ou Dp?** *(15')* Rui Gomes **Discussão** *(30')*
17:00-17:45h	**ENCONTRO COM OS ESPECIALISTAS** **Abordagem das Arritmias no doente crítico** *Moderadores:* Luís Bento e Ana Cristina Fonseca *Palestrante:* Mário Oliveira
18:00h	Encerramento do primeiro dia das Jornadas

Terça-feira | 05 de Novembro 2019

08:30h	Abertura do Secretariado
09:00-10:30h	**SESSÕES CIENTÍFICAS** **Ressuscitação do doente com lesão neurológica aguda** *Moderadores:* João Alcântara e Maria João Duarte **Estado de mal refratário** *(15')* Inês Menezes Cordeiro **Acidente vascular isquémico: Crítico** *(15')* Ana Nunes **Acidente vascular hemorrágico: Abordagem cirúrgica** *(15')* Pedro Branco **Hemorragia subaracnoideia: Abordagem endovascular** *(15')* Isabel Fragata **Discussão** *(30')*
10:30-11:00h	Pausa para café

11:00-12:30h	**SESSÕES CIENTÍFICAS** **Ressuscitação do politraumatizado** *Moderadores:* João Varadas Fernandes e Laurinda Santos **Trauma de crânio: HIC** *(15')* Ricardo Matos **Trauma de tórax: Para onde olhar?** *(15')* João Eurico Reis **Trauma do abdómen: *Damage control*** *(15')* Carlos Mesquita **Trauma de bacia e membros** *(15')* Rodrigo Catarino **Discussão** *(30')*
12:30-13:30h	Pausa para almoço
13:30-15:00h	**SESSÕES CIENTÍFICAS** **Ressuscitação do doente cirúrgico** *Moderadores:* Hugo Pinto Marques e Cristina José **Pós transplante hepático** *(15')* Filipe Cardoso **Pós transplante pancreático** *(15')* Nuno Germano **Pós transplante cardíaco** *(15')* Valdemar Marques Gomes **Pós transplante pulmonar** *(15')* Luísa Semedo **Discussão** *(30')*
15:00-15:30h	Pausa para café
15:30-16:15h	**ENCONTRO COM OS ESPECIALISTAS** **A câmara hiperbárica na Medicina Intensiva** *Moderadoras:* Rita Francisco e Clara Santa Rita *Palestrantes:* Capitão de Mar-e-Guerra Médico Naval Francisco Gamito Guerreiro e Primeiro-Tenente Médica Naval Rita Araújo
16:15-17:00h	**SESSÃO DE ENCERRAMENTO** **O papel da Medicina Intensiva no Hospital** *Moderadores:* Luís Bento e Maria Ana Trocado *Palestrante:* José Artur Paiva